



Actieplan eGezondheid 2015-2018

(V2.0)

Conclusies van de ronde tafels

Oktober 2015

Plan d'actions e-Santé 2015-2018

(V2.0)

Conclusions des tables rondes

Octobre 2015

INHOUDSTAFEL

TABLE DES MATIERES

<u>Actiepunt 1:</u> “DMG = EMD => Sumehr”	p. 4	<u>Point d’action 1 :</u> « DMG-DMI => Sumehr »
<u>Actiepunt 2:</u> Ziekenhuis-EPD	p. 12	<u>Point d’action 2 :</u> DPI hospitalier
<u>Actiepunt 3:</u> Medicatieschema	p. 13	<u>Point d’action 3 :</u> Schéma de médication
<u>Actiepunt 4:</u> Elektronisch Voorschrift	p. 24	<u>Point d’action 4 :</u> Prescription électronique
<u>Actiepunt 5:</u> Gegevens delen via het systeem hubs & metahub voor algemene en universitaire ziekenhuizen	p. 31	<u>Point d’action 5 :</u> Partager les données via le système hubs & metahub pour les hôpitaux généraux et universitaires
<u>Actiepunt 6:</u> Delen om samen te werken	p. 33	<u>Point d’action 6 :</u> Partager afin de Collaborer
<u>Actiepunt 7:</u> Psychiatrische en andere instellingen en het systeem hubs & metahub	p. 42	<u>Point d’action 7 :</u> Établissements psychiatriques et autres et système hubs & metahub
<u>Actiepunt 8:</u> Invoering van een uniform evaluatie-instrument (BelRAI)	p. 44	<u>Point d’action 8 :</u> Instauration d’un instrument d’évaluation uniforme (BelRAI)
<u>Actiepunt 9:</u> “Incentives voor Gebruik”	p. 59	<u>Point d’action 9 :</u> "Incitants à l'utilisation"
<u>Actiepunt 10:</u> Toegang tot de gegevens door de patiënt (PHR)	p. 63	<u>Point d’action 10 :</u> Accès aux données par le patient (PHR)
<u>Actiepunt 11:</u> Communicatie	p. 69	<u>Point d’action 11 :</u> Communication
<u>Actiepunt 12:</u> Opleiding en ICT-ondersteuning van zorgverstrekkers	p. 72	<u>Point d’action 12 :</u> Formation et soutien ICT des dispensateurs de soins
<u>Actiepunt 13A:</u> Realisatie van een nationaal terminologiebeleid	p. 90	<u>Point d’action 13A :</u> Réalisation d'une politique nationale de terminologie
<u>Actiepunt 13B:</u> Structurering van berichten	p. 118	<u>Point d’action 13B :</u> Structuration de message
<u>Actiepunt 13C:</u> Standaarden	p. 124	<u>Point d’action 13C :</u> Standards
<u>Actiepunt 14:</u> MyCareNet	p. 131	<u>Point d’action 14 :</u> Mycarenet

<u>Actiepunt 15:</u> Administratieve vereenvoudiging	p. 141	<u>Point d'action 15 :</u> Simplification administrative
<u>Actiepunt 16:</u> Traceerbaarheid van de implantaten en geneesmiddelen	p. 146	<u>Point d'action 16 :</u> Traçabilité des Implants et des médicaments
<u>Actiepunt 17:</u> Veralgemeend gebruik van de eHealthBox en gegevens van zorgverstrekkers beschikbaar in CoBRHA	p. 151	<u>Point d'action 17 :</u> Utilisation généralisée de la eHealthBox et des données de dispensateurs de soins disponibles dans CoBRHA
<u>Actiepunt 18:</u> Inventarisatie en consolidatie van registers	p. 161	<u>Point d'action 18 :</u> Inventaire et consolidation des registres
<u>Actiepunt 19:</u> Mobile health	p. 168	<u>Point d'action 19 :</u> Mobile Health
<u>Actiepunt 20:</u> Governance, Rollout en Monitoring e-Gezondheid	p. 177	<u>Point d'action 20 :</u> Gouvernance, mplementation et monitoring e-Santé

ACTIEPUNT 1: “DMG = EMD => SUMEHR”

BASIS

Het EMD is de authentieke bron voor gegevensdeling door de huisarts.

Deze gegevensdeling krijgt vorm door sumehr, medicatieschema en alle andere exportformaten voor gedeelde zorg en administratieve aanvragen. De productie van deze gegevens moet maximaal geautomatiseerd gebeuren op basis van een goed gestructureerd en gecodeerd EMD

Alle gegevens worden gestandaardiseerd over alle projecten heen (Actiepunt 13 terminologie).

Zonder voldoende en doelgerichte investering van de overheid kunnen de hoge verwachtingen (GMD = EMD = Sumehr) niet gerealiseerd worden.

Dit betekent een heroriëntering van de bestaande financiële incentives naar meer ondersteuning van het EMD

ACTIEPUNTEN

1. De primaire doelstelling van een sumehr is de continuïteit van zorgen
Sumehr is een samenvatting van het patiëntendossier van de referentiearts (= de arts die door de patiënt als houder van zijn dossier wordt aangeduid) naar spoed- en wachtdiensten en specialisten bij opname of verwijzing

De authentieke bron van een sumehr is het EMD van de huisarts
2. Elke patiënt die het wenst heeft recht op een sumehr. Mits hij zijn toestemming geeft wordt deze informatie uit een Sumehr gedeeld.
3. Sumehr is een gestructureerd bestand. Vanaf 1.1.2017 moet een sumehr gestructureerd en de informatie zo mogelijk gecodeerd zijn. De visualisatie van de Sumehr is de eerste en belangrijkste stap.
4. De problemen op technisch en gebruikersniveau worden voor eind 2015 opgelost door een werkgroep van stakeholders.

POINT D’ACTION 1 : « DMG-DMI => SUMEHR »

INTRODUCTION

Le DMI est la source authentique pour le partage des données par le médecin traitant.

Ce partage de données prend la forme de sumehr, du schéma de médication et tous les autres formats d’export pour les soins partagés et les demandes administratives. La production de ces données doit se passer le plus possible de façon automatisée sur base d’un DMI bien structuré et codifié.

Toutes les données sont standardisées par delà tous les projets (Point d’action 13 terminologie).

Sans investissement suffisant et ciblé de la part du gouvernement les attentes élevées (DMG = DMI = Sumehr) ne pourront pas être atteintes. Cela signifie une réorientation des incitants financiers existants au profit d’un soutien plus fort du DMI.

POINTS D’ACTIONS

1. Le but premier du sumehr est la continuité des soins. Le Sumehr est un résumé du dossier du patient réalisé par son médecin traitant (= médecin choisi par le patient comme détenteur de son dossier) à destination des services d’urgences, des postes de garde et des spécialistes lors d’une admission ou d’un renvoi. La source authentique d’un sumehr est le DMI du médecin généraliste.
2. Chaque patient a, s’il le souhaite, droit à un sumehr. Moyennant le consentement du patient, l’information du Sumehr est partagée.
3. Le Sumehr est un fichier structuré. A partir du 1/1/2017, le Sumehr doit être structuré et l’information est autant que possible codifiée. A cet effet, tout généraliste doit utiliser un logiciel labellisé. La visualisation du Sumehr est la première et la plus importante des étapes.
4. Les problèmes techniques et les problèmes au niveau des utilisateurs seront résolus avant fin 2015 par un groupe de travail de stakeholders :

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestandaardiseerde concepten en/of interpretaties ✓ Businessrules in het gebruik en uniforme interpretatie van de huidige concepten <ol style="list-style-type: none"> 5. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en de patiënt correct te informeren registreert elke huisartspraktijk medische gegevens in een EMD vanaf 1.1.2017 6. Een sumehr wordt geproduceerd en gevalideerd door de referentiearts. De vaste huisarts of de GMD-houdende arts is de meest aangewezen persoon. Sommige van de modules uit de sumehr v2 worden multidisciplinair aangevuld (medicaties, vaccinaties...) en gedeeld als een afzonderlijk gegeven. De rol van de arts naar produceren en valideren ervan moet dan in dit licht herbekeken worden. 7. Het GMD geeft de patiënt en de huisarts het recht om van elke andere arts die de patiënt consulteert een verslag te ontvangen voor de updating van het EMD/GMD en de productie van een adequate sumehr 8. Een duidelijk juridisch werkkader voor de auteur en de gebruiker van een sumehr bij fouten of onvolkomenheden in sumehr, medicatieschema's etc 9. Beschikbaarheid sumehr in de ziekenhuizen en wachtposten <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wachtposten: sumehr beschikbaar vanaf 1.1.2016 ✓ Spoeddiensten: sumehr beschikbaar vanaf 1.7.2016 ✓ Ziekenhuizen en specialisten intra-muros: sumehr beschikbaar vanaf 1.1.2016 ✓ Specialisten extra-muros : sumehr beschikbaar vanaf 1.1.2017 ✓ Patiënten: sumehr beschikbaar vanaf 1.1.2017 10. Periodieke evaluatie van de mogelijkheden tot gegevensdeling van <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informatie uit het EMD ✓ Wachtpostsoftware. ✓ Beschikbaarheid van de sumehr in spoeddiensten 11. Het EMD van de huisarts is een authentieke bron van gegevens. Overeenkomstig het "only once" principe en via vastgelegde 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepts et/ou interprétations standardisés ✓ Règles d'utilisation / Business rules et concepts actuels non-ambigus. <ol style="list-style-type: none"> 5. Afin d'assurer la qualité des soins et d'informer correctement le patient, le généraliste enregistre les données médicales dans un DMI à partir du 1.1.2017. 6. Un sumehr sera produit et validé par le médecin de référence. Le médecin traitant habituel ou le médecin ayant le DMG est le plus indiqué pour cela. Certains modules du Sumehr V2 sont complétés de façon multidisciplinaire (médication, vaccination...) et partagés comme données distinctes. Le rôle du médecin dans la production et la validation des informations doit être réexaminé dans ce cadre. 7. Le DMG donne au patient et au médecin traitant le droit que celui-ci reçoive un rapport de la part de chaque autre médecin consulté, afin de tenir à jour le DMI/DMG et produire un sumehr adéquat. 8. Rédaction d'un cadre de travail juridiquement clair pour l'auteur et l'utilisateur d'un sumehr en cas de fautes ou d'imperfections existantes dans le sumehr, dans le schéma de médication etc 9. Disponibilité des Sumehr dans hôpitaux et postes de garde : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Postes de garde : sumehr disponible dès 1.1.2016 ✓ Service d'urgences : sumehr disponible dès 1.7.2016 ✓ Hôpitaux et spécialistes intra hospitaliers: sumehr disponible dès 1.7.2016 ✓ Spécialistes extrahospitaliers : sumehr disponible dès 1.1.2017 ✓ Patients : sumehr disponible dès 1.1.2017 10. Evaluation périodique des possibilités de partage des données <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informations du DMI ✓ du software des postes de garde ✓ de la disponibilité des Sumehr dans les services d'urgence hospitaliers 11. Le DMI du généraliste est la source authentique pour l'exportation de données Selon le principe « only once » et suivant des formats
--	--

exportformaten moeten gegevens automatisch worden geëxtraheert voor multidisciplinaire gebruik (cfr. AP6), voor administratieve doeleinden (cfr AP15) en voor registers (cfr.AP18). Elke nieuw exportformaat wordt voorgelegd ter goedkeuring aan het overlegcomité van eHealth met voorafgaande consultatie van de ICT-werkgroepen van. Vitalink, RSB/Abrumed en RSW.

12. Koppeling van het GMD en de exportproducten (Sumehr, medicatieschema....) aan de praktijk.

13. Het EMD moet alle relevante bronnen kunnen consulteren

- Eind 2015 consulteert het EMD alle beschikbare en relevante informatie uit Vitalink, InterMed, BruSafe en de hubs.
- Keuze van netwerk voor gegevensdeling.
 - i. De voorkeur voor een netwerk wordt bepaald door de zorggebruiker.
 - ii. De huisarts staat de zorggebruiker bij als deze geen voorkeur heeft.
 - iii. Het EMD laat toe de voorkeur van een netwerk om informatie te publiceren per zorggebruiker te bewaren.
- NB: vermits de gegevens naar keuze van de patiënt in één van de "kluizen" kan worden opgeslagen – Vitalink, InterMed, BruSafe – veronderstelt dit dat deze aan de MetaHub moeten worden gekoppeld, zodat een andere zorgverstreker die toegang kan hebben de gekozen plaats kan terugvinden.
- Elk EMD biedt de mogelijkheid voor het publiceren van vaccinatiegegevens naar Evax (zodra beschikbaar) en Vaccinnet tegen 1.7.2016

14. Heroriënteren van de bestaande middelen en de nomenclatuur. Inzet van alle bijkomende middelen om het gebruik van het EMD te stimuleren: accreditering, praktijkondersteuning, Impulseo. Het gebruik van het EMD door de behandelende geneesheren, zowel als het gebruik van het ziekenhuis EMD wordt via alle kanalen aangemoedigd.

d'exportation prédéterminés , ces données sont extraits automatiquement pour l'utilisation multidisciplinaires (cf. AP6), à des fins administratifs (cf. AP15) et pour les registres (cf. AP18).. Chaque nouveau format d'exportation est soumis à l'approbation du comité de concertation des utilisateurs (CCU) de la plateforme eHealth après consultation des groupes de travail TIC de VitaLink, de RSB/Abrumed et du RSW.

12. Coupler le DMI et les produits d'exportation (Sumehr, schéma de médication) à la pratique.

13. Le DMI doit pouvoir consulter toutes les sources pertinentes :

- Fin 2015 le DMI consulte les informations disponibles et pertinentes de Vitalink, InterMed, Brusafe et des Hubs.
- Choix du réseau pour le partage de données :
 1. La préférence pour un réseau est déterminée par le patient.
 2. Si le patient n'a pas de préférence, le choix est fait par le médecin traitant.
 3. Le DMI permet la préférence d'un réseau pour la publication des informations de santé par le médecin traitant du patient.
- NB : Puisque les données peuvent être conservées dans un des « coffres forts » -- Vitalink, InterMed, BruSafe – suivant le choix du patient, ceci suppose que ceux-ci sont reliés au MetaHub, afin de permettre aux autres prestataires de soins de les retrouver et d'avoir accès.
- Chaque DMI offre la possibilité de publier des données de vaccination sur Evax (quand disponible) et/ou Vaccinnet au 01/07/2016

14. Réorientation des moyens existants et de la nomenclature. Engagement de tous les moyens supplémentaires pour stimuler l'utilisation du DMI: accréditation, soutien à la pratique, Impulseo. L'utilisation du DMI par les médecins traitants, ainsi que l'utilisation du DMI hospitalier dans les hôpitaux, est encouragée par tous les canaux possibles.

KPI'S

- Aantal burgers met een Sumehr op Vitalink, BruSafe en Intermed
- Verhouding totaal aantal sumehr/aantal burgers met een sumehr op Intermed, BruSafe, Vitalink
- Aantal artsen die sumehrs opladen op Intermed en Vitalink
- Aantal toegekende Sumehr premies (voor 2015)
- Een lijst van EMD's die voldoen aan de Sumehr (en andere!) doelstellingen via permanente evaluatie en validatie van de EMD's
- Wachtposten:
 - Percentage van de Wachtposten die de sumehr gebruiken en hem kunnen visualiseren
 - Wachtposten: percentage van het aantal geconsulteerde sumehrs tov totaal aantal consultaties in de WP
- Spoeddiensten:
 - Percentage van de spoeddiensten die sumehr kunnen ophalen en visualiseren
 - Spoeddiensten: percentage van het aantal geconsulteerde sumehrs tov totaal aantal consultaties in de SD
- Verhoging van de kwaliteit van de sumehrs via
 - Outcome meting : Peer-to-peer in wachtposten
 - Elke sumehr bevat minimaal 1 relevant gegeven voor de continuïteit van zorgen

TIJDSKADER EN COMMITMENTS

Elk GMD houdt een EMD in		1.1.2017
EMD premie voor gebruik van het EMD		1.1.2016
Wegwerken van de huidige problemen in de sumehr	Werkgroep	Q4 2015

ICP - INDICATEURS CLEFS DE PERFORMANCE (PKI)

- Nombre de citoyens avec un sumehr sur Vitalink, Brusafe et Intermed
- Rapport nombre total de Sumehr / nombre de citoyens disposant d'un Sumehr sur Vitalink, Brusafe et Intermed
- Nombre de médecins qui chargent des sumehrs sur Intermed, BruSafe et Vitalink
- Nombre des primes Sumehr versées (pour 2015)
- Une liste de DMI's qui satisfont aux objectifs du Sumehr via des évaluations et validations permanentes des DMI's.
- Postes de garde :
 - pourcentage de postes de garde qui peuvent charger le sumehr et le visualiser,
 - Par PMG : pourcentage de sumehr visualisés par rapport au nbr de consultations.
- Services d'urgences :
 - pourcentage des services d'urgences qui utilisent le sumehr et peuvent le visualiser.
 - Par service d'urgence : pourcentage de sumehr visualisés par rapport au nbr de consultations.
- Amélioration de la qualité des Sumehrs via :
 - Evaluation des résultats : Peer-to-peer au sein des PMG
 - Chaque Sumehr contient au minimum 1 constituant "relevant" pour la continuité des soins

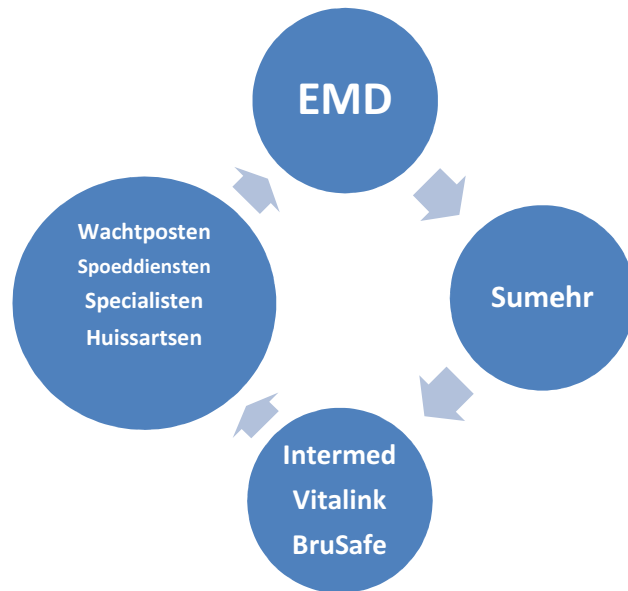
CADRE TEMPOREL ET ENGAGEMENTS

A chaque DMG correspond un DMI		1.1.2017
Prime DMI pour utilisation de celui-ci		1.1.2016
Elimination des problèmes actuels liés au sumehr	Groupe de travail	Q4 2015

Businessrules Sumehr	Werkgroep	Q 4 2015	Règles d'utilisation sumehr	Groupe de travail	Q4 2015
Koppeling GMD = Sumehr		1.1.2017	Couplage DMG = Sumehr		1.1.2017
Sumehr Versie 2	Stakeholders, Prorec, Federale en regionale overheden, eHealth Platform	Q4 2016	Sumehr Version 2	Stakeholders, Prorec, entités fédérale et fédérées,	Q4 2016
Informatiecampagne jurisprudentie omtrent een sumehr	eHealth, overheid, patiëntenverenigingen, stakeholders	eind 2015	Campagne informative sur la jurisprudence d'un sumehr	eHealth, autorités, associations de patients, stakeholders	fin 2015
Overstap van vrije tekst naar codering		1.1.2017	Transition du texte libre au codage		1.1.2017
Periodieke evaluatie van de mogelijkheden tot gegevensdeling van de EMD en Wachtpostsoftware	eHealth + Artsen	Q4 2015	Evaluation périodique des possibilités de partage de données du DMI et du software des postes de garde	eHealth + médecins	Q4 2015
GMD-houdende huisarts ontvangt alle verslagen in het EMD van zijn patiënten	Ziekenhuiskoepels- Artsenverenigingen- zorgverleners	1.7.2017	Médecin traitant gestionnaire du DMG reçoit tous les rapports dans les DMI de ses patients	Coupoles d'hôpitaux, associations de médecins - prestataires de soins	1.7.2017
Sumehr beschikbaar in alle Wachtposten	Huisartsenvereniging	1.1.2016	Sumehr disponible dans tous les postes de garde	Associations de généralistes	1.1.2016
Sumehr beschikbaar in alle spoeddiensten	Ziekenhuiskoepels	1.7.2016	Sumehr disponible dans tous les services d'urgence	les associations d'hôpitaux	1.7.2016
Sumehr beschikbaar voor 2 ^e en 3 ^e lijn	Ziekenhuiskoepels	1.1.2017	Sumehr disponible pour 2ème et 3ème ligne	les associations d'hôpitaux	1.1.2017
Sumehr beschikbaar voor burger	Patiëntenverenigingen, stakeholders	1.1.2017	Sumehr disponible pour le citoyen	Association de patients, stakeholders	1.1.2017
Elk EMD biedt de mogelijkheid voor het publiceren van vaccinatiegegevens naar eVAX en Vaccinnet	Stakeholders, Prorec, eHealth Platform, Kind&Gezin	1.7.2016	Chaque DMI offre la possibilité de publier des données de vaccination sur Vaccinnet et/ou eVAX (quand disponible)	Stakeholders, Prorec, eHealth Plateforme, ONE	1.7.2016

AANPASSING SUMEHR

LIFECYCLE SUMEHR VANAF 1.1.2016



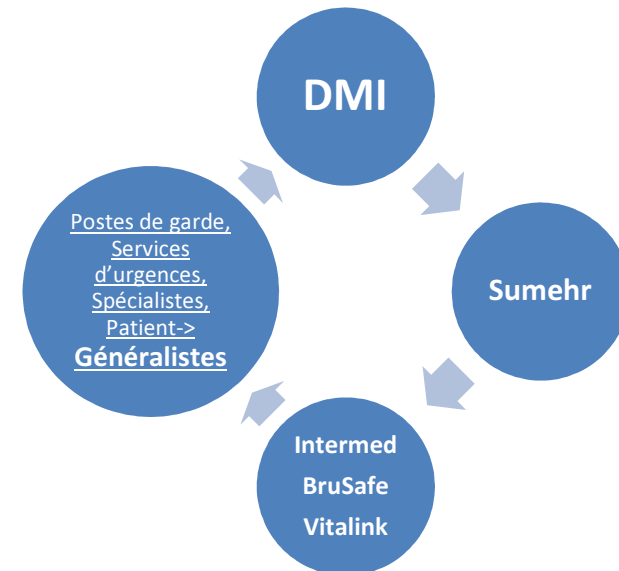
WERKGROEP: AANPASSING VAN DE SUMEHR

SAMENSTELLING:

- Huisartsen
- eHealth
- Vertegenwoordigers van de EMD-producenten (Prorec)
- Federale en regionale overheden

EVOLUTION DU SUMEHR

CYCLE DE VIE SUMEHR AU 1.1.2016



GROUPE DE TRAVAIL EN CHARGE DE L'EVOLUTION DU SUMEHR

COMPOSITION :

- Les médecins généralistes
- eHealth
- Les entités fédérales et fédérées
- Représentants de l'industrie des logiciels des DMlg (Prorec, ...)

DOELSTELLING :

- wegwerken huidige problemen Sumehr (zie infra)
- Nadenken over de mogelijke verdere evolutie van de Sumehr

HUIDIGE PROBLEMEN, VASTGESTELD MET DE SUMEHR

- Diversiteit in de interpretatie van de concepten
- De huidige sumehr neemt niet alle essentiële informatie mee
 - Care element laat niet toe therapeutische antecedenten mee te nemen in de sumehr
 - Wilsbeschikkingen onduidelijk
 - ✓ Welke ?
 - ✓ Uniformiseren
 - ✓ DNR codes (do not reanimate)
 - Risks codificatie is onduidelijk
 - ✓ Familiale antecedenten
 - ✓ Allergie
 - ✓ Sociaal
 - ✓ intolerantie
- Onduidelijkheid in de gebruiksregels
- Implementatie modulaire structuur Sumehr
- Relatie Andere gegevensbronnen (Vaccinatie-medicatie)

GEFASEERDE AANPAK:

1. Eerste fase (Deadline Q4 2015):
 - ✓ De huidige structuur van de sumehr blijft in deze fase ongewijzigd
 - ✓ Opstellen van duidelijke afspraken, interpretaties en aanbevelingen

OBJECTIFS

- Travailler sur les problèmes du Sumehr actuel (cfr infra)
- Réfléchir sur les évolutions possibles du Sumehr

PROBLEMES CONSTATES DANS LE SUMEHR ACTUEL:

- Diversité dans l'interprétation des concepts
- Le sumehr actuel ne comprend pas toute l'information essentielle
 - "Care element" afin que des antécédents thérapeutiques soient aussi inclus dans le sumehr
 - Dernières volontés pas clairs
 - ✓ Lesquelles ?
 - ✓ Uniformiser
 - ✓ Codes DNR (do not reanimate)
 - La codification 'Risks' n'est pas claire
 - ✓ Antécédent familial
 - ✓ Allergie
 - ✓ Social
 - ✓ Intolérance
- Manque de clarté dans les règles d'utilisation
- Implémentation de structure modulaire du Sumehr
- Relation avec les autres sources de données (vaccination ; médication)

APPROCHE PHASEE:

1. PHASE 1 (deadline: Q4 2015)
 - ✓ La structure actuelle n'est pas modifiée à ce stade.
 - ✓ Préparation de solutions aux problèmes d'accords, interprétations et recommandations .

2. Tweede fase (Deadline Q4 2016) : Sumehr V2:

- ✓ Technische aanpassingen van de sumehr met precieze definiëring van de gebruikte concepten
- ✓ Relaties tussen Sumehr en andere authentieke bronnen van gegevens : Vaccinaties, medicatie
- ✓ Overgang naar een modulaire sumehr als mogelijke basis voor multidisciplinaire gegevensdeling .
- ✓ Onderzoek van de toegangsrechten tot deze modules op basis van de 'rol' van de zorgverstreker
- ✓ Gebruik van modules van de sumehr in het EPD en PHR
- ✓ 'Upward compatibel' (wat gemaakt werd in fase 1 moet bruikbaar blijven in fase 2 !)

PRODUCTIE SUMEHR: PIJNPUNTEN

- Keuze tussen
 - Eén sumehr versus een nieuwe sumehr overschrijft de vorige
 - Meerdere sumehrs door diverse behandelende artsen ?
- Quid sumehrs van dezelfde patiënt in meerdere systemen (BruSafe, Intermed- Vitalink)?
- Auteur van de sumehr:
 - ✓ Huisarts? Huisartsenpraktijk?
 - ✓ GMD-houdende huisarts ?
 - ✓ Referentiearts?
- Wie kan gegevens wijzigen. Kan patiënt wijzigen in de sumehr of enkel via aanpassing binnen EMD (authentieke bron) door de huisarts ?
 - ✓ Probleem: authentieke bron is een EMD, Vitalink is bv een container, waar wijzigingen niet mogelijk zijn

2. PHASE 2 (deadline: Q4 2016) : SUMEHR V2

- ✓ adaptations techniques du sumehr avec définition(s) précise(s) des concepts utilisés.
- ✓ Relation avec les autres sources authentiques de données (Vaccinations, médication)
- ✓ Transition vers un Sumehr modulaire comme base possible vers un partage multidisciplinaire.
- ✓ Etude des droits d'accès à ces modules en fonction du "rôle" du prestataire de soins.
- ✓ Utilisation de module(s) du Sumehr dans le PHR et le DPI.
- ✓ 'Upward Compatible' (ce qui est réalisé en phase 1 doit rester utilisable en phase 2).

PRODUCTION DE SUMEHR : AUTRES POINTS D'ATTENTION...

- Choix entre
 - Un nouveau sumehr écrase-t-il le précédent, ou non..?
 - Plusieurs sumehrs par divers médecins traitants?
- Que faire avec des sumehrs d'un même patient dans plusieurs systèmes (Intermed – Brusafe - Vitalink) ?
- Auteur du sumehr:
 - ✓ Médecin traitant? Pratiques de groupe?
 - ✓ Généraliste titulaire du DMG?
 - ✓ Médecin de référence?
- Qui peut modifier les données ? Est-ce que le patient peut faire des modifications dans le sumehr ou seulement possible via des modifications dans le DMI (source authentique) par le médecin traitant?
 - ✓ Problème: la source authentique est un DMI, Vitalink p. ex. n'est qu'un container dans lequel des modifications ne sont pas possibles.

<ul style="list-style-type: none"> - Levensduur van een sumehr - Leesrechten: wie heeft leesrechten 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de vie d'un sumehr - Droits de lecture : qui a un droit de lecture?
<p>ACTIEPUNT 2: ZIEKENHUIS-EPD</p> <p>Heel wat Belgische ziekenhuizen hebben nog geen reëel geïntegreerd ziekenhuis-EPD en maken nog steeds gebruik van verschillende geïntegreerde toepassingen op een min of meer performante manier.</p> <p>AP2.1 Een accelerator program wordt opgestart met als doelstelling dat tegen einde 2018 alle ziekenhuizen een geïntegreerd EPD in productie hebben en het effectief gebruiken.</p> <p>De nodige flankerende maatregelen worden getroffen om dit mogelijk te maken:</p> <p style="padding-left: 40px;">Mits een gemeenschappelijke strategie en aanpak voor de volledige ziekenhuissector worden synergiën gecreëerd, onder meer door de gezamenlijke aankoop en /of ontwikkeling van informatica in het kader van een geïntegreerd EPD, met financiële ondersteuning van de ziekenhuizen op vlak van ICT</p> <p>De bestaande beschrijving van de EPD ziekenhuizen wordt als guideline/basis gebruikt. Een van de resultaten van het oorspronkelijke actieplan was de ontwikkeling van een “strategisch kader van EPD-functionaliteiten in de ziekenhuizen (versie 2014)”, dat een referentiekader bood voor de functionaliteiten die een modern EPD moet hebben.</p> <p>De doelstellingen van de andere actiepunten waar ziekenhuizen bij betrokken zijn staan hier los van.</p>	<p>POINT D’ACTION 2 DPI HOSPITALIER</p> <p>Un nombre important d'hôpitaux belges ne disposent pas encore d'un réel DMI hospitalier intégré. Ils continuent à utiliser différentes applications intégrées de façon plus ou moins performante</p> <p>AP2.1 Un programme ‘accélérateur’ est mis en place ayant pour objectif que, pour fin 2018, tous les hôpitaux ont mis en production un DPI intégré et l'utilisent effectivement.</p> <p>Des mesures complémentaires nécessaires seront prises pour réaliser cet objectif:</p> <p style="padding-left: 40px;">Grace à une stratégie et une approche communes développées pour l'ensemble du secteur hospitalier, des synergies sont créées, notamment par l'achat et/ou le développement de solutions informatiques communes dans le cadre d'un DPI intégré avec un soutien financier des hôpitaux en matière d'ICT.</p> <p>L'actuelle description du DPI des hôpitaux est utilisée comme guideline/base. Un des résultats du plan d'action initial a été un « cadre stratégique des fonctionnalités du DPI hospitalier (version 2014) », fournissant un référentiel des fonctionnalités clés qu'un DMI moderne devrait offrir.</p> <p>Les objectifs contenus dans les autres points d'action qui concernent les hôpitaux ne sont pas visés ici.</p>

<p>AP 2.2 Tegen Q2 2016 moet elk ziekenhuis een intern operationeel ICT-meerjarenplan hebben goedgekeurd en een beheersstructuur (multidisciplinair coördinatieteam) hebben uitgewerkt om de implementatie, de evaluatie en de actualisering van dat meerjarenplan te waarborgen</p> <p>Er bestaat evenwel geen vastgelegd intern organisatorisch model: elk instituut zal dit organiseren overeenkomstig zijn grootte en beperkingen.</p> <p>Dit plan moet vooral duidelijk maken hoe en wanneer het de doelstelling van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier in de ziekenhuizen zal realiseren.</p> <p>Alle actiepunten van de roadmap waar ziekenhuizen bij betrokken zijn worden hierin meegenomen</p> <p>Meetinstrumenten: Jaarlijkse verslagen van de ziekenhuizen</p>	<p>AP 2.2: à la fin de Q2 2016,chaque hôpital a approuvé un plan opérationnel informatique pluriannuel et a mis au point une structure de gouvernance (équipe de coordination multidisciplinaire) afin de garantir l'implémentation, l'évaluation et la mise à jour de ce plan.</p> <p>Toutefois, aucun modèle organisationnel interne n'a été défini : chaque institution le fera en fonction de sa taille et de ses contraintes.</p> <p>Ce plan doit confirmer en particulier comment l'objectif d'un dossier patient informatisé hospitalier intégré et opérationnel sera réalisé avant fin 2018 .</p> <p>Tous les points d'actions du Roadmap, qui concernent les hôpitaux, sont visés ici.</p> <p>Résultat mesurable: rapport annuel des hôpitaux</p>
<p>ACTIEPUNT 3 MEDICATIESCHEMA</p>	<p>POINT D'ACTION 3 SCHÉMA DE MÉDICATION</p>
<p>STAND VAN ZAKEN</p>	<p>ÉTAT DE LA SITUATION</p>
<p>Het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD) is operationeel en uitgerold, maar slechts 40% van de voor het publiek geopende apotheken heeft zich aangesloten bij FarmaFlux – d.i. de organisatie die het GFD beheert en bestuurd wordt door de APB, OPHACO, VAN en AUP. De meeste pakketten van apothekesoftware hebben het GFD geïntegreerd.</p> <p>Gegevensdeling over de medicatie is operationeel via de sumehr en - in de Vlaamse gemeenschap - het Vitalink medicatieschema. De uitrol van zowel sumehr als medicatieschema is beperkt: er zijn eind juli 2015 zijn er meer dan 8.600</p>	<p>Le dossier pharmaceutique partagé (DPP) est opérationnel, il a été déployé mais seuls 40 % des officines ouvertes au public se sont affiliées à FarmaFlux, l'organisation qui gère le DPP et qui est administrée par l'APB, OPHACO, le VAN et l'AUP. La plupart des progiciels de pharmacie ont intégré le DPP.</p> <p>Le partage de données sur les médicaments est opérationnel via le SumEHR et - en Communauté flamande - via le schéma de médication de Vitalink. Le déploiement tant du SumEHR que du schéma de médication est limité : fin juillet 2015, plus de 8.600 schémas de médication et près de 70.000 Sumehr ont été chargés sur Vitalink</p>

medicatieschema's en bijna 70.000 Sumehr's opgeladen naar Vitalink en sumehrs voor om en bij de 25.000 patiënten naar Brusafe, Intermed en Vitalink. Sumehrs worden vandaag gedeeld tussen huisartsen en specialisten en in Wallonië ook met patiënten, als de huisarts dat toelaat. Het Vitalink medicatieschema wordt gedeeld tussen huisartsen, officina-apothekers, thuisverpleegkundigen, patiënten en desgevallend diensten voor thuiszorg. De consultatie van sumehrs en gegevens over vaccinatie uit Vitalink via de Réseau Santé Wallon (RSW) wordt op korte termijn mogelijk gemaakt en vice versa.

Het medicatieschema delen tussen de eerstelijnsgezondheidszorg, ziekenhuizen en patiënten wordt onderzocht door de RSW (project Seampat).

KNELPUNTEN

De uitrol van het GFD loopt langzamer dan voorzien. De voornaamste knelpunten zijn de onvolledige integratie in de apotheeksoftware, de bijdrage die de individuele apotheker moet betalen en het lage aantal geïnformeerde toestemmingen.

De uitrol van Vitalink heeft ook te leiden onder de beperkte integratie in de eindgebruikerssoftware, waardoor effectieve multidisciplinaire communicatie bemoeilijkt wordt. Maar dat moet eind 2015 opgelost zijn door een traject dat opgestart is in samenwerking met iMinds, waarbij de meeste softwareleveranciers voor huisartsen en officina-apothekers hun pakketten zullen aanpassen en uitrollen.

Hetzelfde geldt voor het delen van de sumehr in de RSW en Abrumet, waar momenteel gefocust wordt op de wachtposten. De beschikbaarheid van een multidisciplinair medicatieschema onafhankelijk van de sumehr is in een tweede fase gepland voor de Franse Gemeenschap.

et des sumehr ont été chargés sur Brusafe, Intermed et Vitalink pour environ 25 000 patients. Actuellement, les SumEHR sont partagés entre les généralistes et les spécialistes et, en Wallonie, ils sont aussi partagés avec les patients, si le généraliste le permet. Le schéma de médication Vitalink est partagé entre les généralistes, les pharmaciens d'officine, les infirmiers à domicile, les patients et, le cas échéant, des services d'aide à domicile. À court terme, il sera possible de consulter les sumEHR et les données relatives à la vaccination de Vitalink via le Réseau Santé Wallon (RSW) et vice versa.

Le RSW étudie la possibilité de partage du schéma de médication entre le secteur des soins de santé primaires, les hôpitaux et les patients (projet Seampat).

PROBLEMES

Le déploiement du DPP se déroule plus lentement que prévu. Les principaux problèmes sont l'intégration incomplète dans le logiciel de pharmacie, la cotisation que le pharmacien individuel doit payer et le nombre peu élevé de consentements éclairés.

Le déploiement de Vitalink souffre aussi de l'intégration limitée dans le logiciel de l'utilisateur final qui complique la communication multidisciplinaire. Toutefois, ce problème devrait être résolu fin 2015 grâce à une procédure qui est lancée en collaboration avec iMinds. Il s'agit de l'adaptation et du déploiement des logiciels par la plupart des firmes de logiciels pour généralistes et pharmaciens d'officines.

Ceci vaut aussi pour le partage des Sumehr au sein du RSW et d'Abrumet, où l'accent est actuellement mis sur les postes de garde. La disponibilité d'un schéma de médication multidisciplinaire indépendant du sumehr est programmée dans une deuxième phase pour la Communauté française.

<p>DOELSTELLINGEN</p> <p>De uitrol van de lopende initiatieven (GFD, gedeeld multidisciplinair medicatieschema, transmurale medicatieoverdracht en homelink in de woonzorgsector) op korte termijn realiseren zodat de beschikbaarheid van informatie over de afgeleverde en de actieve medicatie algemeen beschikbaar wordt en een breed gedragen visie opstellen op de ontwikkeling van een elektronisch communicatiesysteem voor het beheer van alle aspecten van de medicamenteuze behandeling van een patiënt in overleg met alle betrokken stakeholders.</p>	<p>OBJECTIFS</p> <p>Procéder au déploiement, à court terme, des projets en cours (DPP, schéma de médication multidisciplinaire partagé, transmission de médicaments trans-muros et homelink dans le secteur des soins résidentiels) afin que les informations sur les médicaments délivrés et actifs soient disponibles. Faire émerger une vision largement partagée du développement d'un système de communication par voie électronique pour la gestion de tous les aspects du traitement médicamenteux d'un patient, en concertation avec tous les acteurs concernés.</p>
<p>ACTIEPUNTEN</p> <p>De partners engageren zich om deze actiepunten binnen de gestelde termijnen te realiseren, voor zover daarvoor de nodige middelen kunnen vrij gemaakt worden en voor zover de noodzakelijke randvoorwaarden vervuld zijn.</p> <p>AP 3.1 Uitrol van het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD)</p> <p><u>Wat?</u> Het GFD beschikbaar maken voor elke officina-apotheker in België. Elke voor het publiek geopende officina ook effectief laten aansluiten bij FarmaFlux door doorgedreven sensibilisering en opschorting van de individuele bijdrage tijdens het 1ste jaar van aansluiting.</p> <p>De registratie van aflevering van specifieke geneesmiddelen verplicht maken.</p> <p>Elke ambulante patiënt die daarvoor zijn geïnformeerde toestemming geeft, kan er op rekenen dat elke officina-apotheker in België toegang heeft tot de geneesmiddelen, voedingssupplementen en medische hulpmiddelen die op zijn naam werden afgeleverd in een voor het publiek geopende officina in België.</p>	<p>POINTS D'ACTION</p> <p>Les partenaires s'engagent à concrétiser ces points d'action dans les délais impartis, pour autant que les moyens nécessaires puissent être dégagés et que les conditions annexes soient remplies.</p> <p>PA3.1. Déploiement du dossier pharmaceutique partagé (DPP)</p> <p><u>De quoi s'agit-il ?</u></p> <p>De mettre le DPP à la disposition de tous les pharmaciens d'officine en Belgique. D'amener la majorité d'entre eux à adhérer à FarmaFlux et cela grâce à une sensibilisation poussée et à l'exemption de la cotisation individuelle pour la 1^{re} année d'affiliation.</p> <p>De rendre obligatoire l'enregistrement de la délivrance de médicaments spécifiques.</p> <p>Chaque patient ambulatoire qui a donné son consentement éclairé peut s'attendre à ce que chaque pharmacien d'officine ait accès aux informations sur les médicaments, les compléments alimentaires et les dispositifs médicaux qui ont été délivrés à son nom dans une officine ouverte au public.</p>

<p><u>Wie?</u> FarmaFlux (lead), eHealth en leveranciers van apotheeksoftware</p> <p><u>Meten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aantal pakketten voor apotheeksoftware dat het GFD geïntegreerd en uitgerold heeft • Aantal apotheken aangesloten bij FarmaFlux (in verhouding tot het aantal apotheken in België) • Aantal unieke patiënten voor wie data in het GFD opgeladen zijn • Aantal effectieve consultaties • Aantal unieke patiënten voor wie het GFD geconsulteerd werd en waarvoor een toestemming was versus het aantal patiënten voor wie het GFD geconsulteerd werd en waarvoor geen toestemming was <p><u>Timing:</u></p> <p>Tegen 1/1/2016: Integratie van het GFD in elk pakket voor apotheeksoftware op de Belgische markt en uitrol naar alle voor het publiek opengestelde apotheken in België. Aan patiënten met een specifieke zorgnood kan de huisapotheker, met behulp van de authentieke bron van de afgeleverde medicatie (GFD), gepaste farmaceutische zorg leveren, met inbegrip van het ter beschikking stellen van een geactualiseerd medicatieschema.</p> <p>Q3 2015 – Q2 2016: Aansluiting van alle voor het publiek opengestelde apotheken in België bij FarmaFlux</p> <p>Q1 2016: Wet- of regelgevend initiatief voor verplichte registratie in het GFD</p> <p>Q1 2017: <i>Alle patiënten hebben een GFD (= die al hun afleveringen van de afgelopen</i></p>	<p><u>Qui?</u> FarmaFlux (chef de projet), eHealth et les fournisseurs de logiciels de pharmacie</p> <p><u>Mesurer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de logiciels de pharmacie qui ont intégré et déployé le DPP • Le nombre de pharmacies affiliées à FarmaFlux (par rapport au nombre de pharmacies en Belgique) • Le nombre de patients uniques pour qui des données ont été chargées dans le DPP • Le nombre de consultations effectives • Le nombre de patients uniques pour qui le DPP a été consulté et pour qui il y avait un consentement versus le nombre de patients pour qui le DPP a été consulté et pour qui il n'y avait pas de consentement <p><u>Calendrier:</u></p> <p>Pour le 1.1.2016 : intégration du DPP dans chaque progiciel de pharmacie sur le marché belge et déploiement dans toutes les pharmacies ouvertes au public en Belgique. Grâce à la source authentique des médicaments délivrés (DPP), le pharmacien de quartier peut fournir des soins pharmaceutiques adaptés aux patients ayant besoin de soins spécifiques, y compris en mettant à sa disposition un schéma de médication actualisé .</p> <p>Q3 2015 – T2 2016 : Adhésion de toutes les pharmacies ouvertes au public en Belgique à FarmaFlux</p> <p>Q1 2016 : initiative législative ou réglementaire pour un enregistrement obligatoire dans le DPP.</p>
--	---

12 maanden bevat) en dat is raadpleegbaar (uiteraard mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).

AP 3.2 Uitrol van het gedeeld multidisciplinair medicatieschema

Wat?

Ambulante patiënten, huisartsen en hun wachtposten, officina-apothekers en thuisverpleegkundigen toegang geven tot relevante informatie over de actieve medicatie van patiënten die daarvoor hun geïnformeerde toestemming gegeven hebben, in de vorm van een medicatieschema. Door multidisciplinaire samenwerking streven we naar een volledig en correct medicatieschema dat toegankelijk is en gedeeld kan worden via een beveiligd digitaal platform.

Vergoeding voor structureel medicatienazicht binnen het bestaande budget, in eerste instantie kwantitatief. Na een proefproject dat toelaat proces- en outcome-indicatoren in te bouwen kan vergoeding afhankelijk worden van kwalitatieve parameters.

Wie?

Vitalink / FarmaFlux & Réseau Santé Wallon (lead) + koepelverenigingen van huisartsen, apothekers, thuisverpleegkundigen en ziekenhuizen, de Vlaamse en Franse Gemeenschap, eHealth, RIZIV, FOD en leveranciers van eindgebruikerssoftware

Meten

- Beschikbaarheid van een beveiligd platform voor het delen van het medicatieschema tussen relevante zorgactoren rond de patiënt
- Aantal pakketten voor huisartsen, wachtposten, apothekers en thuisverpleegkundigen met een geïntegreerde module voor het gedeeld

Q1 2017 : tous les patients ont un GFD (= qui contient toutes leurs délivrances des 12 dernier mois) qui est consultable (moyennant consentement explicite du patient).

PA 3.2. Déploiement du schéma de médication multidisciplinaire partagé

De quoi s'agit-il ?

Les patients ambulatoires, les médecins généralistes et leurs postes de garde, les pharmaciens d'officine et les infirmiers à domicile ont accès, sous la forme d'un schéma de médication, aux informations pertinentes sur la médication active de patients qui ont donné leur consentement éclairé. relu Via la collaboration multidisciplinaire, nous visons un schéma de médication complet et correct qui est accessible et qui peut être partagé via une plate-forme numérique sécurisée.

Rémunération dans le cadre du budget existant pour une surveillance structurelle des médicaments, dans un premier temps quantitative. Après un projet pilote qui permettra d'intégrer des indicateurs de processus et de résultat, la rémunération pourra dépendre de paramètres qualitatifs.

Qui?

Vitalink / FarmaFlux & Réseau Santé Wallon (chef de projet) + des fédérations de généralistes, de pharmaciens, d'infirmiers à domicile et d'hôpitaux, les Communautés flamande et française, eHealth, l'INAMI, le SPF et les fournisseurs de logiciels pour les utilisateurs finaux

Mesurer

- Disponibilité d'une plate-forme sécurisée pour le partage du schéma de médication entre les acteurs de soins concernés
- Nombre de progiciels pour les généralistes, les postes de garde, les pharmaciens et les infirmiers à domicile ayant un module intégré pour le

<p>medicatieschema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aantal medicatieschema's dat gedeeld, geraadpleegd en gewijzigd wordt door huisartsen, apothekers, thuisverpleegkundigen en patiënten • Aantal unieke patiënten voor wie een gedeeld medicatieschema beschikbaar is • Indicatoren voor de kwaliteit van medicatieschema's <p><u>Timing:</u></p> <p>2016: Pilotproject voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor gedeelde multidisciplinaire medicatieschema's</p> <p>01.07.2016: Ontwikkeling van een module "multidisciplinair gedeeld medicatieschema" in alle gemeenschappen/gewesten en compatibel met de normen van Vitalink (interoperabiliteit tussen de digitale platformen)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. De module voor het medicatieschema in de Franse en Duitstalige Gemeenschap moet compatibel en complementair zijn met het Vitalink Medicatieschema. b. Het medicatieschema kan gedeeld worden tussen zorgverstrekkers (ten minste huisartsen, wachtposten, officina-apothekers en thuisverpleegkundigen) en patiënten of hun mantelzorger. <p>01.07.2016: Ontwikkeling en uitrol van een <i>mogelijkheid tot raadplegen door de patiënt of zijn/haar mantelzorger van zijn/haar medicatieschema</i></p> <p>01.07.2016: Integratie in de EMD's, apotheeksoftware en software voor wachtposten en thuisverpleegkundigen op de Belgische markt. 80% van de pakketten is in productie en uitgerold. Volledige uitrol tegen 01.2017.</p> <p>01.01.2017: Nodige business regels zodat ten allen tijde slechts één actueel medicatieschema voor elke patiënt gebruikt wordt. Tegen 01/2016 is er een</p>	<p>schéma de médication partagé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de schémas de médication qui sont partagés, consultés et modifiés par les généralistes, les pharmaciens, les infirmiers à domicile et les patients • Nombre de patients uniques pour qui un schéma de médication partagé est disponible • Indicateurs pour la qualité des schémas de médication <p><u>Calendrier:</u></p> <p>2016 : projet pilote pour la conception d'indicateurs de qualité pour les schémas de médication multidisciplinaires partagés</p> <p>01.07.2016 : développement d'un module 'schéma de médication multidisciplinaire partagé' pour toutes les régions/communautés et compatible avec les normes Vitalink (interopérabilité entre les plate-formes)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Le module pour le schéma de médication en Communauté française et germanophone doit être compatible avec celui de Vitalink et lui être complémentaire. b. Le schéma de médication peut être partagé entre les dispensateurs de soins (au moins les généralistes, les postes de garde, les pharmaciens d'officine et les infirmiers à domicile) et les patients ou leur soignant. <p>01.07.2016 : développement et déploiement d'un moyen de consultation de son schéma de médication pour le patient et/ou son aidant proche.</p> <p>01.07.2016 : intégration dans le DMI, le logiciel pour pharmacie et le logiciel pour les postes de garde et les infirmiers à domicile sur le marché belge. 80 % des progiciels sont mis en production et déployés. Déploiement complet d'ici à janvier 2017.</p> <p>01.01.2017 : business règles telles que, à tout moment, il soit garanti qu'il n'y a qu'un seul schéma de médication à jour par patient. Dès janvier 2016, une</p>
--	--

samenwerking tussen de digitale platformen om te garanderen dat er maar één actueel medicatieschema is per patiënt.

AP 3.2bis: Vanaf juli 2016 moet elk ziekenhuis binnen de 24 uur na het ontslag van de patiënt een voorlopige ontslagbrief met vermelding van het medicatieschema van de patiënt bij zijn ontslag uit het ziekenhuis opstellen en delen.

Dat is vooral een organisatorische vereiste.

Als een ziekenhuis in Vlaanderen erin slaagt om doelstelling 5.b tegen juli 2016 te implementeren, is deze doelstelling niet relevant.

Meetinstrumenten: *Statistieken afkomstig van de hubs/ziekenhuizen*

AP 3.3 Transmurale medicatieoverdracht

Wat?

Patiënten, die daarvoor hun geïnformeerde toestemming gegeven hebben, bij een geplande opname in het ziekenhuis beschikken over een digitaal medicatieschema (Brusafe / Intermed / Vitalink) dat geraadpleegd kan worden in het ziekenhuis via een beveiligd netwerk.

Pilootprojecten voor het aanmaken of aanpassen van een digitaal medicatieschema bij ontslag. De wijzigingen in medicatie die tijdens het ziekenhuisverblijf werden doorgevoerd worden ten minste tot op het niveau ATM of VMP van de Source Authentique de Médicaments (SAM) gepubliceerd in het gedeeld medicatieschema. Het is toegankelijk voor de patiënten en de actoren in de eerstelijnsgezondheidszorg met wie ze een therapeutische relatie hebben op het moment van ontslag.

collaboration entre plates-formes garantira l'existence d'une seul schéma de médicament par patient.

PA 3.2bis à partir de juillet 2016, chaque hôpital produira et partagera une lettre de sortie provisoire qui inclura le schéma de médication de sortie dans les 24 heures suivant la sortie du patient.

Ceci est essentiellement une exigence organisationnelle.

En Flandre, si un hôpital peut atteindre l'objectif 5.b d'ici à juillet 2016, cet objectif n'est pas pertinent.

Instruments de mesure : *statistiques fournies par les hub / hôpitaux*

PA3.3 transmission de médication trans-muros

De quoi s'agit-il?

Les patients qui ont donné leur consentement éclairé disposent, lors d'une admission programmée en hôpital, d'un schéma de médication numérique (Brusafe / Intermed / Vitalink) qui peut être consulté dans l'hôpital via un réseau sécurisé.

Les projets pilotes pour l'élaboration ou l'adaptation d'un schéma de médication numérique au moment de la sortie de l'hôpital Les modifications apportées à la médication pendant le séjour en hôpital ont été effectuées au moins au niveau ATM ou VMP de la source authentique des médicaments (SAM) publiée dans le schéma de médication partagé. Il est accessible pour les patients et les acteurs de soins de santé primaires avec qui ils ont une relation thérapeutique au moment de la sortie.

<p><u>Wie?</u> Zorgnet Vlaanderen / Réseau Santé Wallon (lead) + koepelverenigingen van ziekenhuizen, woonzorgcentra, huisartsen en apothekers, de Vlaamse en Franse Gemeenschap, eHealth, FAGG/BCFI/RIZIV en leveranciers van eindgebruikerssoftware</p> <p><u>Meten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aantal (geplande) opnames waarbij een medicatieschema beschikbaar is via een beveiligd digitaal platform (in verhouding tot het totale aantal (geplande) opnames) • Aantal patiënten die bij ontslag beschikken over een actueel medicatieschema op een beveiligd digitaal platform (in verhouding tot het totaal aantal ontslagen patiënten) <p><u>Timing:</u></p> <p>Tegen Q3 2017: Interoperabiliteit realiseren tussen het digitale medicatieschema in de eerstelijnsgezondheidszorg en de medicatiemodule in ziekenhuissoftware op basis van een performante en gevalideerde authentieke bron voor in België gecommmercialiseerde geneesmiddelen zoals de Source Authentique de Médicaments (SAM-CIVICS) en daaropvolgend toegang tot het digitaal medicatieschema uit de eerste lijn realiseren in pilootziekenhuizen via integratie in het elektronisch patiëntendossier (EPD) . De SAM zal kunnen gebruikt worden binnen het ziekenhuis tegen Q3 2017 (Q1 voor de extra-muros praktijk).</p> <p>Tegen Q3 2017: Ontwikkeling van een editor voor het digitaal medicatieschema in de ziekenhuissoftware</p> <p>Q3 2017 – Q4 2018: Uitrol van medicatiemodule of integratie in de EPD van alle ziekenhuizen in België</p>	<p><u>Qui?</u> Zorgnet Vlaanderen / Réseau Santé Wallon (chefs de projet) + fédérations d'hôpitaux, de maisons de repos, de généralistes et de pharmaciens, les Communautés flamande et française, eHealth, l'AFMPS / le CBIP / l'INAMI et les fournisseurs de logiciels pour les utilisateurs finaux</p> <p><u>Mesurer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'admissions (programmées) pour lesquelles un schéma de médication est disponible via une plate-forme numérique sécurisée (par rapport au nombre total d'admissions (programmées)) • Nombre de patients qui, à la sortie de l'hôpital, disposent d'un schéma de médication à jour sur une plate-forme numérique sécurisée (par rapport au nombre total de patients sortis de l'hôpital) <p><u>Calendrier:</u></p> <p>Pour le 3^{ème} trimestre 2017 : assurer l'interopérabilité du schéma de médication numérique en première ligne et du module de médication dans le logiciel hospitalier sur la base d'une source authentique performante et validée pour les médicaments commercialisés en Belgique comme la source authentique de médicaments (SAM-CIVICS) et ensuite garantir l'accès à un schéma de médication numérique de première ligne dans des hôpitaux pilotes via l'intégration dans le dossier patient informatisé (DPI). La SAM sera utilisable dans le contexte hospitalier en Q3 2017 (extra-muros en Q1).</p> <p>Pour le 3^e trimestre 2017 : développement d'un éditeur pour le schéma de médication numérique dans le logiciel hospitalier</p> <p>Q3 2017 - Q4 2018 : Déploiement du module de médication ou intégration dans le DPI de tous les hôpitaux en Belgique.</p>
---	--

AP 3.4 Implementatie en uitrol van een gestandaardiseerd formaat voor gegevensdeling tussen woonzorgcentra en apotheken via een beveiligd kanaal

Wat?

Implementatie en uitrol van een geïntegreerd en beveiligd communicatiekanaal tussen het elektronisch patiëntendossier in het woonzorgcentrum en de apotheeksoftware in elk woonzorgcentrum (WZC) en elke toeleverende apotheker in België. Tegen 1 januari 2019 gebeurt de communicatie over de medicatie van de meerderheid van de bewoners die in een WZC verblijven via dat kanaal.

Wie?

APB, VLOZO/Zorgnet Icuro, UVCW/Femarbel-Ferubel (lead) + koepelverenigingen van CRA's (coördinerende & raadgevende artsen), huisartsen, apothekers en woonzorgcentra, de Vlaamse en Franse Gemeenschap, eHealth, FOD Volksgezondheid, RIZIV en leveranciers van eindgebruikerssoftware

Meten

- Aantal woonzorgcentra dat beschikt over elektronische bewonersdossiers met een geïntegreerd en beveiligd communicatiekanaal (in verhouding tot het totaal aantal woonzorgcentra)
- Aantal toeleverende apotheken dat beschikt over apotheeksoftware met een geïntegreerd en beveiligd communicatiekanaal (in verhouding tot het totaal aantal toeleverende apotheken)
- Aantal bewoners die in een woonzorgcentrum verblijven over wiens medicatie gecommuniceerd wordt via het beveiligd communicatiekanaal in verhouding tot het totaal aantal bewoners dat verblijft in woonzorgcentra

PA3.4 Implémentation et déploiement d'un format normalisé pour l'échange de données entre MR/MRS et pharmacies via un canal sécurisé

De quoi s'agit-il?

De l'implémentation et du déploiement d'un canal de communication intégré et sécurisé entre le dossier patient informatisé dans le centre de soins résidentiels et le logiciel de la pharmacie dans chaque centre de soins résidentiels en Belgique et chez chaque pharmacien délivreur en Belgique. D'ici au 1^{er} janvier 2019, la communication sur la médication de la majorité des résidents des MR/MRS est effectuée via ce canal.

Qui?

APB, VLOZO/Zorgnet Icuro, UVCW/Femarbel-Ferubel (chefs de projet) + fédérations de généralistes, médecins conseils et coordination (NL: CRA), pharmaciens et de MR/MRS, les Communautés flamandes et françaises, eHealth, le SPF Santé publique, l'INAMI et les fournisseurs de logiciels pour utilisateurs finaux

Mesurer

- Le nombre de centres de soins résidentiels qui disposent de dossiers de résidents électroniques avec un canal de communication intégré et sécurisé (par rapport au nombre total de centres de soins résidentiels)
- Le nombre de pharmacies délivrant des médicaments qui disposent d'un logiciel de pharmacie avec un canal de communication sécurisé intégré (par rapport au nombre total de pharmacies qui délivrent)
- Le nombre de résidents d'un centre de soins résidentiels au sujet desquels des informations sont communiquées pour les médicaments via canal de communication sécurisé, par rapport au nombre total de résidents qui séjournent dans les centres de soins résidentiels

<p><u>Timing:</u></p> <p>2015: Ontwikkeling, integratie en implementatie van een gestandaardiseerd en "open source" formaat en protocol voor beveiligde communicatie in de software voor woonzorgcentra en in de apotheeksoftware op de Belgische markt</p> <p>Q3 2015 – Q4 2017: Operationaliseren van dat protocol in de woonzorgcentra en apotheken die beschikken over een geïntegreerd-communicatiekanaal</p> <p>AP 3.5 VIDIS</p> <p><u>Wat?</u></p> <p>Een breed gedragen visie opstellen op de ontwikkeling van een elektronisch communicatiesysteem voor het beheer van alle aspecten van de medicamenteuze behandeling van een patiënt in overleg met alle betrokken stakeholders (patiënten, voorschrijvers, apothekers, verpleegkundigen, woonzorgcentra en ziekenhuizen).</p> <p><i>(NB: Hetzelfde concept dient tevens voor de andere zorgvoorschriften te worden ontwikkeld: verpleegkunde, kinesithérapie, logopedie, enz.)</i></p> <p>We bouwen voort op VIDIS, de visienota van het RIZIV, en de Roadmap eGezondheid 2.0. De ontwikkelde visie wordt in 2016 onderschreven door de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid en geeft samen met de Roadmap 2.0 richting aan de integratie van de bestaande systemen, de ontwikkeling van de ontbrekende schakels en de operationalisering van de workflows van alle zorgactoren in de multidisciplinaire samenwerking rond de patiënt met het oog op verbetering van de kwaliteit van de zorg.</p>	<p><u>Calendrier:</u></p> <p>2015 : développement, intégration et implémentation d’un format standardisé et “ouvert” et d’un protocole pour la communication sécurisée dans le logiciel des centres de soins résidentiels et dans le logiciel de pharmacie sur le marché belge.</p> <p>T3 2015 - T4 2017 Le protocole est opérationnel dans les centres de soins résidentiels et les pharmacies qui disposent d'un canal de communication intégré.</p> <p>PA 3.5 VIDIS</p> <p><u>De quoi s'agit-il?</u></p> <p>De faire émerger une vision largement partagée du développement d'un système de communication par voie électronique pour la gestion de tous les aspects du traitement médicamenteux d'un patient, en concertation avec tous les acteurs concernés (patients, prescripteurs, pharmaciens, praticiens de l'art infirmier, centres de soins résidentiels et hôpitaux).</p> <p>(NB : le même concept doit également être élaboré pour les autres prescriptions de prestations : infirmier, kinésithérapie, logopédie, etc.)</p> <p>Nous nous basons sur VIDIS, sur la note conceptuelle de l'INAMI et sur la feuille de route eSanté 2.0. La vision élaborée est approuvée par la Conférence interministérielle de la Santé publique en 2016. Avec la feuille de route 2.0, elle indique la direction pour l'intégration des systèmes existants, le développement des chaînons manquants et l'opérationnalisation des flux de travail de tous les acteurs de soins dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire autour du patient en vue de l'amélioration de la qualité des soins.</p>
---	---

<p><u>Wie?</u></p> <p>RIZIV & koepelorganisaties van betrokken zorgverstrekkers en patiënten (lead) + Administraties voor Volksgezondheid van de federale staat, de gewesten en de gemeenschappen. APB stelt zich kandidaat.</p> <p><u>Timing:</u></p> <p>Q3 2015: Aanduiding van een projectleider door het RIZIV en samenstelling van een stuurgroep met de betrokken actoren in een open innovatienetwerk</p> <p>Q4 2015 - Q1 2016: Analyse van ten minste volgende onderwerpen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebruik van de Source Authentique de Médicaments (SAM) • Specificaties van de journaalfunctie • Scenario's voor de ambulante sector, de woonzorgsector en de ziekenhuissector • Data model • Gebruikers en toegangsrechten (rechtenmatrix) • Auteurs en validering • Viewers voor zorgverstrekkers en zorggebruikers • Transformatie van Recip-e • Integratie van het GFD, Vitalink, Intermed, Brusafe en MyCareNet Hoofdstuk IV zodat VIDIS backward compatible is met deze bestaande systemen en er geen rework nodig is. Vitalink garandeert een beschikbaar van 99,0%. VIDIS moet hiermee rekening houden • Impact op reglementering en wetgeving • Communicatieplan <p>Q1 2016: Oplevering van de finale visienota en validering door de betrokken stakeholders, consultatie van bevoegde adviesorganen en doorvoeren van de vereiste aanpassingen aan reglementering en wetgeving</p>	<p><u>Qui?</u></p> <p>L'INAMI & des fédérations des dispensateurs de soins concernés et de patients (chefs de projet) + administrations de la Santé publique de l'État fédéral, des Régions et des Communautés..</p> <p><u>Calendrier:</u></p> <p>Q3 2015 : désignation d'un chef de projet par l'INAMI et composition d'un groupe de pilotage avec les acteurs concernés au sein d'un réseau novateur ouvert</p> <p>Q4 2015 - Q1 2016 Analyse des sujets suivants au moins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la source authentique de médicaments (SAM) • Spécifications de la fonction "journal" • Scénarios pour le secteur ambulatoire, le secteur de soins résidentiels et le secteur hospitalier • Modèle de données • Utilisateurs et droits d'accès (matrice des droits) • Auteurs et validation • Visualiseurs pour les dispensateurs de soins et les utilisateurs de soins • Transformation de Recip-e • Intégration du DPP, de Vitalink, Intermed, Brusafe et MyCareNet Chapitre IV afin de rendre VIDIS compatible avec les systèmes existants et d'éviter de nouveaux développements. Vitalink garantit une disponibilité à 99%. Vidis doit en tenir compte • Incidence sur la réglementation et la législation • Plan de communication <p>Q1 2016 : réception de la note conceptuelle finale et validation par les acteurs concernés, consultation d'instances consultatives compétentes et modifications requises apportées à la réglementation et à la législation</p>
--	--

<p>2017 - 2018: Communicatie en informatie aan alle betrokken stakeholders en veralgemeende uitvoering tegen 1 januari 2019</p> <p>AP 3.5bis: <u>In afwachting van de toekomstige ontwikkeling van VIDIS, moet elk EPD-ziekenhuis in staat zijn om:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Visualiseren van de gegevens op de geneesmiddelen die getrokken zijn uit de Sumehr van Intermed/Brusafe tegen juni 2016. het via VITALINK (Vlaanderen) geproduceerde medicatieschema uiterlijk één jaar na de release van een volledig gespecificeerde en actieve link met Vitalink en de eerste publicatie van de SAM-database te consulteren en te actualiseren. Toegang hebben tot het vaccinatiebestand (Vaccinet/Evax) en het updaten (Vlaanderen) tegen december 2016. <p>Tegen mei 2016 zal het gebruik van Recip(e) door het ziekenhuis-EPD vereenvoudigd worden door het gebruik van het ziekenhuiscertificaat. (Zie AP 4)</p> <p>Meetinstrumenten: Statistieken afkomstig van de ziekenhuizen/hubs</p>	<p>2017 - 2018 : communication et information à tous les acteurs concernés et mise en œuvre généralisée pour le 1^{er} janvier 2019.</p> <p>PA 3.5bis. <u>En attendant le développement futur de VIDIS</u> chaque DMI hospitalier devrait pouvoir :</p> <ol style="list-style-type: none"> visualiser les données sur les médicaments extraites du Sumehr d'Intermed /Brusafe/Vitalink d'ici juin 2016. accéder au schéma de médication produit à l'aide de VITALINK (Flandre) et le mettre à jour, au plus tard un an après le déploiement d'une connexion fonctionnelle entièrement spécifiée avec Vitalink et le premier déploiement public de la banque de données SAM. accéder au fichier de vaccination (Vaccinet / Evax) et le mettre à jour (Flandre) d'ici décembre 2016 <p>D'ici à mai 2016, l'utilisation de Recipe par le DPI de l'hôpital sera facilitée grâce à l'utilisation du certificat de l'hôpital. (voir PA 4).</p> <p>Instruments de mesure : statistiques fournies par les hôpitaux /les Hubs</p>
<p>ACTIEPUNT 4 ELEKTRONISCH VOORSCHRIFT</p> <p>ACTIEPUNTEN</p> <p>AP4.1. Bevorderen en versnellen van de Recip-e uitrol</p> <p><i>AP4.1.A. algemene kwaliteitsverbetering van de geproduceerde voorschriften</i></p> <ul style="list-style-type: none"> perfect gelijke voorschriften (elektronisch en op papier) 	<p>POINT D'ACTION 4 PRESCRIPTION ELECTRONIQUE</p> <p>POINTS D'ACTION</p> <p>PA4.1. Stimuler et accélérer le lancement de Recip-e</p> <p><i>PA4.1.A. Amélioration générale de la qualité des prescriptions produites</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Prescriptions parfaitement identiques (par voie électronique et sur papier)

<ul style="list-style-type: none"> • verplicht verifiëren via up-to-date medicatiedatabank (zonder blokkering) • scherpe opvolging effectieve pakket-uitrol naar de eindgebruikers toe • aanmoedigen om voor te schrijven op stofnaam • verbeteren van gebruiksvriendelijkheid van de afhandeling van elektronische voorschriften in de apothekerspakketten <p>Tegen 1 januari 2016 is de kwaliteit van het elektronisch voorschrift gewaarborgd</p> <p><u>Projectleider:</u> FAGG (i.s.m. Recip-e vzw)</p> <p>Verantwoordelijken: APB, OPHACO, RIZIV, FOD Volksgezondheid/FAGG, eHealth-platform, Domus Medica en SSMG, PROREC en leveranciers van artsen- en apothekerssoftware</p> <p><u>Specific:</u></p> <p>Op basis van de ervaring bij de uitrol tussen maart 2014 en mei 2015 van Recip-e, werd opgemerkt dat de geproduceerde voorschriften, zowel elektronisch als op papier diverse inconsistenties en tekortkomingen bevatten. Recip-e inventariseert de gemelde problemen, meldt ze aan de betrokken softwarevondors en stelt zo nodig testsuites en principe-flows op; mini-lab sessies geven software vondors de kans om met mekaar te oefenen.</p> <p>Qua verificatie bij het voorschrijven:</p> <p>a. Op korte termijn (1 jan. 2016) dient een EPD bv. maandelijks minstens de aangevulde SAM databank (RIZIV, FAGG) op te laden (of deze online te raadplegen) en dient het de arts te waarschuwen (bv. via pop-up?) indien hij een geneesmiddel voorschrijft dat niet in het referentiebestand staat. De arts kan dan ofwel zijn voorschrift corrigeren, ofwel gewoon doorgaan. Daarbij biedt de voorschrijfmodule</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification obligatoire via une base de données de médicaments actualisée (sans blocage) • Suivi strict de l'implémentation effective des programmes auprès des utilisateurs finaux • Encourager la prescription sous DCI • Permettre un plus grand confort d'utilisation du règlement des prescriptions électroniques dans les programmes pour pharmaciens <p>La qualité de la prescription électronique est garantie au 1er janvier 2016.</p> <p><u>Chef de projet :</u> AFMPS (en collaboration avec Recip-e asbl)</p> <p>Responsables : APB, OPHACO, INAMI, SPF Santé publique/AFMPS, plate-forme eHealth, Domus Medica et SSMG, PROREC et les fournisseurs de logiciels pour les médecins et les pharmaciens</p> <p><u>Spécifique :</u></p> <p>Fort de l'expérience de l'implémentation entre mars 2014 et mai 2015 de Recip-e, on a pu constater que les prescriptions générées, tant par voie électronique que sur papier, contenaient différentes incohérences et lacunes. Recip-e inventorie les problèmes signalés, les signale auprès des distributeurs de logiciels concernés et établit le cas échéant des suites test et des principe-flows. Des séances de mini-lab permettent aux distributeurs de logiciels de s'exercer les uns avec les autres.</p> <p>Au niveau de la vérification pour la prescription :</p> <p>a. À court terme (1er janvier 2016), un DPI doit charger la base de données SAM (INAMI, AFMPS) au moins chaque mois (ou la consulter en ligne) et il doit avertir le médecin (via un pop-up par exemple ?) s'il prescrit un médicament ne figurant pas dans le fichier de référence. Soit le médecin peut corriger sa prescription, soit il</p>
---	--

dan wel standaard aan om een vermelding toe te voegen : "...of equivalent indien niet beschikbaar".

b. Op langere termijn (1 jan. 2017) zou een EPD online een bestand moeten kunnen raadplegen van de effectief beschikbare producten om tegemoet te komen aan het feit dat er actueel zoveel producten ontbreken, dat APB, Ophaco en NVGV samen een dergelijke tool zouden moeten ontwikkelen en ter beschikking stellen. Hier zou de arts nog steeds kunnen "persisteren", maar de apotheker meteen de toelating geven om "een equivalent te zoeken indien niet beschikbaar".

Measurable:

Het aantal meldingen van inconsistenties/fouten in elektronische en op papier afgedrukte voorschriften daalt beneden de 0.5% van de ontvangen voorschriften.

eHealth-platform garandeert en verifieert effectief dat de uitrol naar de eindgebruikers van de pakketten gebeurt.

Elektronische voorschriften verzenden en ontvangen duurt minder dan 2 seconden.

Acceptable:

Voor de kwaliteit van de zorg is het kunnen rekenen op correcte voorschriften een absolute noodzaak! Alles wat daartoe kan bijdragen dient geactiveerd te worden.

De artsen vragen ook een snelle verwerking bij het doorsturen van elektronische voorschriften: de beschikbare bandbreedte en de capaciteit van de achterliggende servers wordt als zeer belangrijk ervaren.

Realistic:

Het betreft een reeks essentiële aanpassingen aan de software van de artsen

continue simplement. Le module de prescription propose alors de manière standardisée d'ajouter une mention : «...ou équivalent en cas de non disponibilité».

b. À plus long terme (1er janvier 2017), un DPI devrait pouvoir consulter en ligne un fichier des produits effectivement disponibles afin de répondre au fait que tant de produits font défaut actuellement, que l'APB, OPHACO et l'ANGR devraient développer conjointement et mettre à disposition ce type d'outil. En l'occurrence, le médecin pourrait toujours « persister », mais donner immédiatement au pharmacien l'autorisation de « trouver un équivalent en cas de non disponibilité ».

Mesurable :

Le nombre de mentions d'incohérences/d'erreurs dans les prescriptions électroniques et imprimées sur papier diminue en dessous de 0,5 % des prescriptions reçues.

La plate-forme eHealth garantit et vérifie effectivement que les programmes sont déployés auprès des utilisateurs finaux.

L'envoi et la réception des prescriptions électroniques dure moins de deux secondes.

Acceptable :

Pour garantir la qualité des soins, il est absolument nécessaire que les prescriptions soient correctes ! Tout ce qui peut permettre d'y arriver doit être activé.

Les médecins réclament également un envoi rapide des prescriptions électroniques : la largeur de bande et la capacité disponibles des serveurs sous-jacents sont considérées comme essentielles.

Réaliste :

Le projet concerne une série d'adaptations essentielles aux logiciels des médecins.

Timing: 1 januari 2016, 1 januari 2017

AP4.1.B. Actiepunt barcode recipe

Het aanpassen van de Recip-e afdruk specificaties, alsook de reglementering inzake voorschriften (KB 10 augustus 2005 en 8 juni 1994), zodat een elektronisch voorschrift alleen nog de RID barcode draagt en de barcode met het RIZIV nummer van de arts in dat geval niet langer vermeld wordt

Projectleider: Recip-e vzw

Verantwoordelijken: representatieve artsenverenigingen, APB, OPHACO, RIZIV, FOD Volksgezondheid/FAGG en leveranciers van artsen- en apothekerssoftware, producenten van kine- en verpleegkundige software.

Specific:

Het betreft een trigger voor de apotheker om het elektronisch voorschrift af te halen van de Recip-e server en niet gewoon af te leveren op basis van het papieren voorschrift.

Measurable:

Publicatie KB's tot wijziging van KB 10/8/2005 en/of KB 8/6/1994; doorgevoerd in alle voorschrijvende pakketten.

Acceptable:

De identificatie van de arts bevindt zich in het xml bericht van Recip-e. Mits een goede implementatie door de softwarehuizen kan door lezen van 1 enkele barcode (RID) de identiteit van de arts door de software automatisch worden ingelezen in

Calendrier : 1er janvier 2016, 1er janvier 2017.

PA4.1.B. Point d'action code-barres Recip-e

Adaptation des spécifications relatives à l'impression de Recip-e, ainsi que de la réglementation relative aux prescriptions (AR du 10 août 2005 et du 8 juin 1994), si bien qu'une prescription électronique porte encore uniquement le code-barres RID et que le code-barres avec le numéro INAMI du médecin ne soit plus mentionné dans ce cas.

Chef de projet : Recip-e asbl

Responsables : Organisations représentatives des médecins, APB, OPHACO, INAMI, SPF Santé publique/AFMPS et fournisseurs de logiciels pour médecins et pharmaciens, producteurs de logiciels pour kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier.

Spécifique :

Le projet porte sur un stimulant pour le pharmacien à extraire la prescription électronique du serveur Recip-e plutôt que tout bonnement délivrer sur la base de la prescription papier.

Mesurable :

Les AR modifiant l'AR du 10.8.2005 et/ou l'AR du 8.6.1994 ont été publiés; introduit dans tous les programmes de prescription.

Acceptable :

L'identification du médecin se trouve dans le message XML de Recip-e. Pour autant que les firmes de logiciels implémentent correctement les programmes, la lecture d'un seul code-barres (RID) permet au logiciel de lire automatiquement l'identité du

het software-pakket van de uitvoerder zonder interventie van de gebruiker.

Realistic:

Het betreft een kleine aanpassing aan de software van de artsen (op papieren afdruk van het voorschrift wordt alleen de RID-barcode afgedrukt) en mogelijk ook aan de software van de apothekers. Aangezien de naam van de arts nog op het papieren voorschrift vermeld staat, is de maatregel nooit "blokkerend".

Timing: 1 juli 2016

AP4.2. Duidelijke eensluidende melding van voorziene timing aan de zorgverstrekkers:

Vanaf 1 januari 2016 kan elke zorgverstrekker elektronische voorschriften verwerken; vanaf 1 januari 2017 is elektronisch voorschrijven de authentieke bron.

Tegen 1 november 2015 is de ganse sector ingelicht dat op 1 januari 2017 elektronische voorschriften de regel zijn! Consensus is bereikt over de antwoorden op de dematerialiseringsvragen

Projectleider: : FAGG (i.s.m. Recip-e vzw)

Verantwoordelijken: representatieve verenigingen van zorgverstrekkers + patiëntenverenigingen + de overheid (minister, FOD, RIZIV)

Specific:

Aangezien er een consensus bestaat en steun van de beroepsverenigingen (engagement van de Raad Van Bestuur Recip-e) en reeds gemaakte meldingen van de overheid (Minister, ...) dient dit punt duidelijk via verenigingen en pers echt overal kenbaar gemaakt, evenals de praktische gevolgen.

médecin dans le programme de l'exécutant sans intervention de l'utilisateur.

Réaliste :

Le projet porte sur une petite adaptation au logiciel des médecins (sur l'impression papier de la prescription, seul le code-barres RID est imprimé) et éventuellement au logiciel des pharmaciens. Comme le nom du médecin apparaît encore sur la prescription papier, la mesure n'est jamais « bloquante ».

Calendrier : 1er juillet 2016.

PA4.2. Mention claire et conforme du calendrier prévu aux dispensateurs de soins

À partir du 1er janvier 2016, chaque dispensateur de soins pourra traiter des prescriptions électroniques ; dès le 1er janvier 2017, la prescription électronique sera la source authentique.

Pour le 1er novembre 2015, le secteur tout entier sera informé que les prescriptions électroniques seront la règle à partir du 1er janvier 2017 ! Les réponses aux questions de dématérialisation ont fait l'objet d'un consensus.

Chef de projet : AFMPS (en collaboration avec Recip-e asbl)

Responsables : Organisations représentatives des dispensateurs de soins, associations de patients et autorités (ministre, SPF, INAMI)

Spécifique :

Vu l'existence d'un consensus, le soutien des organisations professionnelles (engagement du Conseil d'administration Recip-e) et les notifications déjà faites par les autorités (ministre, etc.), ce point - et son impact concret - doit clairement être rendu public vraiment partout via les organisations professionnelles et la presse.

<p>Het de-materialiseringsdebat dient opgestart en asap antwoord te geven op de vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoe precies zullen we de-materialiseren ? • wat met huisbezoeken? • Afstandsgeneeskunde (mhealth)? • Patiënten-token? • Posologie? <p><u>Measurable:</u></p> <p>Antwoorden op bovenstaande vragen</p> <p><u>Acceptable:</u></p> <p>Voldoende consensus om technische uitvoering ondubbelzinnig uit te tekenen</p> <p><u>Realistic:</u></p> <p>Onontbeerlijke elementen om verder te kunnen, nu de uitrol meer dan de helft van de apotheken en een derde van de huisartsen bereikt heeft.</p> <p><u>Timing:</u></p> <p>Persberichten: september 2015 Dematerialiseringsforum september-november 2015 Implementatie januari – mei 2016 Vanaf 1.7.2016 is een voorschrift verstuurd via Recip-e geldig ook zonder dat er een papieren voorschrift aangemaakt is Vanaf 1 januari 2017 schrijven alle geïnfomatiseerde artsen elektronisch voor Vanaf 1 januari 2018 moeten alle geneesmiddelenvoorschriften elektronisch zijn (behoudens noodgevallen)</p>	<p>Le débat de dématérialisation doit démarrer et apporter une réponse dès que possible aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment va-t-on dématérialiser concrètement ? • Quid des visites à domicile ? • Médecine à distance (mhealth) ? • Token patient ? • Posologie ? <p><u>Mesurable :</u></p> <p>Réponses aux questions précédentes.</p> <p><u>Acceptable :</u></p> <p>Consensus suffisant pour élaborer de manière explicite la concrétisation technique.</p> <p>Réaliste :</p> <p>Éléments indispensables pour pouvoir poursuivre le travail, maintenant que le déploiement a atteint plus de la moitié des pharmaciens et un tiers des médecins généralistes.</p> <p><u>Calendrier :</u></p> <p>Communiqués de presse : septembre 2015 Forum de dématérialisation : septembre - novembre 2015 Implémentation : janvier - mai 2016 À partir du 1er juillet 2016, une prescription envoyée via Recip-e sera valable également même sans qu'une prescription papier n'ait été établie. A partir du 1 janvier 2017 tous les médecins informatisés prescrivent de façon électronique A partir du 1 janvier 2018 toutes les prescriptions doivent être électroniques (sauf cas de force majeure).</p>
--	---

AP4.3. Uitbreiding naar alle voorschriften

Ambulant vanuit zorginstellingen, tandartsen, kinesitherapie, verpleegkunde, implantaten

Tegen 1 mei 2016 kunnen ziekenhuizen en tandartsen ambulante voorschriften maken en verzenden en zijn de kinesitherapeuten en verpleegkundigen in staat hun voorschriften via Recip-e op te halen

Projectleider: eHealth-platform

Verantwoordelijken: Recip-e vzw, artsenverenigingen, APB, OPHACO, RIZIV, FOD Volksgezondheid/FAGG en leveranciers van artsen- en apothekerssoftwares, representatieve verenigingen van zorgverstrekkers + patiëntenverenigingen + de overheid (Minister, FOD, RIZIV)

Specific:

De modaliteiten waaronder hospitalen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen elektronische voorschriften zullen behandelen zijn reeds duidelijk omlijnd en afgesproken. Zo ook de formaten.

Measurable:

We kunnen exact meten hoeveel van deze voorschriften doorgezonden en afgehaald worden.

Acceptable:

De acceptatiegraad bij de sectoren is groot: zij zijn vragende partij

PA4.3. Élargissement à toutes les prescriptions

En ambulatoire par les établissements de soins, les dentistes, la kinésithérapie, l'art infirmier, les implants

Pour le 1er mai 2016, les hôpitaux et les dentistes pourront créer des prescriptions ambulatoires et les envoyer. Les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier seront en mesure d'extraire leurs prescriptions via Recip-e

Chef de projet : plate-forme eHealth

Responsables : Recip-e asbl, organisations représentatives des médecins, APB, OPHACO, INAMI, SPF Santé publique/AFMPS et fournisseurs de logiciels pour médecins et pharmaciens, organisations représentatives de dispensateurs de soins + associations de patients + autorités (Ministre, SPF, INAMI)

Spécifique :

Les modalités selon lesquelles les hôpitaux, les dentistes, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier traiteront les prescriptions électroniques ont déjà été clairement délimitées et convenues. Tout comme les formats.

Mesurable :

Nous pouvons savoir exactement combien de ces prescriptions ont été transmises et extraites.

Acceptable :

Le degré d'acceptation dans les secteurs est élevé : ils sont demandeurs.

<p><u>Realistic:</u></p> <p>De nodige technische aanpassingen zijn minimaal wat betreft de server en de databank van Recip-e; wel dienen de voorschrijfpakketten voor artsen aangepast.</p> <p>Ook de juridische aspecten en de nodige aanpassingen op het eHealth-platform zijn klein ten opzichte van de meerwaarde voor de uitrol.</p> <p><u>Timing:</u></p> <p>6 maanden na de bekendmaking van de API (lente 2016) kunnen hospitalen hun ambulante voorschriften doorsturen;</p> <p>medio 2016 worden door 3 pakketten van artsen kinesitherapievoorschriften en verpleegkundige voorschriften doorgezonden en minstens 2 kine- en verpleegkunde-pakketten kunnen ze ophalen.</p>	<p><u>Réaliste :</u></p> <p>Les adaptations techniques nécessaires sont minimales en ce qui concerne le serveur et la base de données Recip- ; les programmes de prescription pour les médecins doivent en revanche être adaptés.</p> <p>Les aspects juridiques et les adaptations nécessaires sur la plate-forme eHealth sont minimales également par rapport à la plus-value pour le déploiement.</p> <p><u>Calendrier :</u></p> <p>Six mois après publication de l'API (printemps 2016), les hôpitaux pourront envoyer leurs prescriptions ambulatoires.</p> <p>Pour la mi-2016, trois programmes de médecins pourront envoyer des prescriptions de kinésithérapie et des prescriptions infirmières seront envoyés et ils pourront extraire au moins deux programmes de kinésithérapie et d'art infirmier.</p>
<p>ACTIEPUNT 5: GEGEVENS DELEN VIA HET SYSTEEM HUBS & METAHUB VOOR ALGEMENE EN UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN</p> <p><u>Projectleider:</u> hubs</p> <p><u>Verantwoordelijken:</u> hubs, algemene en universitaire ziekenhuizen, eHealth platform, softwareleveranciers</p> <p><u>Wat?</u></p> <p>AP5.1. Naar alle patiënten waarvoor een referentie in de hub bestaat, wordt de metahub onmiddellijk upgedate vanaf 1 september 2015</p>	<p>POINT D'ACTION 5 : PARTAGER LES DONNÉES VIA LE SYSTÈME HUBS & METAHUB POUR LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET UNIVERSITAIRES</p> <p><u>Chef de projet :</u> hubs</p> <p><u>Responsables :</u> hubs, hôpitaux généraux et universitaires, plate-forme eHealth, fournisseurs de logiciels</p> <p><u>Quoi ?</u></p> <p>PA5.1. Le metahub est immédiatement mis à jour pour tous les patients pour lesquels il existe une référence dans le hub à partir du 1er septembre 2015.</p>

AP5.2. Vanaf 1 januari 2016 zullen de algemene en universitaire ziekenhuizen bij een opname de patiënt informeren over de mogelijkheid van het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners en het verlenen van een geïnformeerde toestemming terzake, voor zover deze toestemming nog niet werd verleend.

Meten: het eHealth platform meet het aantal door de ziekenhuizen geregistreerde geïnformeerde toestemmingen.

AP5.3. Vanaf 1 januari 2017 zullen minstens 50% van de raadplegingsverslagen, ontslagbrieven, operatieverslagen en RX protocols van patiënten die hun informed consent hebben gegeven en zich niet verzetten tegen het delen van dat document, toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem voor de gemachtigde zorgverleners.

Meten: het eHealth platform meet initieel het aantal documenten dat de ziekenhuizen registreren op een hub. Na een gestandaardiseerde identificatie (zie hieronder) meet het eHealth platform van elk type document het aantal geregistreerd op de hub.

AP5.4. Er wordt verder gewerkt aan de standaardisatie van de identificatie (typering, indeling in categorieën) van deze documenten. Een consensus daarover, geïnitieerd door de werkgroep Architectuur, is er eind Q2 2016.

AP5.5. De toegankelijkheid van intramurale en extramurale laboresultaten van patiënten die een informed consent hebben gegeven via het hubs & metahub systeem, zowel in een intramurale als extramurale omgeving evolueert in volgende fases:

1. Aansluiting van de extramurale laboratoria op het hubs & metahubsysteem conform het hub/metahub cookbook. Resultaten worden teruggegeven in leesbare vorm, bv. pdf. De extramurale labo's associëren zich met een hub

PA5.2. Lors d'une hospitalisation à partir du 1er janvier 2016 les hôpitaux généraux et universitaires informeront le patient de la possibilité d'échange de données entre les dispensateurs de soins et l'octroi d'un consentement éclairé en la matière, pour autant que ce consentement n'ait pas encore été accordé.

Evaluation: la plate-forme eHealth évalue le nombre de consentements éclairés enregistrés par les hôpitaux.

PA5.3. A partir du 1er janvier 2017 au moins 50 % des rapports de consultation, de lettres de sortie, de protocoles opératoires et de RX de patients ont donné leur consentement éclairé et qui ne s'opposent pas au partage de ce document, seront accessibles via le système hubs & metahub pour les dispensateurs de soins mandatés.

Evaluation: la plate-forme eHealth évalue initialement le nombre de documents que les hôpitaux enregistrent sur un hub. Après une identification standardisée (voir ci-après) la plate-forme eHealth évalue le nombre enregistré sur le hub pour chaque type de document.

PA5.4. On poursuit le travail de standardisation de l'identification (typage, répartition en catégories) de ces documents. Un consensus à ce sujet, initié par le groupe de travail Architecture, sera effectif fin Q2 2016.

PA5.5. L'accessibilité des résultats de laboratoires intra- et extramuros de patients qui ont donné un consentement éclairé via le système hubs & metahub, tant dans un environnement intramuros qu'extramuros, évolue en phases suivantes :

1. Le raccordement des laboratoires extramuros sur le système hubs & metahub conformément au hub/metahub cookbook. Les résultats sont livrés dans une forme lisible, par exemple pdf. Les labos extramuros

<p>voor eind Q1 2016 . De realisatie is voorzien voor eind 2016.</p> <p>2. Het gebruik van het gestructureerd formaat HL7-CDA in een KMEHR- enveloppe voor zowel rechtstreekse boodschappen en voor hubs-metahub transacties en gebruik van LOINC/UCUM codes daarbinnen. De realisatie is voorzien tegen eind 2017.</p> <p>AP5.6. De Werkgroep Architectuur stelt tegen Q2 2016 een aanpak voor het delen van diagnostische verslagen ('RX procols') van privéradiologen via het systeem van de hubs of de kluizen. Tegen einde 2017 worden privéradiologen geacht deze documenten volgens die architectuur delen.</p> <p>AP5.7. De Werkgroep Architectuur stelt tegen einde 2016 een architectuur voor het delen van diagnostische beelden. Deze aanpak moet rekening houden met zowel ziekenhuizen als met o.a. privéradiologen. Tegen einde 2018 zijn de meeste ziekenhuizen en privéradiologen in staat om de diagnostische beelden (eventueel een samenvatting waar het gaat om onderzoeken met heel veel beelden) te delen en wordt voor patiënten die de eHealth IC hebben gegeven en zich niet verzet hebben tegen het delen van een dergelijk onderzoek, minstens 50% van het aantal onderzoeken 'medische beeldvorming' effectief gedeeld.</p>	<p>s'associent avec un hub pour la fin Q1 2016 . La réalisation est prévue pour la fin 2016.</p> <p>2. L'utilisation du format structuré HL7-CDA dans une enveloppe KMEHR tant pour les messages directs que pour les transactions hubs & metahub et utilisation des codes LOINC/UCUM en son sein. La réalisation est prévue pour la fin 2017.</p> <p>PA 5.6. Le groupe de travail Architecture propose pour Q2 2016 une approche pour le partage de rapports diagnostiques ('protocoles RX') des radiologues privés via le système des hubs ou des coffres-forts. Pour la fin 2017, les radiologues privés sont sensés partager ces documents selon cette architecture.</p> <p>PA 5.7. Le groupe de travail Architecture propose une architecture de partage des images diagnostiques pour la fin 2016. Cette approche doit tenir compte tant des hôpitaux qu'entre autres des radiologues privés. Pour la fin 2018 la plupart des hôpitaux et des radiologues privés pourront partager les images diagnostiques (éventuellement un résumé lorsqu'il s'agit d'exams comprenant beaucoup d'images) et pour les patients qui ont donné leur CE à eHealth et qui ne se sont pas opposés au partage d'un tel examen, 50% au moins des exams "imagerie médicale" seront effectivement partagés.</p>
<p>ACTIEPUNT 6 : DELEN OM SAMEN TE WERKEN</p>	<p>POINT D'ACTION 6 : PARTAGER AFIN DE COLLABORER</p>
<p>BASISINFORMATIE + HOE ZE TE BEWAREN/TOEGANKELIJK TE MAKEN ?</p>	<p>INFORMATIONS DE BASE + COMMENT LES CONSERVER/RENDRE ACCESSIBLES ?</p>

1. Een EPD voor alle zorgverstreker

Om gegevens te kunnen delen dient elke zorgverstreker/ zorginstelling (arts, apotheker, verpleegkundige, kinesitherapeut, ziekenhuis...) een gestructureerd en gecodeerd EPD te hebben.

Voor sommigen bestaat dit reeds:

- artsen hebben een EMD en maken de Sumehr aan;
- specialisten maken (vandaag) verslagen aan; die moeten evolueren naar een 'status rapport' van de patiënt;
- apothekers hebben het GFD als authentieke bron van afgeleverde medicatie en delen het medicatieschema;
- verpleegkundigen hebben een EPD en plannen van hieruit gegevens te delen

In de deel-actiepunten van AP6 wordt regelmatig verwezen naar standaarden. Alle standaarden die gedefinieerd worden in AP6 dienen in lijn te zijn met AP13

AP6.1. Vastleggen van de agenda per beroepsgroep wanneer en hoe bovenstaande stappen worden gerealiseerd.

Wat?

Voor zover dit voor elk beroep nog niet bestaat is het beschikken over een eigen EPD een eerste, belangrijke stap, waarbij men die informatie binnen de beroepsgroep definieert (Standaarden), die bedoeld is om te worden opgeslagen en te worden gedeeld. Dit kunnen in eerste instantie verslagen in de vorm van pdf's zijn; geleidelijk moet de informatie worden gestructureerd en gecodeerd worden opgeslagen.

De volgende stap is het delen. Dat kan in eerste instantie binnen de eigen beroepsgroep zijn; vervolgens moet dit multidisciplinair worden. Ook hiervoor

1. Un DPI pour tous les professionnels de la santé

Pour pouvoir partager des données, chaque professionnel de santé / établissement de soins (médecin, pharmacien, praticien de l'art infirmier, kinésithérapeute, hôpital, etc.) doit avoir un DPI structuré et codé.

Pour certains, il existe déjà:

- les médecins ont un DMI et établissent le Sumehr ;
- les spécialistes rédigent (aujourd'hui) des rapports qui doivent évoluer vers un «rapport de statut» du patient ;
- les pharmaciens disposent du DPP comme source authentique de la médication délivrée et partagent le schéma de médication ;
- les praticiens de l'art infirmier disposent d'un DPI et ont l'intention de partager des données à partir de celui-ci.

Dans les sous-points d'action du PA6, il est régulièrement fait référence à des standards. Tous les standards qui sont définis dans le PA6 doivent être en rapport avec le PA13.

PA6.1. Fixer l'agenda par groupe professionnel pour déterminer quand et comment les étapes ci-dessus seront réalisées.

Quoi ?

Pour autant que ce ne soit pas le cas pour chaque profession, le fait de disposer de son propre DPI constitue une première étape importante où l'on définit par groupe professionnel les données (Standards) qui seront enregistrées et partagées. Il peut s'agir dans un premier temps de rapports sous la forme de PDF; ensuite les informations devront être structurées et codées progressivement.

L'étape suivante est le partage. Il peut se faire dans un premier temps au sein du groupe professionnel même pour ensuite devenir multidisciplinaire. A cet effet, des

<p>moeten standaarden worden bepaald – waarvan sommigen al bestaan – op vlak van data, berichten en functies en ook de filters tussen de zorggroepen en naar de patiënten.</p> <p>Als reeds iets bestaat dat multidisciplinair wordt gedeeld, op een gestructureerde manier (Vitalink Medicatieschema, vaccinaties, ...) dan moeten dit ook bij aanvang worden toegepast.</p> <p>Oplossingen voor het “deelbaar maken” staan onder “AP6.3 Publiceren”.</p> <p>De denkoefening van de (thuis)verpleging identificeerde daarbij o.m. volgende aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • overlappende gegevens; • toegang tot de gegevens + lees en schrijfrechten; • bepalen van authentieke bronnen (bv. Katz schaal die officieel goedgekeurd werd en rechten geeft kan niet zomaar veranderd kunnen worden); • waar nodig auteur en registratiedatum toevoegen; • bepalen van de toegang tot de gegevens voor de patiënt. <p>Deze oefening moet gebeuren voor alle zorggroepen. Binnen de timeframe van de roadmap 2013-2018 zal dit gebeuren voor de tandartsen, kiné, specialisten, verpleging, logo en een aantal welzijnsberoepen. Voor de huisartsen dient bekeken of in de context van bvb multidisciplinaire zorg een EPD noodzakelijk is naast de Sumehr.</p> <p>De definitie van de EPD's dient gelijk te zijn onafhankelijk van de deelstaten, de wijze waarop ze gepubliceerd worden is afhankelijk van Vitalink, Intermed en Brusafe (zie AP6.3).</p> <p><u>Wie?</u> per zorgberoep te bepalen <u>Lead?</u> TBD <u>Timing?</u> planning ter beschikking op 1/11/2015</p>	<p>standards (dont certains existent déjà) doivent également être déterminés sur le plan des données, des messages et fonctions et également des filtres entre les groupes de prestataires de soins et entre les patients.</p> <p>S'il existe déjà certains éléments partagés de façon multidisciplinaire, en format structuré (schéma de médication de Vitalink, vaccinations, ...), il convient de l'appliquer dès le départ.</p> <p>Les solutions pour le « partage » figurent sous « PA6.3 Publier ».</p> <p>L'exercice de réflexion de l'art infirmier (à domicile) a identifié à ce sujet les points d'attention suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • chevauchement de données ; • accès aux données + droits de lecture et d'écriture ; • détermination de sources authentiques (par ex. l'échelle de Katz qui a été officiellement approuvée et qui donne des droits ne peut pas être modifiée à tort et à travers) ; • si nécessaire ajouter un auteur et une date d'enregistrement ; • détermination de l'accès aux données pour le patient. <p>Cet exercice doit être effectué pour toutes les catégories de soins. Dans le calendrier de la roadmap 2013-2018, cela se fera pour les dentistes, kinésithérapeutes, spécialistes, praticiens de l'art infirmiers, logopèdes et un certain nombre de professions en matière de bien-être. Pour les médecins généralistes, il faut examiner si un DPI est nécessaire en plus du Sumehr dans le contexte des soins multidisciplinaires par exemple.</p> <p>La définition des DPI doit être similaire, indépendamment des entités fédérées, la façon dont ils sont publiés dépend de Vitalink, Intermed et Brusafe (cf. PA6.3).</p> <p><u>Qui ?</u> à déterminer par profession de soins <u>Lead?</u> à déterminer <u>Calendrier?</u> planning disponible pour le 1/11/2015</p>
--	---

AP6.2. Definiëren van de EPD's voor alle zorg-en welzijnsberoepen

Wat? Voor elk geselecteerd zorgberoep en voor elk geselecteerd welzijnsberoep wordt de structuur van het EPD vastgelegd.

Wie? Te bepalen per zorgberoep

Lead? ?

Timing? Apart per zorg/welzijnsberoep, ten laatste 31/12/2016

2. Publiceren

Voor wat de eerstelijns betreft, worden bepaalde (gestructureerde en gecodeerde) gegevens in principe een "kluis" opgeslagen en beschikbaar gesteld.

Voor ziekenhuizen gebeurt dit via de hub en voor gegevens die multidisciplinair worden gedeeld (zoals medicatieschema), gebeurt dit via een "kluis".

Daarnaast ontstaan er ook nieuwe applicaties met multidisciplinaire functies die hun gegevens op een veilige manier "in the cloud" bewaren. Er zijn dus minstens drie manieren om de gegevens veilig te bewaren, maar ze moeten allemaal op gelijkwaardige wijze toegang geven aan derden volgens de benadering van dit actiepunt.

Uiteraard blijft die toegang steeds beperkt, namelijk mits de noodzakelijke consent van de patiënt en het bestaan van een therapeutische relatie met de zorgverstrekker.

PA6.2. Définition des DPI pour toutes les professions en matière de soins et de bien-être

Quoi ? Pour chaque profession en matière de soins et de bien-être sélectionnée, la structure du DPI est déterminée.

Qui ? À déterminer par profession de soins

Lead ? ?

Calendrier ? Séparément par profession en matière de soins/bien-être, au plus tard le 31/12/2016

2. Publier

En ce qui concerne la première ligne, certaines données (structurées et codées) sont en principe stockées et mises à disposition dans un « coffre-fort ».

Pour les hôpitaux, cela se fait via le hub et, pour les données partagées de façon multidisciplinaire (comme le schéma de médication) cela se fait via un 'coffre-fort'.

En outre, de nouvelles applications sont également créées avec des fonctions multidisciplinaires qui conservent leurs données dans un « cloud » sécurisé. Il y a donc au moins trois manières de conserver les données en sécurité mais elles doivent toutes donner un accès similaire aux tiers selon l'approche de ce point d'action.

Cet accès reste évidemment toujours limité, à savoir moyennant le consentement nécessaire du patient et l'existence d'une relation thérapeutique avec le prestataire de soins.

AP6.3 Vastleggen en implementeren van publicatie van informatie uit EPD's in de kluizen

Wat?

Elke kluiz (Vitalink, Intermed, Brusafe) definieert de manier waarop informatie uit EPD's kunnen gepubliceerd worden in de kluiz en maakt het mogelijk tegen 31/12/2016 om informatie uit EPD's te publiceren.

Overleg tussen de kluizen zorgt ervoor dat indien de kluizen de informatie uit EPD's op een structureel verschillende manier behandelen, deze verschillende architecturen toch compatibel zijn.

Wie? Kluizen en hub's en eHealth platform

Lead? ?

Timing? 31/12/2016

TOEPASSINGEN

1. Multidisciplinair dossier

Het "multidisciplinaire patiënten dossier" van een patiënt is in feite een applicatie die relevante gegevens ontsluit. Het is een kijkvenster, al dan niet met schrijfrechten, dat toegang geeft tot de gepubliceerde gegevens uit de diverse EPD's van meerdere groepen van zorgverleners.

In principe zal elke groep van zorgverleners zijn eigen applicatie maken, die de voor hen relevante gepubliceerde informatie uit de beschikbare EPD's kan putten.

Sommige groepen van zorgverleners hebben al een EPD dat bepaalde gegevens deelbaar ter beschikking stelt of kan stellen. Zij hebben nood aan een rooster dat de toegangsrechten beschrijft en de "filters" om gegevens van andere zorggroepen te kunnen gebruiken (lezen en eventueel schrijven).

PA6.3 Fixer et implémenter la publication des informations du DPI dans les coffres-forts

Quoi ?

Chaque coffre-fort (Vitalink, Intermed, Brusafe) définit la manière dont les informations du DPI peuvent être publiés dans le coffre-fort et permet la publication d'informations du DPI pour le 31/12/2016.

La concertation entre les coffres-forts permet que les différentes architectures soient compatibles si les coffres-forts traitent les informations du DPI d'une manière structurelle différente.

Qui ? Coffres-forts et hubs et plate-forme eHealth

Lead ? ?

Calendrier ? 31/12/2016

APPLICATIONS

1. Dossier multidisciplinaire

Le « dossier patient multidisciplinaire » d'un patient est en fait une application qui renferme des données pertinentes. C'est un instrument (avec droits d'écriture ou non) qui garantit un accès aux données publiées des différents DPI de plusieurs groupes de prestataires de soins.

En principe, chaque groupe de prestataires de soins créera sa propre application qui lui permet de puiser dans les DPI disponibles les informations publiées qui lui semblent pertinentes.

Certains groupes de prestataires de soins disposent déjà d'un DPI qui met ou permet de mettre à disposition certaines données qui peuvent être partagées. Ils ont besoin d'une grille qui décrit les droits d'accès et les « filtres » pour pouvoir utiliser les données d'autres groupes de prestataires de soins (lecture et

Andere groepen van zorgverleners beschikken daar nog niet over. Daar kan de overheid – na analyse en overleg met de groep en de software leveranciers – een module laten ontwikkelen die ingebed kan worden in de betrokken pakketten, zodat de nodige toegang uniform en efficiënt gerealiseerd wordt. Maar de keuze kan ook zijn om dit individueel (per pakket) te realiseren. De vrije marktwerking moet in beide gevallen spelen.

AP6.4. Ontwikkelen van Standaarden (per zorggroep, maar vanuit de optiek van multidisciplinair werken)& specificatie van de basisfunctionaliteiten

Wat?

Voor elk groep van zorgverstrekkers moeten de bestaande standaarden (data, berichten, filters, functies) worden :

- gerepertorieerd, verzameld (als ze al bestaan) en gepubliceerd worden of
- vastgelegd worden voor zover ze nog niet bestaan.

De gekozen standaarden moeten zoveel mogelijk internationaal gevalideerd zijn.

Wie? de verschillende zorgberoepen

Lead? eHealth platform

Timing? TBD

AP6.5. Ontwikkelen van integratie modules voor bepaalde zorggroepen

Wat?

De overheid kan, in overleg met de zorggroepen initiatieven nemen of ondersteuning geven indien het zinvol is om een eenvormige/

éventuellement écriture).

D'autres groupes de prestataires de soins n'en disposent pas encore. Cela permet aux autorités - après analyse et concertation avec le groupe de prestataires de soins et les fournisseurs de logiciels - de développer un module qui peut être intégré dans les logiciels concernés afin que l'accès nécessaire soit assuré de manière uniforme et efficace. Mais le choix peut également se porter sur une réalisation individuelle (par logiciel). Le libre fonctionnement du marché doit jouer dans les deux cas.

PA6.4. Développement de Standards (par groupe de prestataires de soins mais dans l'optique du travail multidisciplinaire) & spécification des fonctionnalités de base

Quoi ?

Pour chaque catégorie de prestataires de soins, les standards existants (données, messages, filtres, fonctions) doivent être :

- répertoriés, collectés (s'ils existent) et publiés ou
- déterminés pour autant qu'ils n'existent pas encore.

Les standards retenus seront au maximum des standards validés internationalement.

Qui ? les différents groupes professionnels

Lead ? plate-forme eHealth

Calendrier ? à déterminer

PA6.5. Développement de modules d'intégration pour certains groupes de prestataires de soins

Quoi ?

Les autorités peuvent, en concertation avec les groupes de prestataires de soins, prendre des initiatives ou offrir du support si cela s'avère nécessaire

gezamenlijke module uit te werken voor een zorggroep die de nodige functionaliteiten aanbiedt in een applicatie die kan ingebouwd / aangebouwd worden in de pakketten van de zorggroep. In elk geval worden de data gestockeerd in een kluis (Vitalink, Intermed of Brusafe).

Wie? Software leveranciers

Lead? Riziv

Timing? TBD

AP6.6. definiëren van filters tussen EPD's van zorgberoepen en naar patiënt toe.

Wat?

in de context van multidisciplinaire dossiers virtueel samengesteld vanuit de verschillende gepubliceerde EPD's heeft het enkel zin de relevante informatie te ontsluiten. (vb arts naar kine, verpleging naar logo, kine naar patient, ...). Van in het begin moeten sommige zaken gestructureerd zijn en verder in te zetten op modulaire deling. Wat reeds bestaat moet al gebruikt worden.

Richtlijnen voor deze cloud toepassingen moeten in een apart traject ook uitgewerkt worden.

Wie? zorgberoepen

Lead? eHealth platform

Timing? TBD

2. De toegang van de arts tot alle informatie uit EPD's van de patiënt via zijn EMD

Dit wordt gerealiseerd 100% in lijn met het multidisciplinair dossier.

afin d'élaborer un module uniforme/commun pour un groupe de prestataires de soins offrant les fonctionnalités nécessaires dans une application qui peut être intégrée dans les logiciels du groupe de prestataires de soins. En tout les cas, les données sont stockées dans un coffre-fort (Vitalin, Intermed ou Brusafe).

Qui ? Fournisseurs de logiciels

Lead ? INAMI

Calendrier ? à déterminer

PA6.6 Définition de filtres entre les DPI des professionnels de soins et vers le patient

Quoi ?

Dans le contexte de dossiers multidisciplinaire composés virtuellement sur la base de différents DPI publiés, seul le fait de dévoiler des informations pertinentes a un sens. (ex. médecin au kiné, infirmier au logopède, kiné au patient, etc.). Dès le départ, certains éléments doivent être structurés, le reste s'ajoutant de façon modulaire. Tout ce qui existe dès à présent doit être utilisé.

Les lignes directrices relatives à ce cloud doivent faire l'objet d'un travail de spécification approprié.

Qui ? professions de soins

Lead ? plate-forme eHealth

Calendrier ? TBD

2. L'accès du médecin à toutes les informations du DPI du patient via son DMI

Ceci sera réalisé à 100 % en ligne avec le dossier multidisciplinaire.

AP6.7. uitbreiden van de EMD's om toegang te geven tot alle informatie uit de EPD's van de patiënt.

Wat?

De EMD's van de huisartsen voorzien de mogelijkheid om voor de patiënten die consent gegeven, en waarvoor een zorgrelatie bestaat, hebben de informatie uit de verschillende EPD's te raadplegen van de patient. Dit gebeurt via de kluizen, de hub's en (eventueel) de cloud.

Wie? softwareleveranciers

Lead? eHealth platform

Timing? vanaf 1/1/2016

3. Informatie uit EPD's als basis van het PHR

In de context van AP10 moet het duidelijk zijn dat er twee delen van het PHR zijn die NAAST ELKAAR moeten aangeboden worden:

- een deel waarmee de patiënt zijn *gegevens kan raadplegen*. De architectuur en benadering voor dit deel is in principe dezelfde als voor de zorgverstrekkers. Daarbij moeten de nodige "filters" voorzien worden, zodat de informatie op een overzichtelijke en bevattelijke manier toegankelijk wordt gemaakt. De nodige omkadering of ondersteuning moet beschikbaar zijn wanneer de patiënt vragen heeft of iets niet goed begrijpt.
- een deel waarin de patiënt zelf gegevens kan registreren en delen. In dit deel moeten mantelzorgers en ouders en leden van het zorgteam die geen eigen elektronisch dossier hebben waar nodig ook informatie kunnen plaatsen en delen.
Dit deel omvat o.m.
 - een *journal* waarin de patiënt en ook anderen (mantelzorgers, ouders en zorgverstrekkers) nota's kan schrijven. We pleiten

PA6.7. Extension des DMI afin de garantir l'accès à toutes les informations du DPI du patient.

Quoi ?

Les DMI des médecins généralistes prévoient la possibilité de consulter les informations en provenance des différents DPI des patients qui ont donné leur consentement et pour lesquels il existe une relation thérapeutique. Cela se fait via les coffres-forts, les hubs et (éventuellement) le cloud.

Qui ? fournisseurs de logiciels

Lead ? plate-forme eHealth

Calendrier ? à partir du 1/1/2016

3. Informations du DPI comme base du PHR

Dans le contexte du PA10, il doit apparaître clairement qu'il y a deux parties du PHR qui doivent être offertes ENSEMBLE:

- une partie avec laquelle le patient peut consulter ses *données*. L'architecture et l'approche pour cette partie sont en principe les mêmes que pour les dispensateurs de soins. Il faut donc prévoir à cet effet les « filtres » nécessaires afin que les informations soient accessibles de façon claire et intelligible. L'encadrement ou le soutien nécessaire doit être disponible si le patient a des questions ou ne comprend pas bien quelque chose.
- une partie dans laquelle le patient peut enregistrer et partager lui-même des données. Dans cette partie, les soignants informels, les parents et les membres de l'équipe de soins qui ne disposent pas d'un dossier électronique peuvent également placer et partager des informations si nécessaire.
Cette partie comprend notamment
 - un *journal* dans lequel le patient et également d'autres soignants informels, parents et dispensateurs de soins peuvent rédiger des notes. Nous plaçons pour qu'un seul journal soit disponible par

ervoor dat er per patiënt maar één journaal zou zijn, waarbij desgevallend filters ervoor zorgen dat elke gebruiker de informatie ziet die voor hem/haar relevant is.

- een mogelijkheid om telemonitoring gegevens te bewaren / te delen
- een agenda functie waarin 'to do's' (bv. geplande zorg of onderzoeken) kunnen gedeeld worden
- een "adresboek" functie waarin de leden van het zorgteam van de patiënt terug te vinden zijn.

AP6.8. Realiseren van de interface met PHR

Wat?

De gepubliceerde informatie uit de verschillende EPD's ontsluiten naar het Personal Health Record

De door de patiënt gepubliceerde gegevens zichtbaar maken voor de zorgverleners via de EPD's en de EMD's

Wie? Kluizen, Hubs en softwareleveranciers

Lead? eHealth Platform

Timing? Gerealiseerd op 1/1/2018

4. Clinical Trials

In bepaalde omstandigheden kunnen de gegevens nuttig gebruikt worden voor klinisch onderzoek. Ook dit kan in bovenstaande benadering een specifieke applicatie worden, die de relevante gegevens ontsluit met de juiste filters, die mag/kan gebruikt worden indien men toegang vraagt en kan krijgen.

AP6.9. Definiëren voorwaarden en processen voor gebruik EPD's in clinical trials

Wat?

patient, où des filtres permettraient le cas échéant à chaque utilisateur de voir les informations qui lui sont pertinentes.

- une possibilité de conserver / partager les données de telemonitoring
- une fonction agenda dans laquelle les 'to do's' (par ex. soins ou examens prévus) peuvent être partagés
- une fonction « carnet d'adresses » dans laquelle se trouvent les membres de l'équipe de soins du patient.

PA6.8. Réalisation de l'interface avec PHR

Quoi ?

Dévoiler les informations en provenance des différents DPI publiés au Personal Health Record

Offrir un aperçu des données publiées par le patient aux dispensateurs de soins via les DPI et les DMI

Qui ? Coffres-forts, Hubs et fournisseurs de logiciels

Lead? plate-forme eHealth

Calendrier ? Réalisé le 01/01/2018

4. Clinical Trials

Dans certaines circonstances, les données peuvent s'avérer nécessaires pour un examen clinique. Dans l'approche ci-dessus, cela peut devenir également une application spécifique qui dévoile les données pertinentes avec les bons filtres et qui peut être utilisée si l'on demande un accès qu'on peut obtenir.

PA6.9. Définition des conditions et processus pour l'utilisation de DPI dans des essais cliniques

Quoi ?

Les données DPI ne peuvent pas être utilisées à des fins « big data ».

<p>De EPD gegevens kunnen niet voor big data doeleinden gebruikt worden. Wanneer een burger echter instemt met deelname in een proefproject, kan hij/zij toegang verlenen tot zijn/haar medische gegevens in de EPD's (en EMD) via een specifieke consent. In dit geval kan de via een specifieke filter de relevante informatie uit de EPD's ter beschikking gesteld worden. Omgekeerd wordt de informatie over de (risico's) van de clinical trial ter beschikking gesteld van de zorgverstrekkers met een therapeutische relatie met de betrokken burger. Het financiële kader waarbinnen deze clinical trials gebeuren wordt gedefinieerd.</p> <p><u>Een studie moet dit onderzoeken.</u></p> <p><u>Wie? ?</u></p> <p><u>Lead? ?</u></p> <p><u>Timing? Gerealiseerd op 1/1/2017</u></p>	<p>Lorsqu'un citoyen marque son accord sur sa participation à un projet pilote, il peut accorder l'accès à ses données médicales dans les DPI (et DMI) via un consentement spécifique. Le cas échéant, les informations pertinentes des DPI peuvent être mises à disposition via un filtre spécifique. À l'inverse, les informations sur les (risques des) essais cliniques sont mises à disposition des dispensateurs de soins qui ont une relation thérapeutique avec le citoyen concerné. Le cadre financier dans lequel ces essais cliniques sont réalisés doit être défini.</p> <p><u>Une étude doit être réalisée dans ce sens.</u></p> <p><u>Qui? ?</u></p> <p><u>Lead? ?</u></p> <p><u>Calendrier ? Réalisé le 1/1/2017</u></p>
<p>ACTIEPUNT 7 : PSYCHIATRISCHE EN ANDERE INSTELLINGEN EN HET SYSTEEM HUBS & METAHUB</p> <p><u>Timing:</u> januari 2016</p> <p><u>Projectleider:</u> FOD FAVV</p> <p><u>Verantwoordelijken:</u> hubs, psychiatrische ziekenhuizen, eHealth platform, softwareleveranciers</p> <p><u>Wat?</u></p> <p>Voor 1 januari 2016 zullen de psychiatrische ziekenhuizen aan het hubs&metahub systeem gekoppeld zijn, met inachtneming van de bescherming van de privacy en de regels inzake beroepsgeheim.</p> <p>Les structures résidentielles relevant de l'autorité des entités fédérées seront</p>	<p>POINT D'ACTION 7 : ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES ET AUTRES ET SYSTÈME HUBS & METAHUB</p> <p><u>Timing:</u> 1 janvier 2016</p> <p><u>Chef de projet :</u> SPF-AFSCA</p> <p><u>Responsables :</u> hubs, hôpitaux psychiatriques, plate-forme eHealth, fournisseurs de logiciels</p> <p><u>Quoi ?</u></p> <p>Les hôpitaux psychiatriques seront liés au système hubs & metahub pour le 1er janvier 2016, en observant la protection de la vie privée et les règles concernant le secret professionnel.</p> <p>Les structures résidentielles relevant de l'autorité des entités fédérées seront</p>

également reliées au système hubs & metahub

Doelstelling : De gegevensuitwisseling bevorderen met instellingen voor ouderen (ROB, RVT, CDV, enz.) en met psychiatrische instellingen (BW, PVT) via kluizen en hubs.

Verantwoordelijken : Gewesten en Gemeenschappen

ACTIES :

Wallonië:

- Voor de WZC sector: contacten terug opnemen met de betrokken software leveranciers en organiseren van een werkvergadering
- Uitschrijven van de functionele vereisten ten behoeve van de softwareleveranciers voor WZC's
- Communiceren met de instellingen om hen aan te moedigen tot het delen van documenten

Vlaanderen:

Voor Vlaanderen komt er een actieplan voor verdere gegevensdeling met de WZC na de evaluatie van de pilootprojecten eWZC. Daarin zal bepaald worden wat de scope en prioriteiten zijn voor de komende periode tot eind 2018.

Deadline midden 2016.

Duitstalige Gemeenschap

Een eerste vergadering met de rust- en verzorginstehuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen zal plaatsvinden in 2016 om hun tools en kennis inzake e-gezondheid te evalueren. De mogelijkheden tot gegevensdeling met de verschillende instanties en tussen zorgprofessionals zullen ook besproken worden.

également reliées au système hubs & metahub

Objectif : Favoriser l'échange de données de santé avec les établissements pour les ainés (MR, MRS, CSJ, etc.) et avec les institutions psychiatriques (IHP, MSP) via les hubs/coffres forts

Responsables : les Régions et Communautés

ACTIONS :

Wallonie :

- Pour le secteur des MR/MRS : relance des contacts avec l'industrie concernée et organisation d'une réunion de travail plénière
- Mise en place d'exigences fonctionnelles vérifiables à destination des éditeurs de logiciels pour MR/MRS
- Communication vers les établissements pour ainés pour inciter au partage de documents

Flandre

Pour la Flandre, un plan d'actions visant le partage de données avec les MR/MRS sera élaboré après évaluation des projets eWZC : ce plan d'actions définira le scope et les priorités pour la période jusque 2018.

Deadline : mi-2016

Communauté germanophone

En 2016, une première réunion sera organisée avec les maisons de repos et de soins ainsi que la maison de soins psychiatriques pour vérifier leur outils et connaissances informatiques en ce qui concerne e-health. Les possibilités de partage de données avec les différentes instances et professionnels de soins seront aussi discutées.

<p>De uitrol van het BelRAI-instrument (zie AP8) gekoppeld aan de bestaande zorgdossiers zal tegelijkertijd bekeken worden.</p>	<p>La mise en place de l'instrument BELRAI (cfr PA8) en concordance avec les dossiers de soins déjà existants sera simultanément examinée.</p>
<p>ACTIEPUNT 8. INVOERING VAN EEN UNIFORM EVALUATIE-INSTRUMENT (BELRAI)</p> <p>TOEKOMSTIGE INITIATIEVEN: 12 ACTIES</p> <p>AP8.1.A. – Uitbreiding van BelRAI met de module BelRAI screener en veralgemeende implementatie van de modules BelRAI Home Care (HC) / Long Term Care Facilities (LTCF) / Acute Care (AC) / Palliative Care (PC) voor alle kwetsbare personen in geval van een positieve screening.</p> <p>1) <u>Verwachte resultaten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Integratie van de BelRAI screener (SC) en de modules HC – LTCF – AC- PC in de beroepssoftware • In een overgangsfase, het snel ter beschikking stellen van de screener op de Wiki-site en de technische update. • Het ter beschikking stellen van een gratis oplossing door de overheden (zie actiepunt 8.8) • Significante en progressieve toename van het aantal gebruikers <p>2) <u>Belangrijkste fasen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meedelen van de testresultaten van de BelRAI-screener en de lijst van de updates die moeten worden uitgevoerd • Intentieverklaringen van de verschillende beleidsniveaus en de beslissing mbt de cut off (screener) • Vergaderingen met de software-uitgevers en vertaling in de 3 talen • Gedetailleerde productieplanning en technische controle van de gratis versie • Ervoor zorgen dat alle zorgverleners toegang hebben tot de toepassing (cf. authentieke bronnen en besluit 78) 	<p>POINT D'ACTION 8. INSTAURATION D'UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION UNIFORME (BELRAI)</p> <p>INITIATIVES FUTURES : 12 ACTIONS</p> <p>PA8.1.A. – Extension de BelRAI avec le module BelRAI screener et généralisation de l'implémentation modules BelRAI Home Care (HC) / Long Term Care Facilities (LTCF) / Acute Care (AC) / Palliative Care (PC) pour toutes les personnes fragiles en cas de screening positif.</p> <p>1) <u>Résultats attendus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration du BelRAI screener (SC) et des modules HC – LTCF – AC -PC dans les logiciels métier • Dans une phase transitoire ,mise à disposition rapide du screener sur le site Wiki et mise à jour technique • Mise à disposition d'une solution gratuite de base par les autorités (cfr point d'action 8.8) • Montée en puissance significative et progressive du nombre d'utilisateurs <p>2) <u>Etapés clés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication des Résultats des tests du BelRAI Screener et liste des updates à réaliser • Déclarations d'intentions des différents niveaux de pouvoir et décisions relatives au cut off (screener) • Réunions avec les éditeurs de logiciel et traduction dans les trois langues • Planning de production détaillé et suivi technique de la version gratuite • Garantir l'accès de tous les prestataires de soins à l'application (cfr

- Integratie door elke software-uitgever in zijn professioneel softwareprogramma = individuele beslissing van de uitgevers die voortvloeit uit de mededeling van de communautaire, federale en regionale beleidsbeslissingen
- Officiële start (marketing event) na een testfase van de gratis versie van de modules SC-HC-AC-LTCF

AP8.1.B. – Analyse van de relevantie van het ontwikkelen en implementeren van de modules Mental Health + Community Mental Health, met de professionelen van het werkveld en de overheid (+ analyse van de omvang van de aanpassingen van het instrument die nodig zijn om de modules in te voeren).

1) Verwachte resultaten

- Beslissen om die modules al dan niet te ontwikkelen
- In geval van een positieve beslissing, over de nodige gegevens beschikken om die ontwikkeling in het volgende begrotingsprogramma op te nemen

2) Belangrijkste fasen

- Uitvoering van de gesprekken door de projectploeg mbt het testen van de pertinentie van het instrument op het werkveld en de link met de reeds bestaande instrumenten (zoals MPG/RPM voor de modules “Mental Health” en “Community Mental Health)
- Mededeling door de universiteiten over de vooruitgang en de ontwikkelingen van de modules op nationaal en internationaal vlak, en de resterende te realiseren ontwikkelingen voor de geanalyseerde modules
- Beslissing, in de ICM, over de te lanceren ontwikkelingen

AP8.1.C. Analyse van de relevantie van het ontwikkelen en implementeren van de modules “Personen met een handicap”/ “Kinderen en jongeren” / “Post Acute Care” / “Emergency Department Care” / “Revalidation”, met de professionelen van het werkveld en de overheid (+analyse van de omvang van

sources authentiques et arrêté 78)

- Intégration par chaque éditeur de logiciel dans son logiciel métier = décision individuelle des éditeurs stimulée par la communication des décisions politiques communautaires, fédérales et régionales
- Lancement officiel (marketing event) après une phase de test de la version gratuite des modules SC-HC-AC-LTCF

PA8.1.B. – Analyse de la pertinence de développer et implémenter les modules Mental Health + Community Mental Health, avec les professionnels de terrain et les autorités publiques (+ analyse de l’étendue des adaptations de l’outil à réaliser pour les introduire).

1) Résultats attendus

- Décision de réaliser ou non le développement de ces modules
- En cas de décision positive, disposer des éléments nécessaires pour inscrire ce développement au prochain programme budgétaire

2) Étapes clés

- Réalisation d’entretiens par l’équipe projet pour tester si l’outil est pertinent sur le terrain et quel est le lien avec les instruments existants déjà (comme RPM/MPG pour les modules « Mental Health » et « Community Mental Health »).
- Communication par les universités des avancées des modules sur le plan national et international et des développements restant à réaliser pour les modules analysés
- Décision, au niveau de la CIM, des développements à lancer

PA8.1.C. Analyse de la pertinence de développer et implémenter les modules “Personnes handicapées”/ “Enfants et jeunes” / “Post Acute Care” / “Emergency Department Care” / “Revalidation”, avec les professionnels de terrain et les autorités publiques (+ analyse de l’étendue des adaptations de

de aanpassingen van het instrument die nodig zijn om de modules in te voeren)

1) Verwachte resultaten

- Beslissen om die modules al dan niet te ontwikkelen
- In geval van een positieve beslissing, over de nodige gegevens beschikken om die ontwikkeling in het volgende begrotingsprogramma op te nemen

2) Belangrijkste fasen

- Realisatie van het overleg door de projectploeg mbt het testen van de pertinentie van het instrument op het werkveld en de lijk met andere bestaande instrumenten (vb MPG/RPM voor de modules "Mental Health" en "Community Mental Health)
- Mededeling door de universiteiten van de vooruitgang van de modules op nationaal en internationaal niveau en de te realiseren resterende, geanalyseerde, modules
- Beslissing van de IMC om die modules al dan niet te ontwikkelen

AP8.2. – Het BelRAI instrument optimaliseren door te steunen op een beperkte "users group"

1) Verwachte resultaten

- Optimalisering van het softwareprogramma, de opleiding en de voorgestelde diensten dankzij een Beperkte Users Group die is opgericht op basis van de "Success Stories" van de verschillende segmenten (HC-LTCF-AC-PC).

2) Belangrijkste fasen

- Oprichting van de Beperkte Users Group
- Periodieke vergadering van de beperkte Users Group onder de verantwoordelijkheid van de Projectbeheerder
- Een synthesenota over de wenselijke ontwikkelingen zal naar de IMC worden gezonden (volgens een vast te stellen frequentie).

l'outil à réaliser pour les introduire.

1) Résultats attendus

- Décision de réaliser ou non le développement de ces modules
- En cas de décision positive, disposer des éléments nécessaires pour inscrire ce développement au prochain programme budgétaire

2) Etapas clés

- Réalisation d'entretiens par l'équipe projet pour tester si l'outil est pertinent sur le terrain et quel est le lien avec les instruments existants déjà (comme RPM/MPG pour les modules « Mental Health » et « Community Mental Health »).
- Communication par les universités des avancées des modules sur le plan national et international et des développements restant à réaliser pour les modules analysés
- Décision, au niveau de la CIM, de réaliser ou non le développement de ces modules

PA8.2. – Optimiser l'outil BelRAI en s'appuyant sur un «users» groupe restreint

1) Résultats attendus

- Optimisation du logiciel, de la formation et des services proposés grâce à un Users Groupe Restreint constitué sur la base des « Success Stories » des différents segments (HC-LTCF-AC-PC).

2) Etapas clés

- Création du Users Groupe Restreint
- Réunion périodique du Users Groupe restreint sous la responsabilité du Gestionnaire de Projet
- Envoi à la CIM d'une note de synthèse sur les évolutions souhaitables (

<ul style="list-style-type: none"> • Implementatie van de Uses groep in de governance van het BelRAI-project <p>AP8.3. – Het gebruik van BelRAI opnemen in de communautaire, gewestelijke en federale beleidslijnen teneinde de BelRAI-screener, de module Thuiszorg (HC) en de modules Rustoord (LTCF), Ziekenhuis (AC) en Palliative Care (PC), te ontplooiën</p> <p>1) <u>Verwachte resultaten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschikken over een intentieverklaring van elk beleidsniveau waarin volgende punten worden gepreciseerd: <ul style="list-style-type: none"> ✓ De bereidheid van elke gemeenschap, elk gewest of elke federale overheid om de verschillende instrumenten te gebruiken en al dan niet te verplichten ✓ de vastgestelde data van inwerkingtreding ✓ de geplande integratie in andere belangrijke initiatieven ✓ de geplande begeleidende maatregelen met inbegrip van de financiële stimuli: erkenningsregeling, opname in de nomenclatuur, specifieke premie of verhoging van een bestaande premie... • Aanpassing van de verschillende wetgevingen om de geuite intenties concreet te verwezenlijken <p>2) <u>Belangrijkste fasen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interne denkoefening op elk beleidsniveau - individueel schriftelijk document • Consolidering van de individuele schriftelijke documenten • Goedkeuring door de IMC van het geconsolideerde document dat als basis voor het protocolakkoord zal dienen <p>AP8.4. – De opleiding in het basiscurriculum van de gezondheids- en welzijnsactoren en in de navorming verzekeren door te steunen op actie 12 van het e-gezondheidsplan.</p>	<p>fréquence à définir)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication du Users Groupe dans la gouvernance du projet BelRAI <p>PA8.3. – Intégrer l'utilisation de BelRAI dans les politiques communautaires, régionales et fédérales pour déployer le BelRAI Screener, le module soins à domicile (HC) , le module maison de repos (LTCF), le module hôpitaux (AC) et Soins palliatifs (PC)</p> <p>1) <u>Résultats attendus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'une déclaration d'intention de chaque niveau de pouvoir précisant : <ul style="list-style-type: none"> ✓ La volonté de chaque Communauté, Région ou Autorité Fédérale d'utiliser les différents instruments et de les rendre obligatoires ou non ✓ les dates d'entrée en vigueur prévues ✓ l'intégration prévue avec d'autres initiatives importantes ✓ les mesures d'accompagnement prévues en ce compris les incitants financiers : réglementation d'agrément, intégration dans la nomenclature, prime spécifique ou majoration d'une prime existante ... • Adapter les différentes législations pour mettre en œuvre concrètement les intentions exprimées <p>2) <u>Etapas clés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion interne au sein de chaque niveau de pouvoir – document écrit individuel • Consolidation des documents écrits individuels • Approbation par la CIM du document consolidé qui servira de base au protocole d'accord <p>PA8.4. – Garantir la formation dans le cursus de base des acteurs de santé et de bien-être et dans la formation continue en s'appuyant sur l'action 12 du plan e-santé.</p>
--	--

1) Verwachte resultaten

- De zorgverstrekkers mogen het instrument multidisciplinair gebruiken en beschikken over e-learning-modules
- In synergie met de roadmap, basisinitiatie van de studenten over het multidisciplinair gebruik van BelRAI (arts, verpleegkundige, zorgkundigde, kinesitherapeut, maatschappelijk werker...). Doelstelling: motivering/ basiskennis van de software/toegang website en e-learning
- Navorming met het oog op het multidisciplinair gebruik van BelRAI voor de actoren in het werkveld die hiermee reeds werken

2) Belangrijkste fasen

- Oprichting van een « multidisciplinaire leerstoel BelRAI » waarin verschillende universiteiten en hoge scholen zijn opgenomen teneinde de het multidisciplinair gebruik van BelRAI te promoten, opleidings- en e-learning opleidingen te ontwikkelen, en zich hierbij te inspireren op de beste buitenlandse ervaringen (Canada, New Zealand, ...) en hierbij een link te maken met de projecten voor chronische ziekten
- Ontwikkeling door deze leerstoel van een basisopleidingsmodule van twee dagen die is gewijd aan het gebruik van BelRAI, maar ook aan de analyse en het gebruik van de outputs
- Ontwikkeling van een diepgaandere opleidingsmodule die is bedoeld voor de opleiders/beoordelaars
- Specifieke parameterisatie van die modules voor de verschillende beroepen en de verschillende segmenten (HC – thuis, LTCF – rustoord, AC – ziekenhuis)
- Gebruik van drie kanalen voor de verspreiding van die modules
 - Navorming die in tandem wordt georganiseerd: academici + professionele zorgverleners uit het werkveld (summer school, ...)
 - E-learning die is geïnspireerd op de ervaring van Canada
 - In samenhang met de roadmap, integratie van de basismodule in de opleiding e-gezondheid in de ruime zin
- Opmaken van een inventaris door de verschillende entiteiten

1) Résultats attendus

- Les prestataires de soins peuvent utiliser l'instrument de manière pluridisciplinaires et disposent de modules e-learning
- En synergie avec la roadmap, initiation de base des étudiants à l'utilisation pluridisciplinaire de BelRAI (médecin, infirmier, soignant, kiné, assistant social ...). Objectif : motivation/ connaissance de base du soft/accès website et e-learning
- Formation continue à l'utilisation pluridisciplinaire de BelRAI pour les acteurs de terrain déjà en activité

2) Etapas clés

- Création d'une chaire multidisciplinaire BelRAI regroupant plusieurs universités et écoles supérieures afin de promouvoir l'utilisation multi-disciplinaire de BelRAI, développer des modules de formation et de e-learning en s'inspirant des meilleures expériences à l'étranger (Canada, Nouvelle Zélande ...) et faire le lien avec tous les projets maladies chroniques
- Développement par cette chaire d'un module de formation de base de deux journées dédié à l'utilisation de BelRAI mais aussi à l'analyse et à l'exploitation des outputs
- Développement d'un module de formation plus poussé destiné aux formateurs/référents
- Paramétrisation spécifique de ces modules aux différents métiers et aux différents segments (HC – domicile, LTCF – maisons de repos, AC – hôpital)
- Utilisation de trois canaux pour la diffusion de ces modules
 - Formation continue organisée en tandem : académiques + professionnels de terrains (summer school, ...)
 - E-learning qui s'inspire de l'expérience du Canada
 - En lien avec la roadmap, intégration du module de base dans la formation e-santé au sens large
- Réalisation d'un inventaire par les différentes entités

(gewesten/gemeenschappen/federale overheid) van alle hefboomen waarover zij beschikken om die opleidingen/accrediteringen (erkenning van de beroepen, het stauut van de directeur in de rustoorden, nomenclatuur, het Plan Chronische Zieken,...) te verplichten

AP8.5. – Een communicatieplan activeren waarin alle actoren worden samengebracht

1) Verwachte resultaten

- Alle professionele zorgverleners motiveren om BelRAI te gebruiken en multidisciplinair te werken (arts, verpleegkundige, zorgkundige, kinesitherapeut, maatschappelijk werker...)
- Alle krachten mobiliseren die het gebruik van BelRAI kunnen ondersteunen (ziekenfondsen, patiëntenverenigingen...)
- Delen van ervaringen en succesverhalen
- Creëren van een BelRAI "dynamiek" binnen de verschillende entiteiten

2) Belangrijkste fasen

- Een nieuw BelRAI-logo en een nieuwe website bestemd voor de beroepsbeoefenaars, de burgers en de administraties. De huidige website WIKI zal worden gemoderniseerd en een dynamischer uitzicht krijgen waarbij de BelRAI-opdrachten, informatie over de nieuwe projecten, kleine films, interactieve presentaties,... zullen worden geïntegreerd. Er zal ook een e-learning-opleiding en een accreditering worden voorgesteld. De website zal regelmatig worden geüpdatet en geanimeerd door de coördinator Opleiding en Communicatie. Er zullen links met You Tube en de sociale netwerken worden geïnstalleerd om het aantal bezoekers te verhogen.
- Een Belgium RAI conferentie naar het voorbeeld van de Canada RAI conferentie

Aanwezigheid in de seminariums en in de media waardoor er kan worden gecommuniceerd naar de zorgbeoefenaars en de beheerders van de zorgstructuren toe

(Régions/Communautés/Fédéral) de tous les leviers dont elles disposent pour rendre obligatoires ces formations /accréditations (reconnaissance des professions, statuts des directeurs de maisons de repose, nomenclature, plan maladies chroniques...)

PA8.5. – Activer un plan de communication qui fédère tous les acteurs

1) Résultats attendus

- Motivation de tous les professionnels de santé à l'utilisation de BelRAI et à la multidisciplinarité (médecin, infirmier, soignant, kiné, assistant social ...)
- Mobilisation toutes les forces vives susceptibles de soutenir l'utilisation de BelRAI (mutualités, associations de patients ...)
- Partage des expériences et des success stories
- Création d'une « dynamique » BelRAI au sein des différentes entités

2) Etapas clés

- Un nouveau logo BelRAI et un nouveau site web destiné aux professionnels, aux citoyens et aux administrations. Il modernisera le site WIKI actuel sous une forme plus dynamique intégrant les missions de BelRAI, des informations sur les nouveaux projets, des petits films, des présentations interactives,... Il proposera également une formation en e-learning et une accréditation. Il sera régulièrement mis à jour et animé par le coordinateur Formation et Communication. Des liens seront établis avec You Tube et les réseaux sociaux pour augmenter le nombre de visiteurs.
- Une conférence Belgium RAI à l'instar de la conférence Canada RAI

Une présence dans les séminaires et dans les médias permettant une communication vers les professionnels de soins et les gestionnaires de structures de soins

AP8.6. - De redactie van het 'BelRAI Integration Cookbook' en de communicatie ervan aan de software editors

1) Verwachte resultaten

- Het aanreiken van de specificaties die de software editors moeten respecteren : voornamelijk technische specificaties, maar ook specificaties op juridisch vlak, inzake gebruiksvriendelijkheid en veiligheid en inzake automatische recuperatie van reeds bestaande gegevens, circle of thrust, ... Het Cookbook bepaalt eveneens de te respecteren voorwaarden voor homologatie

2) Belangrijkste fasen

- Analyse van het bestaande Cookbook
- Toevoeging van de nog niet geïntegreerde dimensies op technisch en juridisch gebied,...
- Opstellen van een eerste draftversie
- Raadpleging van de software editors
- Opstellen van het einddocument
- Communicatie aan de software editors

AP8.7. - Zorgen voor een efficiënte ondersteuning van het e-gezondheidsbeleid in samenspraak/coördinatie met de programmamanager e-gezondheid belast met de rol-out en de roadmap.

1) Verwachte resultaten

Profiteren van de vorderingen van het e-gezondheidsbeleid en de nieuwe ontwikkelingen bijgevolg onmiddellijk opnemen in BelRAI om:

- De procedures met betrekking tot de geïnformeerde toestemming te vergemakkelijken
- De toegang tot de authentieke bronnen te veralgemenen
- Te interageren met een module voor de patiënt en/of de mantelzorger die niet alleen voor BelRAI is bedoeld
- Informatie te delen met alle bestaande initiatieven

PA8.6. – Rédiger et communiquer aux éditeurs de logiciel le « BelRAI Integration Cookbook ».

1) Résultats attendus

- Mise à disposition des spécificités à respecter par les éditeurs de logiciels : spécificités essentiellement techniques mais aussi sur le plan juridique, sur le plan de la convivialité, de la sécurité, de la récupération automatique des données déjà existantes, circle of thrust ... Le cookbook déterminera aussi les conditions à respecter pour l'homologation.

2) Étapes clés

- Analyse du Cookbook existant
- Rajout des dimensions non encore intégrées sur le plan technique, juridique ...
- Rédaction d'une première version draft
- Consultation des éditeurs de logiciels
- Rédaction du document final
- Communication aux éditeurs de logiciel

PA8.7. – S'assurer un soutien efficace de la politique e-santé en coordination avec le programme manager e-santé en charge du roll-out et de la roadmap.

1) Résultats attendus

Bénéficier des avancées de la politique e-santé et intégrer ainsi directement dans BelRAI les développements nouveaux pour :

- Faciliter les procédures de consentement éclairé
- Généraliser l'accès aux sources authentiques
- Interagir avec un module patient et/ou l'aidant proche qui ne soit pas uniquement destiné à BelRAI
- Partager les informations avec l'ensemble des initiatives existantes
- Coupler les informations avec le dossier patient

- Informatie aan het patiëntendossier te koppelen
- Best practices en guidelines te delen en te verspreiden
- Software die het Cookbook respecteert te homologeren

2) Belangrijkste fasen

- Kennis nemen van de reeds gezette stappen en de mogelijke integratiemodaliteiten in BelRAI
- Kennis nemen van de geplande stappen en mogelijke integratiedata in BelRAI
- De gerealiseerde en/of geplande voortgang integreren in het Cookbook
- Permanent coördineren met de programme manager van e-gezondheid
- Zich baseren op de homologatie die vandaag al bestaat (algemene homologatie + specifieke homologatie voor de software BelRAI)

AP8.8. – De integratie in de professionele softwareprogramma's zoveel mogelijk bevorderen en de modaliteiten onderzoeken om een gratis / low-cost oplossing via webbrowser te behouden

1) Verwachte resultaten

- een nauwkeurig beeld krijgen van de software-uitgevers die plannen om BelRAI in hun professioneel softwareprogramma op te nemen en de aldus ontstane evolutie van het aantal cliënten inschatten.
- een zicht krijgen op het budget en de voorwaarden voor de terbeschikkingstelling van een gratis en gebruiksvriendelijke basisversie van het softwareprogramma
- Beslissen of het al dan niet opportuun is om een gratis oplossing aan te bieden en nagaan of de voorgestelde voorwaarden ontvankelijk zijn. Die oplossing zal van tijdelijke aard zijn in afwachting van de volledige overname door de markt.

2) Belangrijkste fasen

- De software-uitgevers contacteren (naar aanleiding van de actie 6), opdat zij

- Partager et diffuser les best-practices et les guidelines
- Homologuer les software qui respectent le Cookbook

2) Etapas clés

- Prendre connaissance des avancées déjà réalisées et des modalités d'intégration possibles dans BelRAI
- Prendre connaissance des avancées planifiées et des dates d'intégration possibles dans BelRAI
- Intégrer les avancées réalisées et/ou planifiées dans le Cookbook
- Se coordonner en permanence avec le programme manager e-santé
- S'appuyer sur l'homologation qui existe aujourd'hui (homologation générale + homologation spécifique pour le software BelRAI)

PA8.8. – Promouvoir au maximum l'intégration dans les logiciels métier et examiner les modalités de maintenir une solution gratuite / low-cost via web-browser.

1) Résultats attendus

- Obtenir une image précise des éditeurs de logiciel qui planifient d'intégrer BelRAI dans leur solution métier et évaluer l'évolution ainsi induite du nombre de clients
- Obtenir une estimation du budget et des conditions liées à la mise à disposition d'une version de base du logiciel qui soit gratuite et conviviale.
- Décider de l'opportunité ou non d'offrir une solution gratuite et évaluer la recevabilité des conditions proposées. Cette solution sera temporaire en attendant que le marché puisse prendre complètement le relais.

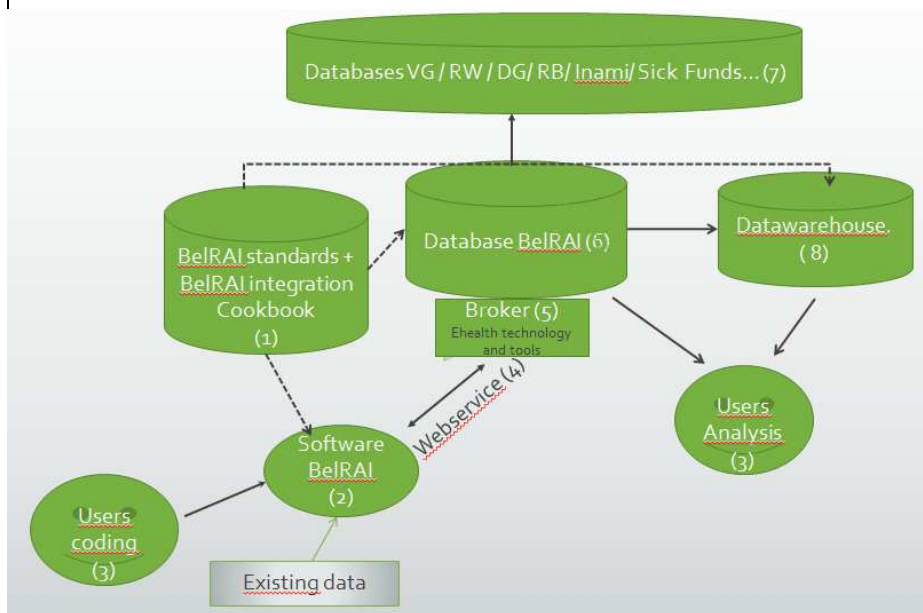
2) Etapas clés

- Sollicitation des éditeurs de logiciels (suite à l'action 6) pour qu'ils

<p>hun intenties voor de integratie kenbaar maken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opstellen van een bestek voor de terbeschikkingstelling van een gratis oplossing • Bekendmaking van het bestek • Rapport met aanbevelingen aan de IMC • Beslissing van de IMC over de gratis oplossing <p>AP8.9. – De sleutelcomponenten van de applicatiearchitectuur en van de functionele architectuur implementeren</p> <p>1) <u>Verwachte resultaten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De samenwerkingsarchitectuur moet eenieder (zorgverstreker, gewest, gemeenschap of federale entiteit) in staat stellen om toegang te hebben tot de eigen gegevens zonder de gegevens van de andere te zien. • Zij moet zorgen voor: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Een uniek toegangspunt voor de softwarebedrijven die BelRAI hebben geïntegreerd in hun beroepsgerelateerde software ✓ Een onmiddellijke update van de gegevens in alle databases van de gemeenschappen/ gewesten en van de federale overheid ✓ Een onmiddellijke toegang tot de gegevens van een patiënt die uit een ander gewest of een andere gemeenschap komt <p>2) <u>Belangrijkste fasen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Webservice</u>: operationele optimalisatie samen met de software editors op basis van de vandaag ontwikkelde Webservice (cf. Cookbook 'BelRAI web services' Versie 0.5) ▪ <u>Broker</u>: ter beschikking stellen van de laatste technologieën van het e-health platform, onder andere inzake identificatie en authenticatie van de zorgverstrekkers voor de toegang tot BelRAI. ▪ <u>Database BelRAI + Datawarehouse</u>: onderhandeling met Healthdata.be om de vereiste realisatietermijnen en het vereiste budget voor de DB/DW ontwikkeling te onderzoeken. Zo nodig onderzoek van de mogelijke alternatieven. ▪ <u>DRP (Disaster Recovery Plan)</u>: selectie van een externe operator die de 	<p>communiquen leur intentions en termes d'intégration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'un cahier de charges pour la mise à disposition d'une solution gratuite • Publication du cahier de charges • Rapport de recommandations à la CIM • Décision de la CIM concernant la solution gratuite <p>PA8.9. – Mettre en place les composantes-clés de l'architecture applicative et fonctionnelle</p> <p>1) <u>Résultats attendus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'architecture doit permettre à chacun (prestataire de soins, région, communauté ou entité fédérale), d'avoir accès à ses propres données sans voir les données de l'autre. • Elle doit garantir : <ul style="list-style-type: none"> ✓ un point d'accès unique pour les sociétés de software qui ont intégré BelRAI dans leur logiciel métier ✓ Une mise à jour immédiate des données dans l'ensemble des bases de données communautaires/régionales et fédérales ✓ Un accès immédiat aux données d'un patient qui vient d'une autre région ou communauté <p>2) <u>Etapas clés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Webservice</u>: optimisation opérationnelle en collaboration avec les éditeurs de logiciels sur base du Webservice développé aujourd'hui (cfr Cookbook « BelRAI web services » Version 0.5) ▪ <u>Broker</u>: mise à disposition des dernières technologies de la plate-forme e-health notamment en matière d'identification et d'authentification des prestataires de soins pour l'accès à BelRAI. ▪ <u>Database BelRAI + Datawarehouse</u>: négociation avec Healthdata.be pour examiner les délais de réalisation et le budget requis pour le développement DB/DW. Examen des alternatives possibles si nécessaire. ▪ <u>DRP (Disaster Recovery Plan)</u>: sélection d'un opérateur externe qui garantit la redondance des data et permette en cas de crise majeure du premier centre
--	--

redundantie van de data garandeert en die het overschakelen op een back-upsysteem mogelijk maakt ingeval er zich een ernstige crisis voordoet met het eerste centrum

- Andere databases :
 - Bepaling van de bijkomende gebruiksdoeleinden van de data door de Gewesten en Gemeenschappen en de federale entiteiten
 - Indiening bij de Privacycommissie van de aanvragen die voor deze bijkomende gebruiksdoeleinden noodzakelijk zijn
- (NB. Het is niet nodig om van meet af aan alle aanvragen te voorzien want verschillende entiteiten kunnen gaandeweg hun aanvragen indienen)

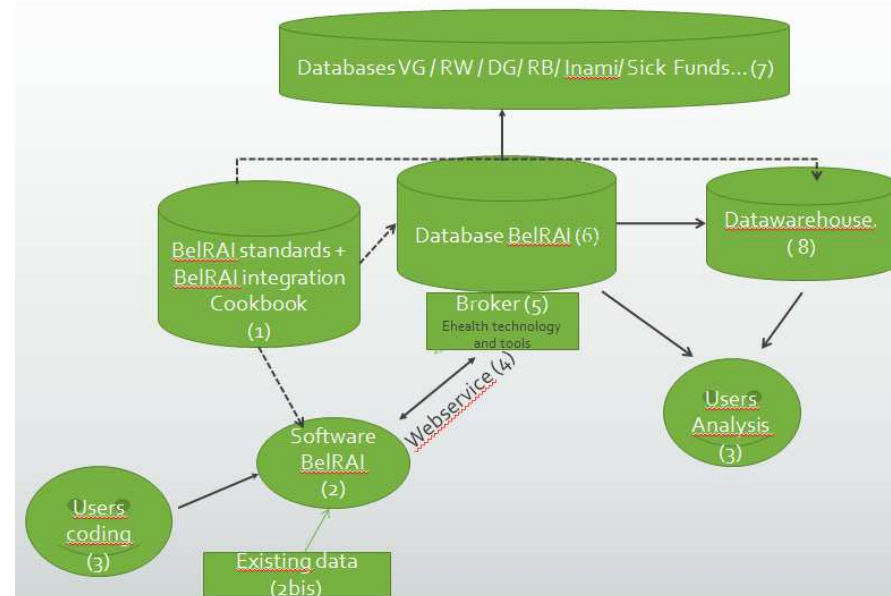


AP8.10. - Delegation by the IMC of the operational management of the project

1) Verwachte resultaten

de basculer sur un système de relève

- Autres databases :
 - Détermination des finalités d'utilisation complémentaire des données par les Régions, les Communautés et les entités fédérales
 - Introduction des demandes requises par ces utilisations complémentaires auprès de la Commission Vie Privée
- (NB. Il n'est pas nécessaire de prévoir dès le départ toutes les demandes, les demandes pouvant être introduites au fur et à mesure par les différentes entités)



PA8.10. - Délégation par la CIM de la gestion opérationnelle du projet

1) Résultats attendus

- Een projectteam samenstellen dat is belast met het operationeel beheer en dat borg staat voor:
 - het algemeen projectbeheer
 - de IT-coördinatie
 - de coördinatie van de opleiding en de communicatie (beheer en animatie van de website en de sociale netwerken...)
 - de helpdesk die met de gebruikers in de drie landstalen kan interageren
- Naast die onontbeerlijke basisfuncties kunnen andere functies aan dat team worden toevertrouwd afhankelijk van de wensen die de gewesten, gemeenschappen en de federale entiteiten hebben geuit (bijvoorbeeld: algemene statistische feedback). De verschillende entiteiten zullen worden bevraagd, zodat zij hun verwachtingen kenbaar kunnen maken.
- Er zal een volledige functiebeschrijving worden opgesteld. Daarin zal het volgende worden opgenomen:
 - de verwachtingen die de verschillende entiteiten hebben geuit
 - de specifiekere taken die in de projectfiches worden gedetailleerd
 - de opdrachten in verband met de algemene coördinatie
- Aanwijzing binnen elk gewest, elke gemeenschap en federale entiteit van twee referentiefuncties: een IT-functie en een functie opleiding/communicatie. Er zal voor elk van die functies een functiebeschrijving worden opgesteld waarin het gewenste profieltype, de taken... worden gepreciseerd. De taken van de referentiefuncties zijn verschillend, maar complementair aan de taken van het projectteam. Er zullen periodieke vergaderingen worden georganiseerd om feedback te geven en de resultaten te delen.
- Het projectteam zal de vorm aannemen van een interadministratieve cel.

2) Belangrijkste fasen

- Een projectbeheerder aanwijzen
- Functieprofielen voor de IT-coördinator en de coördinator Opleiding/Communicatie opstellen

- Mise en place d'une équipe projet en charge de la gestion opérationnelle et capable d'assurer :
 - La gestion de projet générale
 - La coordination informatique
 - La coordination en matière de formation et de communication (gestion et l'animation du site web et des réseaux sociaux ...)
 - Le Helpdesk capable d'interagir avec les utilisateurs dans les trois langues nationales
- Outre ces fonctions de base indispensables, d'autres fonctions pourraient être confiées à ce team en fonction des souhaits exprimés par les Régions, les Communautés et les entités fédérales (exemple : feedback statistique général). Les différentes entités seront interrogées pour exprimer leurs attentes.
- Un descriptif de fonctions complet sera élaboré. Il intégrera :
 - les attentes exprimées par les différentes entités
 - les tâches plus spécifiques détaillées dans les Fiches-Projets
 - les tâches de coordination générale
- Désignation au sein de chaque Région, Communauté et entité fédérale de deux fonctions relais : une fonction informatique et une fonction formation/communication. Un descriptif de fonction pour chacune de ces fonctions sera élaboré précisant le type de profil souhaité, les tâches... Les tâches des fonctions relais seront différentes mais complémentaires des tâches du project team. Des réunions périodiques seront organisées pour assurer un feedback et un partage des résultats.
- L'équipe projet prendra la forme d'une cellule inter-administrative.

2) Etapas clés

- Désignation d'un Gestionnaire de Projet
- Rédaction des profils de fonctions pour le coordinateur informatique et le coordinateur Formation / Communication

- Een IT-coördinator en een coördinator Opleiding/Communicatie aanwerven
Personeel aanwerven (of externalisatie) op het einde van het eerste begrotingsprogramma om de helpdesk te verzorgen tijdens de opleidingsduur + een permanentie tijdens de testfase

AP8.11. – Opstellen en ondertekenen van een protocolakkoord tussen de verschillende beleidsniveaus waarbij iedereen zich ertoe verbindt om op een bepaalde datum tot een voorstel van wet/kader en/of samenwerkingsakkoord betreffende de algemene organisatie van BelRAI te komen

1) Verwachte resultaten

- Ondertekening van het protocolakkoord / Kaderwet / Samenwerkingsakkoord

2) Belangrijkste fasen

Het protocolakkoord zal het globale kader van de samenwerking definiëren, alsook de gemeenschappelijke sokkel, zonder te raken aan de autonomie van de gewesten en van de federale overheid binnen hun specifieke bevoegdheidsdomeinen. Dit protocolakkoord zal alle essentiële punten opnemen vanuit voorliggend document en tevens de engagementen van ieder om de implementatie te ondersteunen en aan te moedigen :

- De roll-outfasen (Actie 1)
- Het creëren van de beperkte users groep (Actie 2)
- De verbintenissen van eenieder om het gebruik van BelRAI te veralgemenen (Actie 3)
- De leerstoel en de opleidingsmodules die zullen worden geïntegreerd in de basis cursus en in de voortgezette opleiding (Actie 4)
- De communicatieacties (Actie 5)
- Het cookbook (Actie 6) en de relatie met het e-gezondheidsbeleid (Actie 7)
- De mogelijkheid van een gratis oplossing (Actie 8) en de applicatiearchitectuur en functionele architectuur (Actie 9)
- Het operationeel beheer van het project (Actie 10)

- Recrutement du coordinateur informatique et du coordinateur Formation / Communication
Recrutement (ou externalisation) du personnel en charge du Helpdesk en fin de premier programme budgétaire pour assurer le temps de la formation + une permanence dès la phase de test

PA8.11. – Elaborer et signer un protocole d'accord entre les différents niveaux de pouvoir où chacun s'engage à aboutir pour une date déterminée à une proposition de loi/cadre et/ou d'accord de collaboration relative à l'organisation générale de BelRAI

1) Résultats attendus

- Signature du protocole d'accord / Loi-cadre / Accord de collaboration

2) Etapes clés

Le protocole d'accord définira le cadre global de la coopération et le socle de base commun tout en garantissant aux régions et au fédéral l'autonomie dans leurs domaines de compétences spécifiques. Ce protocole d'accord reprendra les points essentiels décrits dans le présent document et les engagements de chacun pour soutenir et encourager l'implémentation :

- Les phases de déploiement (Action 1)
- La création du users groupe restreint (Action 2)
- Les engagements de chacun pour généraliser l'utilisation de BelRAI (Action 3)
- La chaire et les modules de formations qui seront mises en œuvre dans le cursus de base et dans la formation continue (Action 4)
- Les actions de communication (Action 5)
- Le cookbook (Action 6) et la relation avec la politique e-santé (Action 7)
- La possibilité d'une solution gratuite (Action 8) et l'architecture applicative et fonctionnelle (Action 9)
- La gestion opérationnelle du projet (Action 10)
- Les règles communes en termes de conditions et modalités

- De gemeenschappelijke regels inzake voorwaarden en –modaliteiten voor toegang tot de gegevensbank
- De budgettaire planning en de toewijzing van het miljoen Euro dat jaarlijks voor BelRAI is voorzien

AP8.12. – Een nieuwe overeenkomst met InterRAI sluiten

1) Verwachte resultaten

- Ondertekening van de nieuwe overeenkomst met InterRAI

2) Belangrijkste fasen

- Selectie van een deskundige of college van deskundigen-gespecialiseerde juristen
- Diagnose van de huidige overeenkomst en opstellen van een ontwerp van nieuwe overeenkomst door de deskundige(n)
- Goedkeuring na opmerkingen van de ontwerpovereenkomst en bepaling van de manoeuvreerruimte bij de onderhandeling
- Onderhandeling met InterRAI
- Ondertekening van de nieuwe overeenkomst

BIJLAGE :

Diagnose van de huidige situatie

Zeer bevredigend: geen grote verbeteringsactie nodig

- Zowel de professionele zorgverleners in het werkveld als de patiëntenverenigingen, de overheden, de universiteiten, de verzekeringsinstellingen, de patiëntenverenigingen en de beroepsfederaties erkennen **het nut van het BelRAI-instrument**, ook al zijn de doelstellingen en de gebruiksmodaliteiten van het instrument verschillend. De ziekenhuizen wensen de coderingstaak zoveel mogelijk te beperken.

d'accès à la banque de données

- Le planning et l'affectation budgétaire prévue du million d'euros prévu annuellement pour BelRAI

PA8.12. – Conclure une nouvelle convention avec InterRAI

1) Résultats attendus

- Signature de la nouvelle convention avec InterRAI

2) Etapas clés

- Sélection d'un expert ou collègue d'experts juristes spécialisés
- Diagnostic de la convention actuelle et rédaction d'un projet de nouvelle convention par le(s) expert(s)
- Approbation après remarque du projet de convention et détermination des marges de manœuvre dans la négociation
- Négociation avec InterRAI
- Signature de la nouvelle convention

ANNEXE :

Diagnostic de la situation actuelle

Très satisfaisant : pas d'action d'amélioration majeure à apporter

- **L'utilité de l'outil BelRAI est** reconnue tant par les professionnels de santé sur le terrain que les associations de patients, les autorités publiques, les universités, les organismes assureurs, les associations de patients ou les fédérations professionnelles même si les objectifs et les modalités d'utilisation de l'outil varient. Les hôpitaux souhaitent limiter au maximum la tâche d'encodage.
- **La qualité, le professionnalisme et la documentation des méthodologies**

- **De kwaliteit, het professionalisme en de documentatie van de methodologieën** die InterRAI heeft ontwikkeld, en de diversiteit van de beschikbare modules, ook al is die vaak nauwelijks gekend door de gebruikers.
De kwaliteit van de beschikbare informatie op de WIKI-site, ook al is de site voor verbetering vatbaar.
- **Het huidige ontwikkelingsniveau** van de modules HC, LTCF en AC voor ouderen. De test- en ontwikkelingsfasen zijn zowel voor de inhoud als voor de implementatie achter de rug en de huidige gebruikers vinden dat de functionaliteiten die momenteel worden voorgesteld, correct zijn.
- **De overeenstemming met de eHealth-architectuur**, ook al zijn de recente vorderingen van eHealth niet opgenomen in de huidige webtoepassing.
- **De volledige complementariteit tussen de verschillende instrumenten** met het oog op de samenwerking en de continuïteit tussen alle actoren.
- **De wens van alle federale en regionale overheden** om BelRAI voort te zetten en uit te breiden.

Onbevredigend: grote verbeteringsactie nodig

- **Een gebruiksvriendelijke, snelle en gemakkelijke toegang tot de toepassing.**
Er zijn momenteel twee oplossingen: de web-based oplossing met eID die gratis ter beschikking wordt gesteld en de mobiele oplossing die met een paswoord en offline op een tablet beschikbaar is.
De traditionele oplossing kan volgens de gebruikers wel drie coderingen inhouden: een eerste codering op papier, een hercodering in BelRAI en een hercodering in het zorgdossier. Die drievoudige codering kan worden vermeden dankzij de mobiele oplossing die in het zorgdossier is geïntegreerd. Bovendien wordt de coderingstijd dankzij de tablet-oplossing enorm verkort: de eerste codering zou dankzij de tablet-oplossing gemiddeld dertig minuten in beslag nemen in vergelijking met één tot twee uur in de traditionele versie.
- **De integratie in de professionele softwarepakketten (EPD in het**

développées par InterRAI et la diversité des modules disponibles même si cela est souvent peu connu des utilisateurs.
La qualité de l'information disponible sur le site WIKI même si le site mérite un lifting.

- **Le niveau de développement actuel** des modules HC - LTCF – AC destinés aux personnes âgées. Les phases de test et développement tant pour le contenu que pour l'implémentation ont été réalisées et les utilisateurs actuels estiment correctes les fonctionnalités actuellement proposées.
- **La conformité à l'architecture E-health** même si les derniers progrès réalisés par e-health ne sont pas intégrés dans l'application web actuelle
- **La complémentarité totale entre les différents instruments** permettant d'assurer la collaboration et la continuité entre tous les acteurs
- **Le souhait de toutes les autorités fédérales et régionales** de poursuivre et d'étendre BelRAI

Insatisfaisant : action d'amélioration majeure à apporter

- **La convivialité, la rapidité et la facilité d'accès à l'application.**
Deux solutions existent aujourd'hui: la solution web-based avec Eid mise à disposition gratuitement et la solution mobile sur tablette accessible via mot de passe et off-line.
L'utilisation de la solution traditionnelle peut générer, au dire des utilisateurs, jusqu'à trois encodages : un premier encodage papier, un ré-encodage dans BelRAI et un ré-encodage dans le dossier de soins.
L'utilisation de la solution mobile intégrée au dossier de soins permet d'éviter ce triple encodage. En outre le temps d'encodage est très fortement réduit dans la solution tablette : une moyenne de trente minutes est évoquée pour le premier encodage dans la solution tablette contre une heure à deux heures dans la version traditionnelle.
- **L'intégration avec les logiciels métiers** (DPI hospitalier, dossier de soins de résidents, systèmes utilisés par généralistes et fonctions de soins à

ziekenhuis, het zorgdossier van de rustoordbewoner, de systemen die door huisartsen worden gebruikt en de zorgfuncties voor patiënten in de thuissituatie.

Bevredigend: verbeteringsactie nodig

- **De helpdesk** – de helpdesk die momenteel door het bedrijf Pyxima wordt verzorgd, functioneert naar behoren; de termijnen waarbinnen de vragen worden beantwoord die aan het eHealth-team worden gesteld (40 % van de oproepen volgens Pyxima), zijn echter te lang.
- **De opleiding** is te zeer gericht op de eigenlijke codering en niet op de gegevensanalyse, te sterk geconcentreerd in de tijd en moet het voorwerp uitmaken van een betere geografische spreiding.
- **De communicatie en de informatie** over het instrument en naar alle stakeholders
- **De marketing** en de verspreiding van succesverhalen

Uit de diagnose worden twee belangrijke conclusies getrokken:

- De noodzaak om snel over te gaan tot een concrete productiefase;
- Het ontstaan van een gemeenschappelijke visie.



De wil om BelRAI in België te veralgemenen voor alle kwetsbare personen die met een complexe en multidimensionele problematiek worden geconfronteerd (medisch probleem en/of mobiliteitsprobleem, voeding, hygiëne, handicap ...).

In het kader van een gebruiksvriendelijk informatica-instrument dat aan de omgeving van de actoren in het werkveld kan worden aangepast.

Voor een betere multidisciplinaire samenwerking.

domicile

Satisfaisant : action d'amélioration à apporter

- **Le helpdesk** – le helpdesk assuré aujourd'hui par la société Pyxima donne satisfaction mais les délais de réponse sont trop longs pour les questions renvoyées à l'équipe e-health (40 % des appels selon Pyxima)
- **La formation** trop centrée sur le codage lui-même et pas l'analyse des données, trop concentrée dans le temps et qui devrait bénéficier d'une meilleure répartition géographique
- **La communication et l'information** autour de l'instrument et vers toutes les stakeholders
- **Le marketing** et la diffusion des success stories

Au terme du diagnostic deux conclusions majeures :

- La nécessité de passer rapidement à une phase de production concrète
- L'émergence d'une Vision Commune



La volonté de généraliser BelRAI pour toutes les personnes vulnérables en Belgique présentant des problématiques complexes et multidimensionnelles (problème médical et/ou problème mobilité, alimentation, hygiène, handicap...).

Dans le cadre d'un outil informatique convivial et adaptable aux environnements des acteurs du terrain.

Facilitant la collaboration multidisciplinaire

ACTIEPUNT 9 "INCENTIVES VOOR GEBRUIK"

AP9.1. Alle incentives worden gekoppeld aan het effectieve gebruik van eGezondheidsdiensten

Wat:

Elke telematicapremie en praktijkondersteuning voor een zorgverstreker moet volledig gekoppeld worden aan het effectieve en meetbare gebruik van eGezondheidsdiensten.

De volgende stap is evolueren van louter 'gebruik' naar 'zinvol gebruik' (meaningful use): ook de incentives moeten mee evolueren.

Alle diensten die in de Roadmap opgenomen zijn moeten in aanmerking komen voor financiële incentives.

Financiële incentives kunnen een federaal luik hebben, evenals een luik voor de verschillende gemeenschappen en gewesten.

Timing:

Huisartsen:

- koppeling tussen de telematicapremie en het gebruik van e-gezondheid diensten vanaf het werkingsjaar 2016

- afbouw van de praktijkondersteuning voor niet-geïnformateerde huisartsen in de periode 2016-2017, vanaf 2018 volledige integratie van de telematicapremie en de praktijkondersteuning

Andere beroepsgroepen: een koppeling tussen de telematicapremie en het gebruik van e-diensten moet in voege komen voor elke premie die uitgekeerd wordt ~~voor~~ vanaf het werkingsjaar 2016.

Wie:

RIZIV (lead) + de overeenkomstencommissies van de betrokken zorgberoepen.

POINT D'ACTION 9 "INCITANTS A L'UTILISATION"

PA 9.1. Tous les incitants sont liés à l'utilisation effective des services eSanté

Quoi :

Chaque prime télématique et soutien de pratique pour un dispensateur de soins doit être entièrement liée à l'utilisation effective et mesurable des services eSanté.

La prochaine étape consiste à évoluer de la simple 'utilisation' vers une 'utilisation pertinente' (meaningful use) : les incitants doivent également évoluer.

Tous les services intégrés dans la Roadmap doivent être pris en considération pour des incitants financiers.

Les incitants peuvent avoir un volet fédéral, autant qu'un volet des différentes communautés et régions.

Calendrier :

Médecins généralistes :

- liaison entre la prime télématique et l'utilisation des services eSanté à partir de l'exercice 2016

- suppression progressive du soutien de pratique pour les médecins généralistes non informatisés au cours la période 2016-2017 ; à compter de 2018, intégration totale de la prime télématique et du soutien de pratique.

Autres groupes professionnels : une liaison entre la prime télématique et l'utilisation de services eSanté doit entrer en vigueur pour chaque prime qui est allouée dès l'exercice 2016.

Qui :

L'INAMI (lead) + les Commissions de conventions des professions de soins concernées.

AP9.2. De meetbaarheid van gebruik moet starten nog voor de premie ervan afhankelijk wordt

Wat:

Het meten van het gebruik en het geven van feedback hierover aan de totale beroepsgroep en (bij voorkeur) aan de individuele zorgverstreker (bv. op semester- of jaarbasis) moet liefst al starten nog voor de premie daarvan afhankelijk wordt gesteld. Dit moet enerzijds de zorgverstreker motiveren om niet langer te wachten met het gebruik; anderzijds moet dit toelaten de effectiviteit van het meetsysteem te testen vooraleer de toekenning van de premie er daadwerkelijk op gebaseerd is.

Timing:

het meten van het gebruik voor de premies moet dus in principe effectief gestart worden, vóór de geplande koppeling aan het gebruik van e-diensten (d.w.z. het uitwerken van concrete akkoorden in de loop van Q4 2015).

Wie:

RIZIV (lead) + de overeenkomstencommissies van de betrokken zorgberoepen + leveranciers van de DTW / e-diensten.

AP9.3. Budgetteren en coördineren van incentives

Wat:

De Stuurgroep eGezondheid maakt jaarlijks de balans op van de premies, de afhankelijkheid van het effectieve gebruik. De Stuurgroep eGezondheid definieert jaarlijks de lijst van e-diensten waarvoor incentives voorzien worden.

Het werken met een incentive moet voortaan veronderstellen dat twee drempels worden vastgelegd:

- een drempel (bv. percentage van gebruik) vanaf wanneer de incentive verdwijnt;
- een drempel vanaf wanneer men voor de betrokken dienst een verplichting invoert

PA 9.2. L'utilisation doit commencer à être mesurée avant d'en faire dépendre la prime.

Quoi :

La mesure de l'utilisation et la fourniture du feed-back à ce sujet au groupe professionnel entier et (de préférence) au dispensateur de soins individuel (p.ex. sur une base semestrielle ou annuelle) doivent de préférence déjà commencer avant que la prime ne leur soit subordonnée. Ceci doit d'une part motiver le dispensateur de soins à ne plus surseoir à l'utilisation et d'autre part permettre de tester l'efficacité du système de mesure avant que l'octroi de la prime ne soit effectivement fondé là-dessus.

Calendrier:

la mesure de l'utilisation pour les primes doit donc en principe être commencée avant la liaison prévue à l'utilisation des services eSanté (c.-à-d. l'élaboration d'accords concrets dans le courant du Q4 2015).

Qui :

L'INAMI (lead) + les Commissions de conventions des professions de soins concernées + fournisseurs de SAV (services à valeur ajoutée) / e-services.

PA 9.3. Budgétisation et coordination des incitants

Quoi :

Le Groupe de pilotage eSanté fait le point chaque année sur les primes, la dépendance de l'utilisation effective. Le Groupe de Pilotage eSanté définit annuellement la liste des e-services pour lesquels un incitant est prévu.

Le recours à un incitant doit dorénavant supposer que deux seuils sont fixés :

- un seuil (p.ex. pourcentage d'utilisation) à partir duquel l'incitant disparaît;
- un seuil à partir duquel on instaure pour le service concerné une obligation

van gebruik (steeds behoudens goed omschreven en gemotiveerde uitzonderingen, bv. waar het gebruik niet zinvol of niet mogelijk is). Deze laatste drempel kan vaak rond 80% liggen.

Er kunnen diensten zijn waarvoor beslist wordt geen incentive te geven, bv. door gezien ze wettelijk verplicht zijn of door de hoge toegevoegde waarde van de dienst op zich (bv. e-Fact).

Timing:

vanaf het budget 2016

Wie:

Stuurgroep eGezondheid (lead) + administraties

AP 9.4. Structureel inbouwen van eGezondheid in de zorg

Wat:

De beroepsorganisaties van zorgverstrekkers worden aangespoord om zelf voorstellen te formuleren om een deel van hun bestaande, beschikbare budget te verschuiven naar incentives.

Zo spoedig mogelijk moet het gestructureerd en gecodeerd registreren van bepaalde gegevens en het systematische gebruik van systemen om de patiëntengegevens elektronisch te delen een integraal deel worden van de zorgprestaties of zorgtrajecten, zodat de vergoeding ervan intrinsiek samengaat met het zinvol gebruik van eGezondheidsdiensten.

Naast de medische handeling als dusdanig, wordt het produceren van betekenisvolle en bruikbare informatie in het kader van het gedeeld elektronisch gezondheidsdossier geleidelijk aan een vergoedingsvoorwaarde. De nomenclatuur zal daartoe vanaf 2016 geleidelijk worden gewijzigd."

d'utilisation (toujours sous réserve d'exceptions bien définies et motivées, p.ex. lorsque l'utilisation n'est pas pertinente ou n'est pas possible). Ce dernier seuil peut souvent tourner autour de 80 %.

On peut décider de ne pas donner des incitants, p.ex. parce que le service est légalement obligatoire ou sur base de la valeur ajoutée élevée du service en soi (p.ex. e-Fact)

Calendrier:

à partir du budget 2016

Qui :

Groupe de pilotage eSanté (lead) + administrations

PA 9.4. Incorporation structurelle de l'eSanté dans les soins

Quoi :

Les organisations professionnelles de dispensateurs de soins sont encouragées à formuler elles-mêmes des propositions en vue de transférer vers des incitants une partie de leur budget disponible existant.

Dans les plus brefs délais, l'enregistrement structuré et codé de certaines données ainsi que l'utilisation systématique de systèmes en vue de partager électroniquement les données du patient doivent faire intégralement partie des prestations ou trajets de soins, de sorte que leur remboursement aille intrinsèquement de pair avec l'utilisation pertinente des services eSanté.

A côté de l'acte médical en tant que tel, la production d'information signifiante et utilisable dans le cadre du dossier santé électronique partagé, devient progressivement une condition du remboursement. La nomenclature sera modifiée progressivement à cette fin à partir de 2016 »

Acties om eGezondheid onderdeel te maken van het zorg- en betaalmodel:

- eGezondheidsdiensten aansporen om hun effectieve meerwaarde in het zorgmodel aan te tonen
- de uitbouw van de eGezondheidsdiensten baseren op een bevraging van de zorgverstrekkers en softwareleveranciers om hun noden en prioriteiten beter te kennen (bij artsen bv. attesten voor werkonbekwaamheid van de VO, universele werkonbekwaamheid, formulieren voor mobiliteit, aanvragen E en F-pathologie, aanvraagformulieren zorgtrajecten...)
- zorgverstrekkers beter informeren over de meerwaarde van de eGezondheidsdiensten in primaire en continue opleiding (AP12)

Timing:

vanaf opmaak begroting 2016

Wie:

Beroepsorganisaties (lead) + administraties + overeenkomstencommissies

AP 9.5. Initiatieven voor ICT-ondersteuning voor de ziekenhuizen, psychiatrische en andere instellingen

Probleem:

De bedragen die momenteel beschikbaar zijn voor de ondersteuning van de informatisering moeten geleidelijk worden geheroriënteerd naar een incentive voor het gebruik van diensten en functionaliteiten met een toegevoegde waarde. De patiëntgerichte communicatie (via het hub-metahubstelsel) moet een voorwaarde worden die aan de financiering voorafgaat. Het voorstel voor de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen dat momenteel wordt uitgewerkt, zal mogelijk ook een belangrijke impact hebben op de globale weerslag

Actions pour intégrer l'eSanté dans le modèle de soins de de paiement :

- inciter les services eSanté à démontrer leur plus-value effective dans le modèle de soins
- baser le développement des services eSanté sur un questionnement des dispensateurs de soins et des fournisseurs de logiciels aux fins de mieux connaître leurs besoins et leurs priorités (chez les médecins p.ex. les attestations d'incapacité de travail de l'OA, d'incapacité de travail universelle, les formulaires pour la mobilité, les demandes de pathologie E et F, les formulaires de demande trajets de soins ...)
- mieux informer les dispensateurs de soins sur la plus-value des services eSanté en formation de base et continue (PA12)

Calendrier :

à partir de l'établissement du budget 2016

Qui :

Organisations professionnelles (lead) + administrations + Commissions de conventions

PA 9.5. Initiatives en vue du soutien ICT des hôpitaux, des établissements psychiatriques et autres institutions

Problème :

Les montants actuellement disponibles pour le support à l'informatisation doivent être réorientés progressivement vers un incitant à l'usage de services et de fonctionnalités à valeur ajoutée. La communication centrée patient (via le système Hubs-metahub) doit devenir une condition préalable au financement. La proposition de réforme du financement des hôpitaux actuellement en chantier aura également potentiellement un impact important sur l'effet global de ces mesures et leur modalités d'application.

<p>van die maatregelen en hun toepassingsmodaliteiten.</p> <p><u>Timing:</u> Jaarlijkse update omzendbrief 2014-2015-2016-2017</p> <p><u>Wie:</u> FODVVVL/DGSS (lead)– RIZIV</p> <p><u>Voorgestelde evolutie:</u> <i>(Dit moet een luik worden van de geplande herziening van de Ziekenhuisfinanciering)</i></p>	<p><u>Calendrier :</u> Circulaire mise à jour annuellement 2014 -2015-2016-2017</p> <p><u>Qui :</u> SPFSPSCAE/DGSS (lead)– INAMI</p> <p><u>Evolution proposée :</u> <i>(Ceci devra devenir un volet de la révision prévue du financement des hopitaux)</i></p>
<p>ACTIEPUNT 10. TOEGANG TOT DE GEGEVENS DOOR DE PATIËNT (PHR)</p>	<p>POINT D’ACTION 10. ACCES AUX DONNEES PAR LE PATIENT (PHR)</p>
<p>AP 10.1. Oprichting van een projectgroep toegang tot en aanvulling van gegevens door de patiënt</p> <p><u>Timing:</u> Oktober 2015</p> <p><u>Verantwoordelijken:</u> Nominatieve projectleider, FOD Volksgezondheid</p> <p><u>Meten:</u> Vergaderschema met agendapunten dat door de leden van de projectgroep werd vastgelegd</p> <p><u>Toelichting:</u> De nominatieve projectleider richt een projectgroep op met alle relevante actoren. De opdrachten van de projectgroep bestaan uit</p>	<p>PA 10.1. Création d'un groupe de projet accès et complément aux données par le patient</p> <p><u>Calendrier :</u> Octobre 2015</p> <p><u>Responsables :</u> Chef de projet nominatif, SPF Santé publique</p> <p><u>Mesurer :</u> Calendrier des réunions avec points de l'ordre du jour, qui a été établi par les membres du groupe de projet</p> <p><u>Explications :</u> Le chef de projet nominatif crée un groupe de projet avec tous les acteurs pertinents. Les missions du groupe de projet consistent en</p>

- 1) het opstellen van een referentiekader voor toegangsbeheer, toegang tot en aanvulling van gezondheidsgegevens door de patiënt,
- 2) het creëren van een governance structuur die waakt over de uitvoering van het referentiekader,
- 3) het uitwerken van een communicatiestrategie om burgers/patiënten te informeren over online toegang tot gezondheidsgegevens en andere functies voor patiënten inzake gegevensdeling.

De projectgroep zal bestaan uit een brede klankbordgroep die adviseert en een kleinere werkgroep die de teksten voor het referentiekader aanlevert.

Tijdens de eerste vergadering in oktober 2015 bepalen de leden van de projectgroep de agendapunten en het vergaderschema.

AP 10.2. Opstellen van een referentiekader voor toegangsbeheer, toegang tot en aanvulling van gegevens door de patiënt

Timing: Oktober 2015 tot en met maart 2016 (=6 maanden)

Verantwoordelijke: projectgroep toegang tot en aanvulling van gegevens door de patiënt

Meten: Het referentiekader bestaat en werd bekend gemaakt aan alle betrokken actoren

Toelichting:

Artikel 9 van de *wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt* geeft patiënten recht op inzage in het patiëntendossier:

Art. 9. § 1. De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Op verzoek van de

- 1) la fixation d'un cadre de référence pour la gestion de l'accès, l'accès et le complément aux données de santé par le patient,
- 2) la création d'une structure de gouvernance qui veille à l'exécution du cadre de référence,
- 3) l'élaboration d'une stratégie de communication en vue d'informer les citoyens/patients sur l'accès en ligne aux données de santé et les autres fonctions pour patients en matière de partage des données.

Le groupe de projet sera composé d'un large groupe caisse de résonance qui conseille et d'un plus petit groupe de travail qui fournit les textes pour le cadre de référence.

Lors de la première réunion en octobre 2015, les membres du groupe de projet fixent les points de l'ordre du jour et le calendrier des réunions.

PA 10.2. Fixation d'un cadre de référence pour la gestion de l'accès, l'accès et le complément aux données par le patient

Calendrier : Octobre 2015 à mars 2016 inclus (=6 mois)

Responsable : groupe de projet accès et complément aux données par le patient

Mesurer : Le cadre de référence existe et a été notifié à tous les acteurs concernés

Explications :

L'article 9 de la *loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient* confère aux patients un droit de consultation de leur dossier:

Art. 9. § 1er. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis

patiënt voegt de beroepsbeoefenaar door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.

§ 2. De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier. Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven. De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten. Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de in het derde lid bedoelde persoonlijke notities. (In dit geval is het verzoek van de patiënt schriftelijk geformuleerd en worden het verzoek en de identiteit van de vertrouwenspersoon opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.) Indien het patiëntendossier een schriftelijke motivering bevat zoals bedoeld in artikel 7, § 4, tweede lid, die nog steeds van toepassing is, oefent de patiënt zijn inzagerecht uit via een door hem aangewezen beroepsbeoefenaar, die ook inzage heeft in de in het derde lid, bedoelde persoonlijke notities.

§ 3. De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier (...), overeenkomstig de in § 2 bepaalde regels. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is. (De Koning kan het maximumbedrag vaststellen dat aan de patiënt mag worden gevraagd per gekopieerde pagina die in toepassing van voornoemd recht op afschrift wordt verstrekt of andere dragers van informatie.) De beroepsbeoefenaar weigert dit afschrift indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mee te delen.

§ 4. Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het in § 2 bedoelde recht op inzage voorzover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de in § 2, derde lid, bedoelde persoonlijke notities.

par le patient dans le dossier le concernant.

§ 2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant.

Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. (Le cas échéant, la demande du patient est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du patient.) <W 2006-12-13/35, art. 63, 1°, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3

§ 3. Le patient a le droit d'obtenir, (...), une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au § 2. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle. (Le Roi peut fixer le montant maximum pouvant être demandé au patient par page copiée, copie donnée en application du droit précité d'obtenir une copie ou sur un autre support d'information.) <W 2006-12-13/35, art. 63, 2°, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Le praticien professionnel refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§ 4. Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au § 2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien professionnel désigné consulte également les annotations personnelles visées au § 2, alinéa 3.

De projectgroep onderzoekt hoe dit recht moet worden toegepast bij online inzage. Daarnaast buigt de werkgroep zich over aanvulling van gezondheidsgegevens door patiënten en andere bijkomende functies in het kader van gegevensdeling die patiënten en hun zorgverleners als een meerwaarde beschouwen.

Enkele concrete vragen die de projectgroep zal bespreken zijn:

- Hoe patiënten - conform het recht op inzage uit de wet op de patiëntenrechten - online toegang geven tot hun gezondheidsgegevens? Zie ook de adviesvraag van de werkgroep PHR aan de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" in bijlage (pagina 5).
- Hoe mandaten zoals vertegenwoordiger en vertrouwenspersoon van de patiënt in het kader van gegevensdeling registreren zodat ook zij online toegang kunnen hebben tot de gegevens van de patiënt? Hoe een ouder-kind relatie identificeren om ouders van jonge kinderen toegang te bieden tot gezondheidsgegevens van hun kinderen?

Bijkomend actiepunt: . In 2015 zorgt het eHealth-platform voor een technische oplossing in productie dat het mogelijk maakt dat vertegenwoordiger en vertrouwenspersoon aan de gegevens kunnen van hun patiënt EN dat de ouders aan de gegevens kunnen van hun kind.

- Hoe het beheer en de controle inzake gegevensdeling door patiënten verder realiseren? Welke afspraken zijn er nog nodig over bijvoorbeeld exclusies, lijsten met beschikbare documenten over patiënten, ...? Hoe zichtbaar maken voor patiënten welke zorgverleners hun gezondheidsgegevens geraadpleegd hebben (=audit trail)?
- Welke functies zoals aanvulling van gegevens kunnen naast online toegang tot gezondheidsgegevens nog toegevoegde waarde voor patiënten bieden? Hoe kunnen deze functies aangeboden worden, door wie en onder welke voorwaarden? Welke terminologie gebruiken voor toepassingen die patiënten dergelijke functies inzake gegevensdeling

Le groupe de projet examine la manière dont ce droit doit être appliqué en cas de consultation en ligne. Par ailleurs, le groupe de travail se penche sur le remplissage de données en matière de santé par les patients et autres fonctions supplémentaires dans le cadre du partage de données que les patients et leurs dispensateurs de soins considèrent comme une plus-value.

Voici quelques questions concrètes qui seront examinées par le groupe de projet :

- Comment - conformément au droit de consultation inscrit dans la loi sur les droits des patients - donner aux patients l'accès en ligne à leurs données de santé ? Voir également la demande d'avis du groupe de travail PHR à la Commission fédérale "Droits du patient" en annexe (page 5).
- Comment enregistrer les mandats en tant que représentant et personne de confiance du patient dans le cadre du partage des données de sorte qu'ils puissent également avoir accès en ligne aux données du patient ? Comment identifier une relation parent-enfant pour offrir l'accès aux parents de jeunes enfants aux données de santé de ces derniers ?

Point d'action supplémentaire : En 2015, la Plate-form e-Health veillera à trouver une solution technique de production, permettant que le représentant et la personne de confiance puissent avoir accès aux données de leur patient ET que les parents aient accès aux données de leurs enfant.

- Comment continuer à réaliser la gestion et le contrôle en matière de partage des données par les patients ? Quels accords sont encore nécessaires au sujet par exemple des exclusions, listes de documents disponibles sur les patients, ...? Comment permettre aux patients de voir quels dispensateurs de soins ont consulté leurs données en matière de santé ? (=audit trail)?
- Quelles fonctions telles que le remplissage de données peuvent encore offrir une valeur ajoutée aux patients outre l'accès en ligne aux données en matière de santé ? Comment ces fonctions peuvent-elles être proposées, par qui et sous quelles conditions ? Quelle terminologie utiliser pour des

aanbieden? Hoe dergelijke toepassingen certificeren?

- Hoe gebruiksvriendelijkheid voor de patiënt garanderen? (O.a. alle gezondheidsgegevens op één plaats kunnen terugvinden)

Hierbij wordt rekening gehouden met de reeds bestaande

- nota's van de patiëntenverenigingen en het Agentschap Zorg en Gezondheid in verband met actiepunt 10;
- verslagen en nota's van de werkgroep Personal Health Record van het Overlegcomité met de gebruikers van het eHealth-platform;
- fiche met de stand van zaken voor actiepunt A10 "Toegang voor de patiënt"
- ervaringen uit de recente proefprojecten van RSW, CoZo, Vitalink en uit patiëntenportalen van ziekenhuizen of zorgverenigingen.

De werkzaamheden van de projectgroep worden gebundeld in een Belgisch referentiekader voor

- 1) toegangsbeheer door de patiënt,
- 2) online toegang tot gezondheidsgegevens door patiënten en
- 3) aanvulling van gezondheidsgegevens door patiënten en andere bijkomende functies in het kader van gegevensdeling die patiënten en hun zorgverleners als een meerwaarde beschouwen.

AP 10.3. Afspraken rond governance structuur voor verdere realisatie van actiepunt 10

Timing: Mei-juni 2016 (=2 maanden)

Verantwoordelijken: projectgroep toegang tot en aanvulling van gegevens door de patiënt

applications qui proposent aux patients de telles fonctions en matière de partage des données ? Comment certifier pareilles applications ?

- Comment garantir la convivialité pour le patient ? (Notamment le fait de pouvoir retrouver toutes les données en matière de santé à un seul endroit)

Il est tenu compte

- des notes déjà existantes des associations de patients et de l'Agence Soins et Santé en rapport avec le point d'action 10;
- des rapports et notes du groupe de travail Personal Health Record du Comité de concertation avec les utilisateurs de la plate-forme eHealth;
- de la fiche relative à l'état d'avancement du point d'action A10 "Accès pour le patient"
- des expériences des récents projets-pilotes du RSW, de la CoZo, de Vitalink et des portails de patients d'hôpitaux ou d'associations de soins.

Les travaux du groupe de projet sont rassemblés dans un cadre de référence belge pour

- 1) la gestion de l'accès par le patient,
- 2) l'accès en ligne aux données en matière de santé par les patients et
- 3) le remplissage de données en matière de santé par les patients et autres fonctions supplémentaires dans le cadre du partage de données que les patients et leurs dispensateurs de soins considèrent comme une plus-value.

PA 10.3. Accords sur la structure de gouvernance pour la poursuite de la réalisation du point d'action 10

Calendrier : Mai-juin 2016 (=2 mois)

Responsables : groupe de projet accès et complément aux données par le patient

<p><u>Meten:</u> De afspraken rond de governance structuur zijn schriftelijk vastgelegd</p> <p><u>Toelichting:</u></p> <p>De projectgroep maakt afspraken over een governance structuur die waakt over de uitvoering van het referentiekader. De afspraken betreffen onder meer de samenstelling van een beheerscomité en de beschrijving van de opdrachten van dat comité. Één van de opdrachten zal bestaan uit het certificeren van toepassingen die op basis van het referentiekader functies voor patiënten aanbieden.</p> <p>AP 10.4. Communicatiestrategie over toegang tot en aanvulling van gezondheidsgegevens</p> <p><u>Timing:</u></p> <p>-Juni 2016 (=1 maand): ontwikkeling communicatiestrategie</p> <p>-Vanaf juli 2016: uitvoering communicatiestrategie tot en met einde 2018</p> <p><u>Verantwoordelijke:</u> Projectgroep toegang tot en aanvulling van gegevens door de patiënt, FOD Volksgezondheid</p> <p><u>Meten:</u> Het communicatieplan bestaat en wordt uitgevoerd tot einde 2018</p> <p><u>Toelichting:</u></p> <p>De projectgroep ontwikkelt een communicatiestrategie die als doel heeft om burgers/patiënten te informeren over online toegang tot hun gezondheidsgegevens en andere nuttige functies voor patiënten inzake gegevensdeling. Er wordt aansluiting gezocht bij de initiatieven van actiepoint 11 'Communicatie en aansprakelijkheid' van de roadmap.</p>	<p><u>Mesurer :</u> Les accords sur la structure de gouvernance sont fixés par écrit</p> <p><u>Explications :</u></p> <p>Le groupe de projet conclut des accords sur la structure de gouvernance qui veille à l'exécution du cadre de référence. Les accords portent notamment sur la composition d'un Comité de gestion et la description des missions de ce Comité. Une des missions consistera en la certification des applications qui proposent des fonctions pour les patients sur la base du cadre de référence.</p> <p>PA 10.4. Stratégie de communication sur l'accès et le complément aux données en matière de santé</p> <p><u>Calendrier :</u></p> <p>-Juin 2016 (=1 mois): développement de la stratégie de communication</p> <p>-A partir de juillet 2016 : exécution de la stratégie de communication jusque fin mai 2018 inclus</p> <p><u>Responsable :</u> Groupe de projet accès et complément aux données par le patient, SPF Santé publique</p> <p><u>Mesurer :</u> Le plan de communication existe et sera exécuté jusque fin 2018</p> <p><u>Explications :</u></p> <p>Le groupe de projet développe une stratégie de communication qui vise à informer les citoyens/patients sur l'accès en ligne à leurs données en matière de santé et d'autres fonctions utiles pour les patients en matière de partage de données. On cherche à établir un pont avec les initiatives du point d'action 11 'Communication et responsabilité' de la feuille de route.</p>
--	--

<p>De website www.patienconsent.be kan burgers op korte termijn reeds informeren over enkele initiatieven die vandaag al functies aanbieden voor online toegang tot gezondheidsgegevens. De FOD Volksgezondheid neemt hiervoor een initiatief in oktober 2015.</p>	<p>Le site web www.patientconsent.be peut déjà informer à court terme les citoyens sur quelques initiatives qui aujourd'hui offrent déjà des fonctions pour l'accès en ligne aux données en matière de santé. Le SPF Santé publique prend à cet effet une initiative en octobre 2015.</p>
<p>ACTIEPUNT 11: COMMUNICATIE</p>	<p>POINT D'ACTION 11 : COMMUNICATION</p>
<p>Het oorspronkelijke actiepunt voorzag in twee onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Een breed maatschappelijk debat betreffende de toegang tot de gegevens => Zie AP 19 - Governance 2. Een oproep tot een communicatiecampagne over de toegankelijkheid van data en het belang hiervan voor de patiënten. <p>AP 11.2. Een voortdurende inspanning rond communicatie</p> <p><u>Context:</u></p> <p>Er is een grote behoefte aan en vraag naar meer en vooral efficiënte communicatie rond de voordelen van het delen van patiëntengegevens en het gebruik van diverse e-gezondheidsdiensten, alsook rond de verantwoordelijkheden van elkeen in het proces.</p> <p>Die vraag leeft sterk bij de zorgverstrekkers, die in de vuurlijn staan om patiënten aan te moedigen maar zich te weinig communicatief ondersteund voelen.</p> <p>Een dergelijke communicatie zal aan volgende aspecten moeten voldoen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen eenmalige campagne maar bij wijze van spreken een constante 	<p>2 volets étaient prévus dans le point d'action initial :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un large débat de société sur l'accès aux données => Cfr PA 19 - Gouvernance 2. Un appel à une campagne de communication sur l'accessibilité des données et l'intérêt pour les patients. <p>PA 11.2. Des efforts permanents en matière de communication</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>Il est indispensable et aussi souhaitable de communiquer mieux et davantage sur les avantages du partage des données relatives aux patients et sur l'utilisation de divers systèmes de santé en ligne et sur les responsabilités de chacun dans le processus.</p> <p>Cette demande est très présente chez les dispensateurs de soins, qui sont en première ligne quand il s'agit d'encourager les patients mais qui se sentent trop peu soutenus en ce qui concerne la communication.</p> <p>Une telle communication devra remplir les conditions suivantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce ne doit pas être une campagne ponctuelle mais pour ainsi dire un

stroom van diverse initiatieven, via diverse kanalen, tot eind 2018.

- Van de overheid (bevoegde ministers) wordt zeker een inspanning verwacht (hoewel het onderwerp in de pers niet warm onthaald wordt), maar er is ook een enorm potentieel om de kanalen te gebruiken die de zorgverstrekkers zelf kunnen inzetten. De verschillende beslissingsniveaus moeten daarbij op een gecoördineerde manier worden betrokken, rekening houdende met de specifieke kenmerken van de gewesten en gemeenschappen.
- Er zijn al een aantal initiatieven geweest en een redactiecomité is actief binnen het eHealth-platform. Soms ontbreekt voldoende ruchtbaarheid of coördinatie om deze inspanningen volop te laten renderen.
- De bestaande kanalen en initiatieven (bv. van ziekenfondsen, ziekenhuizen, enz.) moeten zeker blijven bestaan. Meer informatie erover aan de zorgverstrekkers zou hen alvast een hart onder de riem steken.
- Men moet nieuwe, moderne communicatiekanalen inzetten en de toon mag een heel stuk speelser en interactiever zijn.
- De boodschap gaat niet over eHealth "an sich", maar over wat de patiënt erbij te winnen heeft wanneer hij zichzelf en zijn zorgverstrekkers aanspoort om zijn gegevens te delen en meer e-gezondheidsdiensten (bv. PHR, mHealth...) te gebruiken.
- Communiceren gebeurt best via het promoten van een concrete eGezondheidsdienst die een grote toegevoegde waarde heeft voor de patiënt of voor de zorgverleners, waarbij de bredere context en de voordelen van eGezondheid ook aan bod komen.

Wat:

Starten met een of enkele 'brainstorm' momenten waarbij vertegenwoordigers van een aantal stakeholders samen met hun eigen of externe communicatie-experten een jaarplan maken waarin diverse initiatieven, kanalen,

flux constant de divers projets menés via divers canaux jusque fin 2018.

- Des efforts sont certainement attendus des pouvoirs publics (ministres compétents) (même si le sujet n'a pas été accueilli favorablement dans la presse) mais les canaux que les dispensateurs de soins peuvent eux-mêmes créer ont un fort potentiel. Les différents niveaux de pouvoir doivent être impliqués de manière coordonnée, en respectant les spécificités des Régions et Communautés.
- Un certain nombre d'initiatives ont déjà été prises et un comité de rédaction travaille au sein de la plate-forme eHealth. Parfois ces efforts ne sont pas assez connus ou pas assez coordonnés pour être pleinement rentables.
- Les canaux et les projets existants (par exemple ceux des mutualités, des hôpitaux, etc.) doivent certainement subsister. Informer les dispensateurs de soins davantage à ce sujet leur mettrait déjà du baume au cœur.
- Il faut recourir à des canaux de communication modernes, nouveaux et le ton pourrait être un peu plus ludique et interactif.
- Le message ne concerne pas la santé en ligne "en tant que telle" mais ce que le patient peut gagner s'il accepte de partager les données le concernant et incite les dispensateurs de soins qui le suivent à le faire ainsi qu'à utiliser davantage les services de santé en ligne (par exemple le dossier médical personnel (PHR), la santé mobile,...).
- Cette communication devrait se faire de préférence dans le cadre de la promotion d'un service concret ayant une grande valeur ajoutée soit pour les professionnels soit pour les patients, en mettant en exergue le contexte et les avantages de l'e-Santé.

De quoi s'agit-il ?

Pour commencer, d'une ou plusieurs séances de 'brainstorming' au cours desquelles des représentants de certains acteurs et leurs propres experts en communication ou des experts externes établiront un plan annuel répertoriant

<p>boodschappen en betrokkenen worden opgelijst.</p> <p>Dat plan wordt (bv.) trimestrieel herzien en met een trimester verlengd, zodat alle betrokkenen een overzicht krijgen van diverse initiatieven door diverse groepen en via diverse kanalen.</p> <p>Het resultaat is meer en betere communicatie rond de issues die van belang zijn voor de patiënt, die een antwoord geeft op de vragen of de twijfels die nog bestaan (zie AP 11.1 hierboven).</p> <p><u>Wie:</u></p> <p>IKW & Projectmanager (lead) + eHealth-platform + FOD + RIZIV + beroepsorganisaties van zorgverstrekkers + patiëntenverenigingen en ziekenfondsen + gemeenschappen + communicatie-experten...</p> <p><u>Wanneer:</u></p> <p>Vanaf nu tot eind 2018: iteratief proces en stelselmatige communicatie.</p> <p><u>Meten:</u></p> <p>Onrechtstreeks: opleveren en actualiseren van jaarplan communicatie + output van de initiatieven.</p> <p>Rechtstreeks: meten / peilen van de parate kennis terzake bij het publiek en de zorgverstrekkers.</p>	<p>diverses initiatives, différents canaux, messages et les personnes concernées.</p> <p>Ce plan est revu trimestriellement (par exemple) et est prolongé d'un trimestre afin que tous les intéressés aient une vue d'ensemble des diverses initiatives prises par divers groupes et via divers canaux.</p> <p>Ceci permet de communiquer mieux et davantage sur les thèmes importants pour le patient et d'apporter une réponse aux questions ou aux doutes qui subsistent (voir PA 11.1. ci-dessus).</p> <p><u>Qui :</u></p> <p>Le groupe de travail intercabinets (lead) & chef de projet + la plate-forme eHealth + le SPF + l'INAMI + des organisations professionnelles de dispensateurs de soins + des associations de patients et des mutualités + les Communautés + des experts en Communication,...</p> <p><u>Quand :</u></p> <p>À partir de maintenant jusque fin 2018 : processus itératif et communication systématique</p> <p><u>Mesure :</u></p> <p>Indirectement : fournir et actualiser le plan annuel de communication + résultat des initiatives.</p> <p>Directement : mesurer / évaluer la connaissance en la matière qu'ont le public et les dispensateurs de soins.</p>
---	---

ACTIEPUNT 12 OPLEIDING EN ICT-ONDERSTEUNING VAN ZORGVERSTREKKERS

AP 12.1. eGezondheid opnemen in de opleiding

Wanneer : TBD door de deelstaten

Wie : SPFSPSCAE/DG2 (lead) + Gemeenschappen, FOD + wetenschappelijke verenigingen

Wat:

- Een vak 'e-gezondheid' in elke opleiding in de gezondheidszorg (artsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, enz.) met een nader te bepalen aantal uren /studiepunten.
- Opnemen van e-gezondheid in de **competentieprofielen** van de diverse zorgberoepen.
- In alle **accrediterings / navormingssystemen van zorgverstrekkers** is specifieke opleiding over het concrete gebruik van e-gezondheidsdiensten (EMD, enz.) een verplicht onderdeel

Reeds gerealiseerd:

- Aanpassing van de eerste opleiding: De brieven met aanvragen om advies aan de verschillende raden en het onderwerp zijn op de agenda van de verschillende raden gezet. De raden Huisartsgeneeskunde, Kinesitherapie en Verpleegkunde hebben over het algemeen gunstige officiële adviezen gekregen. De raad "vroedvrouwen" heeft zich niet over de inhoud uitgesproken (maar uitsluitend over de noodzaak van een telematicapremie zoals voor de andere sectoren).
- De verschillende raden hebben drafts van het competentieprofiel uitgewerkt, maar door het ontbreken van een duidelijk kader voor de inhoud die door sommige studierichtingen wordt voorgesteld, is het niet evident om snel te ageren wat dat

POINT D'ACTION 12 FORMATION ET SOUTIEN ICT DES DISPENSATEURS DE SOINS

PA 12.1. Inclure l'eSanté dans la formation

Calendrier : TBD par les entités fédérées

Qui : SPFSPSCAE/DG2 (lead) + Communautés, SPF + associations scientifiques professionnelles

Quid :

- Prévoir un module 'eSanté' dans chaque formation en soins de santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier, etc.) d'un nombre d'heures/de crédits à déterminer.
- Inclure l'eSanté dans les **profils de compétences** des différentes professions de soins.
- Pour tout système d'**accréditation/formation continue des dispensateurs de soins**, une formation continue sur l'utilisation concrète des services d'eSanté, (DPI, etc.) constitue une sous-partie obligatoire.

Déjà réalisé :

- Adaptation de la formation primaire : Les lettres de demandes d'avis aux différents conseils et le sujet a été inscrit à l'agenda des différents conseils. Des avis officiels-globalement favorables- ont été reçus pour les conseils médecine Générale, Kiné et infirmier. Le conseil « sage femmes » ne s'est pas prononcé sur le contenu (mais uniquement sur le besoin d'une prime télématique comme pour les autres secteurs).
- Des drafts de profil de compétence ont été élaborés par certains conseils mais l'absence d'encadrement clair du contenu proposé par ces différentes filières rend difficile une action rapide sur ce volet. Les profils de compétences sont néanmoins une bonne base de discussion pour chaque secteur et pourrait donner lieu à des

onderdeel betreft. De competentieprofielen vormen nochtans voor elke sector een goed uitgangspunt voor de besprekingen en kunnen in bepaalde studierichtingen tot doelgerichte acties leiden.

- In de huisartsgeneeskunde hebben alle universitaire departementen een principieel akkoord gesloten om een cursus "e-gezondheid" in het leerplan op te nemen.

Voorgestelde evoluties:

a. De competentieprofielen die door de verschillende raden zijn voorgesteld, zullen definitief worden uitgewerkt door een werkgroep die bestaat uit

vertegenwoordigers van de verschillende deelstaten die bevoegd zijn voor het uittekenen van het referentiekader van de professionele cursussen vóór eind 2016.

b. Teneinde alle betrokken doelgroepen te bereiken zal de toepassing van de procedure voor het behoud van de erkenning ter ondersteuning van de ICT-navorming als aanvulling of als alternatief voor de accreditering tegen december 2016 in een haalbaarheidsstudie worden onderzocht.

Metten:

- Goedgekeurde competentieprofielen

- Haalbaarheidsstudie : is de voorgestelde erkenning, door de IMC goedgekeurd, haalbaar ?.

AP 12.2. Initiatieven voor ICT-ondersteuning in de eerste lijn

Probleem:

Er worden in de gewesten en gemeenschappen uiteenlopende initiatieven voor de opleiding van gezondheidswerkers aangeboden. De toegang tot dergelijke opleidingen in Wallonië en Brussel is nog beperkt.

In Vlaanderen wordt de ondersteuning voor de diverse zorgberoepen in de eerste lijn gerealiseerd door éénlijn.be (zie activiteiten-overzicht in bijlage). Eénlijn.be biedt opleiding, maar ook ondersteuning bij problemen en faciliteert de

actions ciblées vers certaines filières.

- En Médecine Générale, un accord de principe entre tous les départements universitaires a été conclu pour insérer un cursus « e-santé » dans le curriculum.

Evolutions proposées :

a. Les profils de compétence proposés par les différents conseils seront finalisés au sein d'un groupe de travail associant les différentes entités fédérées compétentes pour la définition du cadre de référence des cursus professionnels avant la fin 2016.

b. De façon à couvrir l'ensemble des groupes cibles concernés, l'utilisation de la procédure de maintien de l'agrément pour soutenir la formation continue ICT en complément ou en alternative à l'accréditation fera l'objet d'une analyse de faisabilité pour décembre 2016.

Mesurer :

- Profils de compétence approuvés

- Etude de faisabilité : l'agrément proposé, approuvé en CIM, est-il réalisable ?

PA 12.2. Initiatives de soutien ICT en première ligne

Problème:

Différentes initiatives de formations des professionnels de la santé existent dans les Régions et Communautés. L'accès à ce type de formation en Wallonie et à Bruxelles est encore limité.

En Flandre, c'est éénlijn.be (cf. liste des activités en annexe) qui apporte le soutien aux différentes professions de soins en première ligne. Eénlijn.be offre la formation, mais également le soutien en cas de problèmes et facilite la collaboration entre

<p>samenwerking tussen alle partijen betrokken bij e-gezondheid.</p> <p>In Wallonië heeft alleen het FIP-project dat door de FOD Volksgezondheid wordt gefinancierd, een eerste initiatief ondersteund voor de opleiding van huisartsen in sommige specifieke Waalse regio's over de communicatie tussen de artsen, de huisartsenwachtposten en de andere zorgverstrekkers. In de opleidingsstrategie zijn sommige elementen overgenomen die door Eénlijn worden geïmplementeerd, namelijk: een inleidende e-gezondheidsmodule en vervolgens interactieve workshops voor de effectieve uitwisseling van Suhmers aan de hand van softwareprogramma's die door de huisartsen worden gebruikt.</p> <p>Kortom, het FAG-project is bedoeld om de communicatie tussen de artsen en de huisartsenwachtposten, de verwijzend artsen en de andere zorgverstrekkers te optimaliseren door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de systematische elektronische uitwisseling van standaardgegevens bij elk contact met de patiënt door een huisarts van wacht te bevorderen; - erop toe te zien dat die huisarts de essentiële informatie in het Sumehr (beknopt elektronisch gezondheidsdossier) raadpleegt, die door de verwijzend arts ter beschikking is gesteld; - de systematische update van het elektronisch patiëntendossier door de verwijzend arts en bijgevolg de eventuele update van het Sumehr te vergemakkelijken; - de organisatie van opleidingscycli over die transacties voor alle huisartsenkringen in te plannen. <p>Voor de Franstalige zorgverstrekkers die in Brussel of in Wallonië wonen, bestaat er geen enkel globaal en gecentraliseerd initiatief om hen over de beschikbare softwareondersteuning te informeren. Het is van essentieel belang om een website te creëren zodat men de verschillende zorgverstrekkers kan inlichten over de mogelijkheden om zich te informeren, een opleiding te volgen of om</p>	<p>toutes les parties associées à l'eSanté.</p> <p>En Wallonie, seul le projet FIP financé par le SPF SP a soutenu une première initiative de formation des médecins généralistes dans certaines régions ciblées de Wallonie autour de la communication entre les médecins, les postes médicaux de garde et les autres prestataires. La stratégie de formation reprend certains des éléments mis en place par Eénlijn, à savoir : module introductif esanté et ensuite ateliers interactifs permettant l'échange effectif de SUMEHR via les logiciels utilisés par les médecins généralistes.</p> <p>En résumé, le projet FAG a pour objectif d'optimiser la communication entre médecins et postes de gardes, médecins référent et autres prestataires en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulant l'échange électronique systématique de données standardisées lors de chaque contact avec le patient par un médecin de garde. - Encourageant la consultation par ce dernier des informations clés contenues dans le SUMEHR (Dossier santé résumé électronique) mis à disposition par le médecin référent. - Facilitant la mise à jour systématique du Dossier Patient Electronique par le médecin référent et en conséquence, la possible mise à jour du Sumehr. - Planifiant l'organisation de cycles de formation portant sur ces transactions pour l'ensemble des cercles de Médecine Générale. <p>Pour les prestataires de soins francophones habitant à Bruxelles ou en Wallonie, il n'existe aucune initiative globale et centralisée pour les informer sur le soutien informatique qu'ils peuvent recevoir. Il est primordial de créer un site internet dont l'objectif sera d'informer les différents prestataires de soins sur les possibilités de s'informer, de se former ou de demander une aide personnalisée. Les</p>
---	--

gepersonaliseerde hulp te vragen. De Nederlandstalige artsen die op zoek zijn naar informatie, wenden zich tot éénlijn.be, de Franstalige artsen die op zoek zijn naar informatie, weten momenteel niet waar ze voor die informatie terecht kunnen. Op die website zal de informatie worden bijeengebracht die in de punten 12.3 tot 12.6 van dit document wordt uiteengezet. De website zal uit 3 delen bestaan:

Algemene informatie over e-gezondheid: mogelijkheid om een evenement te creëren en lokalisatie van bestaande evenementen rekening houdende met de zorgverstrekkers (cf. hierna "Budget")

Opleiding rekening houdende met de software van de zorgverstrekkers: keuze tussen een autodidactische opleiding (FAQ en e-learning video) en/of het volgen van een opleiding tijdens hands-onsessies die met de softwareleveranciers worden georganiseerd. (cf. 12.3, 12.5, 12.6)

Als het probleem blijft aanhouden, moeten de zorgverstrekkers een telefonische helpdesk kunnen contacteren (cf. 12.4)

Er moet in de eerste plaats voorrang worden verleend aan de geleidelijke ontwikkeling van een structureel opleidingsaanbod en aan de identificatie van de actoren en middelen (directe opleiding, peer-to-peeropleiding, afstandsopleiding, enz.) die het best in staat zijn om dat aanbod te creëren en om de informatie toegankelijk te maken voor de gebruikers. De ondersteuning van het opleidingsaanbod die gepaard gaat met een algemene en verplichte implementatie van verschillende geïnformaliseerde processen moet de instellingen voor onderwijs en navorming ertoe aanzetten om hun programma's aan te passen, zelfs in de sectoren waar de competentieprofielen of erkenningscriteria van de gezondheidswerkers niet zijn aangepast.

Uit de eerste opleidingsexperimenten zijn **het belang en de doeltreffendheid van de peer-to-peeropleiding gebleken**. Er moet op een actieve manier een beroep worden gedaan op gemotiveerde en ervaren gezondheidswerkers, gebruikers van de verschillende beschikbare softwareprogramma's, als peer-to-peeropleiders door

néerlandophones en quête d'information se tournent vers éénlijn.be, actuellement les francophones en quête d'information ne savent pas où trouver cette information. Ce site internet rassemblera l'information développée dans les points 12.3 jusqu'à 12.6 du présent document. Il sera composé de 3 parties :

Information générales autour de l'e-santé : possibilité de création d'événement et localisation d'événements existants en fonction des prestataires (cfr ci-après : 'Budget')

Formation en fonction des logiciels de prestataires : choix entre se former seul (FAQ et e-learning vidéo) et/ou se former lors de sessions hands-on organisées avec les fournisseurs de logiciels. (cfr 12.3, 12.5, 12.6)

En cas de problème persistant, les prestataires de soins doivent pouvoir contacter un helpdesk téléphonique (cfr 12.4)

La priorité doit aller à la création progressive d'une offre de formation structurelle et à l'identification des acteurs et des outils (formation directe, par les pairs, téléformation etc..) les plus à même de la créer et rendre ses informations accessibles aux utilisateurs. Le soutien à l'offre de formations, doublé d'une implémentation généralisée et obligatoire de divers processus informatisés doit inciter les structures d'enseignement et de formations continues à adapter leurs programmes, même dans les secteurs où les profils de compétences ou critères de reconnaissance des professionnels ne sont pas adaptés.

Les premières expériences de formation mettent en avant **l'importance et l'efficacité de la formation par les pairs**. Il convient de faire appel de façon active aux professionnels de santé motivés et expérimentés, utilisateurs des différents logiciels disponibles, comme formateurs de leurs pairs en utilisant au maximum les

zo veel mogelijk gebruik te maken van bestaande lokale coördinatiestructuren (bijv.: LMN's)

Transversaal engagement van het beleid: elk nieuw project/elke nieuwe e-service dat/die wordt ontwikkeld, zal een verplichte opleidingsmodule moeten bevatten voor de zorgverstrekkers tot wie het/zij zich richt en waarnaar op de website wordt verwezen.

Wat na 2016 (in Vlaanderen)?

Het project éénlijn.be loopt af na drie jaar in november 2016. Z&G zal een tijdelijke verlenging voorzien vanaf 8 november 2016).

In het kader van de conferentie Eerste lijn van 2017 zal Vlaanderen onderzoeken hoe een structurele ondersteuning van de eerste lijn vorm kan krijgen.

AP 12.3. E-gezondheid en accreditering

Probleem:

E-Gezondheid moet een geïntegreerd onderdeel zijn van de accreditering. Deze integratie heeft de meeste kans op slagen in een context van grondig herdachte en beter op elkaar afgestemde accrediteringssystemen. De accrediteringssystemen die het RIZIV (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen) en het FAGG (apothekers) hebben ingevoerd zijn momenteel echter zeer divers. Dit bemoeilijkt een generieke benadering van integratie van e-Gezondheid, die door een hervorming van de accreditering kan worden gefaciliteerd. In het kader van deze hervorming kan tevens gestreefd worden naar een vermindering van de administratieve en logistieke belasting, dit voor de monodisciplinaire navorming en zeker voor gemengde (multidisciplinaire) sessies.

structures locales de coordination existantes (ex : RML) doit être privilégiée.

Engagement transversal qui relève de la gouvernance : chaque nouveau projet/e-service qui verra le jour devra obligatoirement intégrer un module de formation à destination des prestataires auxquels il est destiné et être référencé sur le site internet.

Quid après 2016 (en Flandre) ?

Le projet éénlijn.be prend fin après trois ans, soit en novembre 2016. Z&G prévoit une prolongation temporaire à partir du 8 novembre 2016). Dans le cadre de la conférence Première ligne, en 2017, la Flandre examinera comment on peut concrétiser un soutien structurel de la première ligne.

PA 12.3. eSanté et accréditation

Problème :

L'eSanté doit faire partie intégrante de l'accréditation. Pour avoir un maximum de chances de réussir, cette intégration doit s'inscrire dans un contexte de réflexion approfondie et de systèmes d'accréditation mieux alignés les uns par rapport aux autres. Les systèmes d'accréditation instaurés par l'INAMI (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier) et l'AFMPS (pharmaciens) sont cependant très diversifiés actuellement. Ce qui complique une approche générique de l'intégration de l'eSanté, qu'une réforme de l'accréditation pourrait faciliter. Dans le cadre de cette réforme, les efforts peuvent tendre également à baisser la charge administrative et logistiqu, pour la formation continue monodisciplinaire et certainement pour les sessions (multidisciplinaires) mixtes.

<p><u>Timing:</u></p> <p>Q4 2016 akkoord over aangepaste accrediteringssystemen</p> <p><u>Wie:</u></p> <p>RIZIV (lead) + de verantwoordelijken van de diverse administraties (van de accrediteringssystemen) en (minstens) de projectcoördinatoren van éénlijn.be en <i>gelijkaardige initiatieven</i>.</p> <p>Projectmanager: TBD</p> <p><u>Wat:</u></p> <p>Hervormen van de bestaande accrediteringssystemen, inclusief een nadrukkelijke plaats voor navorming inzake e-gezondheid:</p> <ol style="list-style-type: none"> In elke accreditering zou een minimumaantal punten verplicht moeten worden gehaald door het volgen van opleidingen inzake het gestructureerd / gecodeerd elektronisch registreren en delen van patiëntegegevens In het kader van deze hervorming zal gestreefd worden naar efficiëntere communicatiesystemen voor het registreren van effectieve deelnames en naar een zo ver mogelijk doorgedreven harmonisering of uniformisering van de erkenningsprocedures voor de informatie- en opleidingssessies, georganiseerd in de context van gezamenlijke, multidisciplinaire initiatieven (bv. éénlijn.be en/of gelijkaardige organisaties waarin de beroepscoepels participeren). Bijzondere aandacht voor een eenvoudig(er) systeem voor de erkenning en registratie van e-learning. <p><i>NB: het RIZIV plant een 'administratieve vereenvoudiging/hervorming' van alle accreditering systemen</i></p>	<p><u>Calendrier :</u></p> <p>Q4 2016 accord relatif aux systèmes d'accréditation adaptés</p> <p><u>Qui :</u></p> <p>INAMI (lead) + responsables des différentes administrations (des systèmes d'accréditation) et (au moins) les coordinateurs de projet de éénlijn.be et d'initiatives similaires.</p> <p>Manager de projet : TBD</p> <p><u>Quid :</u></p> <p>Réforme des systèmes d'accréditation existants, qui prévoit expressément une formation continue relative à l'eSanté :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dans chaque accréditation, un nombre de points minimum devrait obligatoirement être obtenu à travers la participation à des formations relatives à l'enregistrement et au partage électroniques des données de patients structurés / codés Dans le cadre de cette réforme, les efforts devront veiller à mettre sur pied des systèmes de communication plus efficaces pour enregistrer les participations effectives et à harmoniser ou uniformiser le plus possible les procédures de reconnaissance pour les sessions d'information et de formation organisées dans le contexte d'initiatives communes et multidisciplinaires (ex. éénlijn.be et/ou organisations comparables auxquelles participent les organisations de coordination professionnelles). Attention particulière pour un système simplifié de reconnaissance et d'enregistrement du e-learning. <p>NB : L'INAMI prévoit une simplification/réforme 'administrative' de tous les systèmes d'accréditation.</p>
--	---

<p><u>Meten:</u></p> <p>Bestaan van een akkoord over de aangepaste accrediteringssystemen</p> <p>Het verschil in tijd, nodig voor het laten erkennen van een sessie en het registreren in het systeem van de deelnemers substantieel verminderen.</p> <p>AP12.4. Coördinatie Helpdesken & Hulplijnen</p> <p><u>Probleem:</u></p> <p>Het eHealth Platform, zowat elke e-gezondheidsdienst, de meeste softwareleveranciers en ook éénlijn.be en commerciële partijen bieden een helpdesk aan. Dankzij het FIP-project werd langs Franstalige kant eveneens een technische helpdesk, in samenwerking met Medibridge, gecreëerd. Die helpdesk biedt de Franstalige huisartsen een echte passende ondersteuning tegen een redelijke prijs. De meeste oproepen hadden betrekking op een probleem bij het installeren van het e-Healthcertificaat. Momenteel bereikt de helpdesk echter slechts een beperkt aantal Franstalige huisartsen (ongeveer 250).</p> <p>Sommige helpdesken zijn specifiek gericht op de eindgebruikers, andere zijn niet bedoeld voor de zorgverstrekkers zelf. Zorgverstrekkers weten vaak niet bij wie ze terecht kunnen voor welk probleem.</p> <p>Bij gebrek aan onderlinge coördinatie, afspraken en uniforme communicatie komen gebruikers vaak niet meteen bij de juiste helpdesk terecht en/of worden ze van de ene naar de andere gezonden, zonder dat ze een snelle oplossing krijgen.</p> <p>Ook de softwareleveranciers en de e-gezondheidsdiensten zelf ondervinden hinder: doordat zij niet weten wat er bij de andere partijen gebeurt (welke problemen zich voordoen, of het gebruik stijgt of daalt, ...) vliegen zij blind.</p>	<p><u>Mesurer :</u></p> <p>Existence d'un accord relatif aux systèmes d'accréditation adaptés</p> <p>Réduire de façon substantielle l'écart de temps, nécessaire pour faire reconnaître une session et l'enregistrer dans le système des participants.</p> <p>PA 12.4. Coordonner les helpdesks et les lignes d'assistance</p> <p><u>Problème :</u></p> <p>La plate-forme eHealth, et pratiquement chaque service d'eSanté, la plupart des fournisseurs de logiciels et éénlijn.be et les parties commerciales proposent un helpdesk. Via le projet FIP, un helpdesk technique a également été mis en place, en collaboration avec Medibridge, du côté francophone. Ce helpdesk met à disposition une aide effectivement adaptée aux médecins généralistes francophone, pour un coût raisonnable. La majorité des appels étaient lié à un problème d'installation du certificat eHealth. Cependant, le helpdesk ne touche actuellement qu'un nombre limité de médecins généralistes francophone (env. 250).</p> <p>Certains helpdesks s'adressent spécifiquement aux utilisateurs finaux, d'autres ne sont pas destinés aux dispensateurs de soins mêmes. Les dispensateurs de soins, souvent, ignorent chez qui ils peuvent s'adresser lorsqu'ils rencontrent des problèmes.</p> <p>En l'absence de coordination, d'accords et de communication uniforme, les utilisateurs ne se retrouvent fréquemment pas tout de suite au bon helpdesk et/ou sont renvoyés de l'un à l'autre sans qu'une solution rapide ne leur soit apportée.</p> <p>Les fournisseurs de logiciels et les services d'eSanté rencontrent eux-mêmes des difficultés aussi : ignorant ce qui se passe chez les autres intervenants (quels problèmes surviennent, utilisation en baisse ou en hausse, etc.), ils procèdent à</p>
--	---

<p><u>Timing:</u></p> <p>Uiterlijk Q4 2015.</p> <p><u>Wie:</u></p> <p>eHealthPlatform (lead) + alle verantwoordelijken van de diverse helpdesks (Federaal, Regionaal, alle betrokken softwareleveranciers, enz.) samen met de verantwoordelijken van de administraties en overheid.</p> <p>(NB éénlijn.be heeft een eerste inventaris / 'adreslijst' aangelegd van alle betrokkenen).</p> <p>Projectmanager: TBD</p> <p><u>Wat?</u></p> <p>De partijen die ondersteuning geven aan de gebruikers van de e-gezondheidsdiensten beter doen samenwerken.</p> <p>a. Opstart: coördinatievergadering waarbij elke helpdesk zijn 'scope' en aanpak voorstelt en afspraken worden gemaakt over de taakverdeling / doorverwijzen en SLA's & KPI's. Dankzij die coördinatie zullen de gezondheidswerkers echt een beroep kunnen doen op telefonische ondersteuning <i>of – bij voorkeur ? – via mail</i>, die aan hun behoeften is aangepast, in hun moedertaal wordt aangeboden en ongeacht het gebruikte softwareprogramma.</p> <p>b. De projectmanager heeft maandelijks contact met de betrokken partijen om de afspraken op te volgen, problemen te detecteren, efficiëntie in de afgesproken processen te zoeken en cijfers rond gebruik te verzamelen en te ontsluiten.</p> <p>c. Ongeveer om de ± drie maanden dient deze groep (live of virtueel) de resultaten op te volgen en de afspraken bij te sturen.</p>	<p>l'aveugle.</p> <p><u>Calendrier :</u></p> <p>Au plus tard Q4 2015.</p> <p><u>Qui :</u></p> <p>Plate-forme eHealth (lead) + tous les responsables des différents helpdesks (au fédéral, au régional, fournisseurs de logiciels, etc.), en collaboration avec les responsables des administrations et des autorités.</p> <p>(NB : eenlijn.be a déjà réalisé un premier inventaire / liste d'adresses de toutes les personnes concernées.)</p> <p>Manager de projet : TBD</p> <p><u>Quid :</u></p> <p>Assurer une meilleure collaboration des parties qui donnent un soutien aux utilisateurs des services d'eSanté.</p> <p>a. Démarrage : réunion de coordination dans laquelle chaque helpdesk présente son 'scope' et son approche et au sein de laquelle des accords sont passés sur la répartition des tâches / le renvoi et les SLA et KPI. Cette coordination doit permettre que les professionnels de la santé dispose réellement d'un soutien téléphonique ou – de préférence ? – via mail, adapté à leur besoin, dans leur langue maternelle et quel que soit le logiciel utilisé.</p> <p>b. Chaque mois, le chef de projet a un contact avec les parties concernées pour suivre les accords, identifier les problèmes, chercher l'efficacité dans les processus convenus et collecter les chiffres sur l'utilisation et les déverrouiller.</p> <p>c. À peu près tous les trois mois, ce groupe (réel ou virtuel) doit suivre les résultats et corriger les accords.</p>
--	---

d. Jaarlijkse herziening van de financiering en de nodige bemanning, teneinde een goede SLA te bereiken.

Meten:

Totaal aantal tickets.

Gemiddelde tijd om de snelste 95% van de tickets af te werken.

Analyse van de overige 5% en opvolging.

(N.B.: Hier moeten we zoeken naar een andere indicator. De tijd om tickets af te werken en het aantal tickets geven geen idee van de samenwerking van de helpdesken of dat de zorgverstrekker goed geholpen is. Een afgesloten ticket is ook niet per definitie een opgelost probleem.

AP12.5. Oefenplatform

Probleem: Gebruikers moeten kunnen oefenen in een “digitale zandbak”, zodat ze haast spelenderwijze de diverse functies en diensten kunnen ontdekken, zonder dat fouten of onterechte registraties in de productieomgeving binnensluipen. Dat geldt zowel voor algemene opleidingsinitiatieven (universitaire opleidingen, navormingsinitiatieven, éénlijn.be...) als voor individuele gebruikers die voor en na zouden moeten kunnen leren en oefenen (al dan niet ondersteund door hun eigen softwareleverancier).

Timing:

Eerste pilootproject met Agentschap voor Zorg- en gezondheid in productie in 2016

In de periode 2016-2018 : haalbaarheidsstudie voor het maximale hergebruik van de use cases met de andere stakeholders (universitaire opleidingen + navormingsinitiatieven). Rekening houdend met het budget en de bevoegdheden,

d. Chaque année, revoir le financement et le cadre nécessaire afin de parvenir à un bon SLA.

Mesurer :

Nombre total de tickets.

Temps moyen pour clôturer les 95 % des tickets les plus rapides.

Analyse des 5 % restants et suivi.

(NB : il convient en l'occurrence de trouver un autre indicateur. Le temps nécessaire pour clôturer les tickets et le nombre de tickets ne donnent aucune idée de la collaboration des helpdesks ou si le dispensateur a ou non été bien aidé. Un ticket clôturé ne signifie pas non plus par définition qu'un problème a été résolu.

PA 12.5. Plate-forme d'exercice

Problème : Les utilisateurs doivent avoir la possibilité de s'exercer dans un « bac à sable numérique » qui leur permettra de découvrir de manière ludique les différentes fonctions et services, sans que n'apparaissent des erreurs ou des enregistrements erronés dans l'environnement de production. Cela est valable tant pour les initiatives de formation générales (formations universitaires, initiatives de formation complémentaire, éénlijn.be, etc.) que pour les utilisateurs individuels qui devraient pouvoir apprendre et s'exercer avant et après (assistés ou non par leur propre fournisseur de logiciel).

Calendrier :

premiers projets-pilotes avec l' Agentschap voor Zorg- en gezondheid, en production en 2016.

Au cours de la période 2016-2018 : étude de faisabilité portant sur la réutilisation maximale des use-cases avec les autres stakeholders (formations universitaires +

maximaal streven naar synergieën inzake opleiding

Wie:

eHealthPlatform (lead), betrokken administraties, *projectverantwoordelijken van de betrokken DTW (Diensten met Teogevoegde Waarde)*, vertegenwoordigers van de softwareleveranciers, de betrokken beroepscoepels, éénlijn.be (PraktijkCoach), iMinds,...

Projectmanager pilootproject: VAZG

Wat:

A/ Pilootproject VAZG:

- Via **een online leeromgeving** moet een zorgverstreker een antwoord kunnen vinden op veelgestelde vragen (FAQ), screenfilms bekijken, handleidingen over het gebruik van e-gezondheidsdiensten en presentaties kunnen raadplegen.

Daarnaast moet een zorgverstreker op termijn kunnen oefenen in een realistische setting van zijn softwarepakket of e-gezondheidsdienst, en dit zonder echte patiëntgegevens te gebruiken.

Opstellen van een aantal oefenscenario's door de beroepscoepels (= een beperkte reeks casussen waarin de diverse scenario's die courant voorkomen multidisciplinair kunnen geoefend worden).

Zo nodig dagelijks of regelmatig "het bord schoonvegen", zodat men opnieuw kan beginnen oefenen en waarbij elke zorgverstreker kan interageren met andere (virtuele) zorgverstrekkers en patiënten.

E-learningmodules aanbieden op het oefenplatform zodat zorgverstrekkers een bepaalde vaardigheid kunnen aanleren, oefenen en testen.

Trainingsomgevingen opzetten voor een basis set van e-gezondheidsdiensten, zodat het oefenplatform een waarheidsgetrouwe weergave is van hoe de zorgverstreker

initiatives de formation continue). Viser au maximum les synergies, tout en tenant compte des budgets et des compétences.

Qui :

Plate-forme eHealth (lead), administrations concernées, responsables de projets des SVA (services à valeur ajoutée) concernés, représentants des fournisseurs de logiciels, organisations couples concernées, éénlijn.be (PraktijkCoach), iMinds, etc.

Manager de projet projet-pilote : VAZG

Quid :

A/ Projet-pilote VAZG:

- Via **un environnement d'apprentissage en ligne**, le professionnel de soins doit pouvoir trouver une réponse aux questions fréquentes (FAQ), visualiser des films à l'écran, pouvoir consulter des manuels et présentations portant sur l'utilisation des services d'e-santé.

En outre, le professionnel de soins doit, à terme, pouvoir s'exercer en situation réaliste avec son propre logiciel ou service d'e-santé sans devoir utiliser de données patients réelles.

Mise en place d'une série de scénarios d'exercice par les organisations couples (série limitée de cas dans lesquels les différents scénarios qui surviennent fréquemment peuvent servir à des exercices multidisciplinaires).

Le cas échéant, « faire le nettoyage » tous les jours ou régulièrement, pour permettre au dispensateur de soins de recommencer l'exercice et d'interagir avec d'autres dispensateurs de soins (virtuels) et des patients.

Proposer des modules d'e-learning sur la plate-forme d'exercice pour permettre aux dispensateurs de soins d'apprendre, d'exercer et de tester une aptitude donnée.

Prévoir des environnements de formation pour un set de base de services d'eSanté, si bien que la plate-forme d'exercice soit un reflet fidèle de la façon dont le dispensateur de soins travaille effectivement (patients tests, lecture de l'eID,

<p>echt te werk gaat (testpatiënten, eID-lezing, eHealth-sessies opstarten, etc.)</p> <p>B/ In de periode 2016-2018 : haalbaarheidsstudie voor het maximale hergebruik van de use cases met de andere stakeholders (universitaire opleidingen + navormingsinitiatieven). Rekening houdend met het budget en de bevoegdheden, maximaal streven naar synergieën inzake opleiding.</p> <p><u>Meten:</u></p> <p>Beschikbaarheid (SLA / KPI) van het platform en de oefenscenario's.</p> <p>Gebruik door de diverse beroepsgroepen.</p> <p>Tevredenheid van de deelnemers.</p> <p>AP12.6. Gebruikersdagen</p> <p><u>Probleem:</u></p> <p><i>Er is een zeer grote behoefte aan transparantie, communicatie en betrokkenheid op het terrein. Vooral de diverse beroepskoopels en de softwareleveranciers hebben nood aan regelmatige momenten waarop ze de algemene en zeer concrete problemen kunnen bespreken met alle betrokkenen. Elkaar regelmatig ontmoeten zorgt voor een rechtstreekse 'barometer' voor de vooruitgang van de uitrol en de ondersteuning. De algemene planning, de uitrol van de projecten en het identificeren en oplossen van de knelpunten moeten centraal staan.</i></p> <p><i>Zowel de Ronde Tafel 2012 als de recente eerste "Onderdorpeldag éénlijn.be" op 18 maart 2015 bewezen dat veel mensen die met dezelfde dingen bezig zijn elkaar onvoldoende kennen en dus niet of onvoldoende kunnen samenwerken. De ervaring leert ook dat – mits een duidelijke en pragmatische aangepakte agenda en leiding – dergelijke bijeenkomsten geen "praatbarak", "klaagmuur" of tijdverlies zijn.</i></p>	<p>lancement des sessions d'eHealth, etc.)</p> <p>B/ Au cours de la période 2016-2018 : étude de faisabilité portant sur la réutilisation maximale des use-cases avec les autres stakeholders (formations universitaires + initiatives de formation continue). Viser au maximum les synergies, tout en tenant compte des budgets et des compétences.</p> <p><u>Mesurer :</u></p> <p>Disponibilité (SLA/KPI) de la plate-forme et des scénarios d'exercice.</p> <p>Utilisation par les différents groupes professionnels</p> <p>Satisfaction des participants.</p> <p>PA 12.6 Journées d'Utilisateurs</p> <p><u>Problème :</u></p> <p><i>Le besoin de transparence, de communication et d'implication sur le terrain est très élevé. Ce sont surtout les différentes organisations coupoles et les fournisseurs de logiciels qui ont besoin de se réunir à intervalles réguliers afin de pouvoir examiner les problèmes généraux et très concrets avec tous les intervenants concernés. Se réunir régulièrement offre un 'baromètre' direct pour se rendre compte comment le soutien se déploie et il évolue. Le planning général, le déploiement des projets et l'identification des difficultés ainsi que leur résolution doivent occuper un rôle clé.</i></p> <p><i>Tant la Table ronde 2012 que la première « Journée d'immersion éénlijn.be » organisée récemment - le 18 mars 2015 - ont démontré que de nombreuses personnes en charge des mêmes missions ne se connaissaient pas suffisamment et ne pouvaient donc pas collaborer de manière suffisante. L'expérience nous apprend également que ces réunions, pour autant qu'elles soient clairement dirigées et répondent à un ordre du jour pragmatique, ne se transforment pas en défouloirs ou</i></p>
---	---

<p><u>Timing:</u></p> <p>Ongeveer 3 x per jaar een “onderdompeldag”, hetzij “federaal”, hetzij “regionaal” (of afwisselend)</p> <p><u>Wie:</u></p> <p>Nationale Program manager of Regionale Projectmanager (lead) + alle betrokken stakeholdergroepen die een ‘<i>coalition of the willing</i>’ vormen: de overheid, de administraties, de gebruikers en de leveranciers. Criteria voor deelname:</p> <ul style="list-style-type: none"> - representativiteit en betrokkenheid van de groep die men vertegenwoordigt; - competentie en de wil tot actief deelnemen en ‘werken’; - engagement en bevoegdheid om afspraken effectief te doen uitvoeren door de achterban. <p>Projectmanager: de Program manager van het eHealth Actieplan</p> <p><u>Wat:</u></p> <p>Doelstellingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemen en oplossingen identificeren met een ruime mogelijkheid tot inspraak en advies. - Motivatie door meer rechtstreekse betrokkenheid van alle stakeholdergroepen. - Optimale samenwerking en coördinatie door een vlotte doorstroming van alle informatie. - (Helpen) opvolgen van de uitvoering van het Actieplan (feedback vanwege en naar de Program manager en de Projectmanagers) - Geen politieke, maar een daadwerkelijke, resultaatgerichte aanpak. <p><u>Metten:</u></p> <p>Output (communicatie en “to do’s”) van deze dagen.</p>	<p><i>en mur des lamentations, ou ne se résument à une perte de temps.</i></p> <p><u>Calendrier :</u></p> <p>Environ 3 x par an, une « journée d'immersion » « fédérale » ou « régionale » (ou bien en alternance).</p> <p><u>Qui :</u></p> <p>Manager de programme national ou Manager de projet régional (lead) + tous les groupes de stakeholders concernés qui constituent un ‘<i>coalition of the willing</i>’ : les autorités, les administrations, les utilisateurs et les fournisseurs. Critères de participation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - représentativité et implication du groupe que l'on représente ; - compétence et volonté de participer activement et de ‘travailler’ ; - engagement et pouvoir de confier effectivement la réalisation des accords à l'arrière-ban. <p>Manager de projet : Gestionnaire de programme du Plan d'action eHealth</p> <p><u>Quid :</u></p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les problèmes et les solutions en laissant une large possibilité de consultation et d'avis. - Motivation à travers une implication plus directe de tous les groupes de stakeholders. - Collaboration et coordination optimales à travers une communication fluide de toutes les informations. - (Aider à) suivre l'exécution du Plan d'action (feed-back de et vers le manager de projet et les managers de projet) - Pas d'approche politique, mais réaliste et orientée résultat. <p><u>Mesurer :</u></p> <p>Résultat (communication et « to do's ») de ces journées.</p>
---	---

<p>Mate waarin de “to do’s” effectief worden opgevolgd en uitgevoerd. Evaluatie van de bijeenkomsten door de deelnemers.</p>	<p>Mesure dans laquelle les « to do's » ont effectivement été suivis et réalisés. Évaluation des réunions par les participants.</p>
<p>BIJLAGE:</p>	<p>ANNEXE :</p>
<p>Huidige situatie in Vlaanderen</p> <p>1. éénlijn.be</p> <p>Eénlijn.be is een samenwerkingsverband van beroepsorganisaties en ICT-ondersteunende partners die het gebruik van de e-gezondheidsdiensten wil aanmoedigen, teneinde de samenwerking in de eerste lijn te bevorderen, wat zorgt voor een betere gezondheidszorg. Het project loopt van november 2013 tot november 2016 en wordt praktisch ondersteund en gefinancierd (3 x €1mio) door de Vlaamse overheid (Zorg en Gezondheid). Partners in het project zijn Domus Medica, het Vlaams Apothekers Netwerk, het Huis Voor Gezondheid, PraktijkCoach en HealthConnect. Het doel is samenwerking in de eerste lijn bevorderen door vlotte elektronische gegevensdeling aan te moedigen. Daarbij gaat extra aandacht naar de beschikbaarheid en de gebruiksvriendelijkheid van de diensten en de software.</p> <p>Het project omvat een luik “communicatie en marketing” en verder vier “sporen”. Elke huisarts, apotheker, verpleegkundige, tandarts, kinesitherapeut, lid van de gezinszorg (en binnenkort ook de resterende beroepen in de eerste lijn) kan kiezen uit de sporen naar believen; ook meerdere sporen kan, en in eender welke volgorde.</p> <p><u>Communicatie en Marketing</u></p> <p>Via een nieuwsbrief (±tweewekelijks), verspreid naar alle deelnemers en ook via de koepels, worden de gebruikers warm gemaakt voor het gebruik van de e-gezondheidsdiensten en voor deelname aan de sporen van éénlijn.be. Een</p>	<p>Situation actuelle en Flandre</p> <p>1. Éénlijn.be</p> <p>Eénlijn.be est un accord de collaboration d'organisations professionnelles et de partenaires de soutien ICT qui souhaite encourager l'utilisation des services d'eSanté, afin de promouvoir la collaboration en première ligne et ainsi assurer de meilleurs soins de santé. Le projet est en vigueur de novembre 2013 à novembre 2016 et est soutenu sur le plan pratique et financé (3 x 1 millions d'euros) par les autorités flamandes (Zorg en Gezondheid). Les partenaires du projet sont : Domus Medica, le Vlaams Apothekers Netwerk (réseau flamand de pharmaciens), la Huis Voor Gezondheid, PraktijkCoach et HealthConnect. L'objectif est de stimuler la collaboration en première ligne en encourageant un partage aisé des données par voie électronique. Pour ce faire, il importe de prêter une attention particulière à la disponibilité et au confort d'utilisation des services et du logiciel.</p> <p>Le projet comporte un volet « communication et marketing » et quatre « pistes ». Chaque médecin généraliste, pharmacien, praticien de l'art infirmier, dentiste, kinésithérapeute, membre de l'aide familiale (et prochainement les autres professions en première ligne) peuvent faire leur choix à partir des différentes Pistes. Il est aussi possible d'opter pour plusieurs Pistes, quel que soit l'ordre.</p> <p><u>Communication et Marketing</u></p> <p>Une lettre d'information (±bihebdomadaire), diffusée à tous les participants et également via les coupoles, permet de sensibiliser les utilisateurs à l'utilisation des services d'eSanté et à participer aux Pistes de éénlijn.be. Une mise à jour régulière</p>

regelmatige update en een permanente communicatie over de stand van zaken is een essentieel onderdeel van het *change management* dat we beogen.

Spoor 1: een e-gezondheid verkenningstocht

Een e-gezondheid verkenningstocht in multidisciplinaire en interactieve groepsessies rond levensechte casussen waarin een 18-tal e-gezondheidsdiensten en -functies worden toegelicht: wat je ermee kan doen, hoe ze werken, welke gegevens je ermee kan delen, enz. De bedoeling van deze sessies is inzicht te geven en (lokaal) af te stemmen wanneer je wat gaat gebruiken.

Tijdens het eerste werkingsjaar werden ongeveer 4.000 van de (geschatte) 10.000 huisartsen en apothekers bereikt. Momenteel wordt de doelgroep uitgebreid naar alle genoemde beroepsgroepen. Voor alle sporen samen werkt éénlijn.be met een dertigtal "ICT-ondersteuners": specifiek door het project opgeleide mensen (vaak ook zelf gebruikers) die de sessies en webinars begeleiden.

Spoor 2: e-gezondheid echt leren gebruiken

E-gezondheid echt leren gebruiken via (monodisciplinaire) groepsessies in je eigen softwarepakket, waarbij de gebruikers leren deze diensten effectief te gebruiken via een "hands-on" trainingsplatform. Momenteel zijn al een zestal softwarepakketten van huisartsen en apothekers opgeladen. Tegen einde 2015 zou dat aantal stijgen tot twaalf, voor zover deze voldoende e-gezondheidsdiensten effectief zullen hebben uitgerold. NB: Voor huisartsen zijn er vier verschillende sessies van spoor 2 voorzien.

Spoor 3: e-learning en webinars

Zelf leren via e-learning voor wie individueel e-gezondheid wil leren gebruiken of specifieke vragen heeft. Op het digitale platform van éénlijn.be vind je een antwoord op ruim 150 vragen en kan je de diverse e-gezondheidsdiensten en -functies leren gebruiken via ongeveer 120 screenfilms uit diverse pakketten.

et une communication permanente sur la façon dont les choses avancent est une partie essentielle du *change management* que nous visons.

Piste 1: un tour de reconnaissance eSanté

Un tour de reconnaissance eSanté dans des sessions de groupe et interactives multidisciplinaires sur les cas réels dans lesquelles environ 18 services d'eSanté et de fonction sont expliqués : ce qu'ils permettent de faire, comment ils fonctionnent, quelles données ils permettent de partager, etc. Ces sessions visent à donner des informations prêtes à être exécutées au niveau local au moment de l'utilisation.

Pendant la première année de fonctionnement, environ 4.000 des 10.000 médecins généralistes et pharmaciens (estimation) ont été atteints. Le groupe cible est actuellement élargi à tous les groupes professionnels cités. Pour toutes les pistes, Éénlijn.be travaille avec une trentaine de « responsables du soutien ICT » : spécifiquement par les personnes formées par le projet (souvent des utilisateurs eux-mêmes) qui accompagnent les sessions et les webinaires.

Piste 2 : Apprendre réellement à utiliser eSanté

Apprendre réellement à utiliser l'eSanté via des sessions de groupe (monodisciplinaires) dans son propre programme, les utilisateurs apprenant à utiliser effectivement ces services via une plate-forme de formation « hands-on ». Actuellement, six programmes de médecins généralistes et de pharmaciens ont déjà été chargés. Pour fin 2015, ce chiffre pourrait grimper à 12 pour autant que ces services d'eSanté aient suffisamment été déployés. NB : quatre sessions différentes de la Piste 2 sont prévues pour les médecins généralistes.

Piste 3 : e-learning et webinaires

L'auto-apprentissage via le e-learning pour toute personne désireuse d'apprendre l'eSanté à titre individuel ou qui est confrontée à des questions spécifiques. La plate-forme numérique d'Éénlijn.be apporte une réponse à près de 150 questions et permet d'apprendre à utiliser les différents services et fonctions d'eSanté via près

Onlangs is het ook mogelijk zich inschrijven om een webinar in zijn eigen programma (thuis) te volgen: een PC/laptop met geluid en een goede internetverbinding volstaan om te kunnen deelnemen. Een webinar duurt ongeveer 1 uur.

Spoor 4: de éénlijn.be hulplijn

De éénlijn.be-hulplijn voor al je vragen of problemen betreffende de éénlijn.be-diensten of bij het gebruik van e- gezondheidsdiensten en -functies. Per telefoon of via e-mail staan ervaren ondersteuners klaar om te helpen. Soms betekent dat dat men doorverwijst naar de helpdesk van het softwarehuis; soms stelt men voor om een spoor 1- of spoor 2-sessie te volgen (als dat nodig blijkt te zijn); soms verwijst men naar de juiste e-learningmodule; soms moeten problemen worden doorgegeven aan de betrokken e- gezondheidsdienst; soms betreft het suggesties ter verbetering om het gebruik van de software of diensten vlotter te laten lopen...

2. HAIO-opleiding

De diverse HAIO-opleidingen mikken op het systematisch en volledig gebruik van goed gestructureerde elektronische patiëntendossiers en het gebruik van EBM-ondersteuning en het delen van gegevens. Daarmee zorgen ze niet alleen voor een instroom van huisartsen die deze zaken als 'normaal' beschouwen. Ze gebruiken de HAIO's ook om de huisartsen die hen begeleiden in de praktijk mee te krijgen in deze richting. De KUL geeft hun bv. een specifieke opdracht om het softwarepakket van de stagebegeleider helemaal klaar te maken en deze laatste ook te helpen het systematisch te gaan gebruiken.

Deze benadering zou veralgemeend moeten worden in alle opleidingen van

de 120 screenfilms extraits des différents programmes.

Depuis peu, il est également possible de s'inscrire pour suivre un webinaire dans son propre programme (au domicile) : un PC/laptop doté d'une carte son et d'une bonne connexion internet suffisent pour pouvoir participer. Un webinaire dure environ une heure.

Piste 4 : la ligne d'assistance Éénlijn.be

La ligne d'assistance d'Éénlijn.be est un point de contact pour toutes les questions ou problèmes relatifs aux services d'Éénlijn.be ou dans le cadre de l'utilisation des services et fonctions d'eSanté. Des personnes expérimentées sont prêtes à apporter une aide par téléphone ou par e-mail. Parfois, cela signifie qu'on renvoie au helpdesk de la firme de logiciel ; parfois, on propose de suivre une session de Piste 1 ou de Piste 2 (si cela s'avère nécessaire) ; parfois, on renvoie au bon module d'e-learning ; parfois, les problèmes doivent être transmis au service d'eSanté concerné; parfois, ce seront des suggestions visant à améliorer, faciliter l'utilisation du logiciel ou des services, etc.

2. Formation MGFP

Les différentes formations MGFP visent l'utilisation systématique et complète de dossiers patients électroniques bien structurés et l'utilisation du soutien EBM ainsi que le partage des données. Ce qui permet de ne pas simplement veiller au flux des médecins généralistes qui considèrent ces points comme 'normaux'. Elles utilisent également les MGFP pour amener également dans cette voie les médecins généralistes qui les accompagnent dans la pratique. La KUL leur confie par exemple une mission spécifique qui est de préparer entièrement le programme de l'accompagnateur de stage et l'aider également à l'utiliser systématiquement.

Cette approche devrait être généralisée dans l'ensemble des formations des

<p>zorgverstrekkers.</p> <p>Huidige situatie in Wallonië</p> <p>Samenvatting</p> <p>Het FIP-project is bedoeld om in de kringen die lid zijn van het FAG en die aan een huisartsenwachtdienst deelnemen, de geïnformatiseerde communicatie van de gezondheidsgegevens van een patiënt tussen zijn huisarts, GMD-beheerder, en de huisartsenwachtdienst waar die patiënt voor zijn tenlasteneming naartoe kan worden gebracht (bilaterale communicatie), te verbeteren. Het project is in februari 2014 opgestart en werd tot 31 maart 2015 voortgezet.</p> <p>Inleiding</p> <p>Sinds kort worden de Belgische huisartsenwachtdiensten op een andere manier georganiseerd. Op het grondgebied dat door het FAG wordt gedekt, stelt men aldus vast dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - meer dan 66 % van het Waals grondgebied en 100 % van het Brussels grondgebied door een huisartsenwachtpost wordt gedekt. - 1733 het uniek nummer is voor de dispatching van de oproepen op het grondgebied van de provincie Luxemburg, in de arrondissementen van Dinant en van Namen en in de regio van Bergen en van het Centrum. <p>De meeste wachtposten beschikken over een softwareprogramma voor het beheer van hun patiëntenbestand dat dicht bij de kenmerken van een gelabeld eGMD aanleunt. Dat is het geval in de zones die kandidaat zijn voor het FIP 2014.</p> <p>De tenlasteneming van een patiënt die verzorging tijdens het weekend vraagt, gebeurde vroeger in meer dan 80 % van de gevallen in de vorm van een huisbezoek en in 20 % van de gevallen in de vorm van een raadpleging in de praktijkkamer. De</p>	<p>dispensateurs de soins.</p> <p>Situation actuelle en Wallonie</p> <p>Résumé</p> <p>Le projet FIP vise, au sein de cercles membres du FAG et participant à un poste de garde (PMG) à améliorer la communication par voie télématique de données de santé d'un patient entre son Médecin généraliste, gestionnaire de son DMG et le PMG où ce patient peut être amené à être pris en charge (communication bilatérale). Le projet a été mis en place en février 2014 et a été poursuivi jusqu'au 31 mars 2015.</p> <p>Introduction</p> <p>Une nouvelle organisation de la garde en médecine générale se met en place en Belgique depuis peu. On constate ainsi que sur le territoire couvert par le FAG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus de 66% du territoire wallon est couvert par un poste de garde de médecine générale et 100% du territoire bruxellois. - Le 1733, numéro unique permettant le tri des appels est opérationnel sur le territoire de la province de Luxembourg, sur l'arrondissement de Dinant, de Namur et dans la région de Mons et du Centre. <p>Les postes de garde disposent dans leur majorité d'un logiciel de gestion de patientèle aux caractéristiques proches d'un DMIG labélisé. C'est le cas dans les zones candidates à FIP 2014.</p> <p>La prise en charge d'un patient en demande de soins durant le WE se faisait antérieurement dans une proportion de plus de 80% en visite à domicile pour 20% en consultation au cabinet. L'instauration de PMG bouleverse ce paradigme, et ce</p>
---	---

<p>invoering van de huisartsenwachtposten heeft dat paradigma omgekeerd en nu wordt ongeveer 80 % van de aanvragen om verzorging tijdens het weekend in de huisartsenwachtposten ten laste genomen.</p> <p>De combinatie van die factoren maakt dat veel meer patiënten die tijdens het weekend verzorging nodig hebben, worden ten laste genomen door artsen die beschikken over een (gelabeld) professioneel softwareprogramma dat op RSW is aangesloten.</p> <p>Het is dus relevant om van die situatie gebruik te maken om de kwaliteit te verbeteren van de tenlasteneming die de patiënt tijdens het weekend nodig heeft, in het bijzonder door de communicatie tussen de behandelend arts van de patiënt en de huisarts van wacht/wachtpost te verbeteren.</p> <p>Opdrachten</p> <p>De communicatie tussen de artsen en de wachtposten, de verwijzend artsen en andere zorgverstrekkers optimaliseren door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het bevorderen van de systematische elektronische uitwisseling van standaardgegevens bij elk patiëntencontact door een huisarts van wacht; - die arts ertoe aansporen om de essentiële informatie in het Sumehr (Beknopt elektronisch gezondheidsdossier), dat door de verwijzend arts ter beschikking is gesteld, te raadplegen; - de systematische update van het elektronisch patiëntendossier door de verwijzend arts en bijgevolg de eventuele update van het Sumehr te vergemakkelijken. - voor alle huisartsenkringen de organisatie van opleidingscycli over die transacties in te plannen. <p>Omschrijving van het project.</p> <p>"Het FIP-project is bedoeld om in de kringen die lid zijn van het FAG en deelnemen</p>	<p>sont près de 80% des demandes de soins le WE qui sont prises en charge dans les PMG.</p> <p>La combinaison de ces facteurs fait qu'un beaucoup plus grand nombre de patients en demande de soins le WE sont pris en charge par des médecins disposant d'un logiciel métier (labélisé) connecté au RSW.</p> <p>Il est dès lors pertinent de tirer parti de cette situation pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient en demande de soins le WE, particulièrement en améliorant la communication entre le médecin traitant du patient et le médecin de garde/le PMG.</p> <p>Missions</p> <p>Optimaliser la communication entre Médecins et Postes de garde, médecins référents et autres prestataires en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulant l'échange électronique systématique de données standardisées lors de chaque contact avec le patient par un médecin de garde. - Encourageant la consultation par ce dernier des informations clés contenues dans le SUMEHR (Dossier santé résumé électronique) mis à disposition par le médecin référent. - Facilitant la mise à jour systématique du Dossier Patient Electronique par le médecin référent et en conséquence, la possible mise à jour du Sumehr. - Planifiant l'organisation de cycles de formation portant sur ces transactions pour l'ensemble des cercles de Médecine Générale. <p>Description du projet</p> <p>« Le projet FIP vise, au sein de cercles membres du FAG et participant à un poste de garde (PMG) à améliorer la communication par voie télématique de données de santé d'un patient entre son médecin généraliste , gestionnaire de son DMG et le</p>
--	---

aan een wachtpost (PMG), de communicatie van de gezondheidsgegevens van een patiënt tussen zijn huisarts, beheerder van zijn GMD, en de huisartsenwachtpost waar die patiënt voor de tenlasteneming naartoe kan worden gebracht, via telematica te verbeteren." Bilaterale communicatie

De doelstellingen van het FIP-project:

- In zijn praktijkkamer moet de huisarts het eGMD van een patiënt adequaat kunnen beheren, regelmatig kunnen updaten en de creatie en de terbeschikkingstelling van een Sumehr op InterMed mogelijk maken.
- In de huisartsenwachtpost moet de huisarts van wacht de professionele software van de huisartsenwachtpost kunnen gebruiken om op InterMed (RSW) het Sumehr van de patiënt die hij ten laste neemt, te kunnen raadplegen en om vervolgens, na afloop van de raadpleging, een elektronisch verslag van de tenlasteneming aan de huisarts van de patiënt te bezorgen.
- In de praktijkkamer van de huisarts van de patiënt die in een wachtdienst werd onderzocht, moet die huisarts het verslag van de huisartsenwachtpost in zijn gelabeld softwareprogramma kunnen opnemen en eventueel wijzigingen in het patiëntendossier en in het Sumehr kunnen aanbrengen.

Het project start op 1.1.2014 en loopt af op 31.12.2014. De gegevensverzameling en de analyse van de resultaten zullen in de loop van het 1e trimester 2015 worden voortgezet.

Huidige situatie in Brussel

In 2014 en 2015 zijn er op persoonlijk initiatief algemene-informatiesessies en opleidingssessies per softwareprogramma georganiseerd.

PMG où ce patient peut être amené à être pris en charge. Communication bilatérale»

Les buts poursuivis du projet FIP :

- Dans son cabinet, donner la capacité au médecin généraliste d'un patient de gérer adéquatement son DMIg pour en réaliser la mise à jour régulière et permettre la création et la mise à disposition d'un Sumehr sur InterMed.
- Au PMG, donner la capacité au médecin d'astreinte de manipuler le logiciel métier du PMG pour être capable de consulter sur InterMed (RSW) le Sumehr du patient qu'il prend en charge, puis, consultation faite, d'envoyer par voie télématique un rapport de prise en charge au médecin de famille du patient.
- Au cabinet du médecin de famille du patient vu en garde, donner la capacité au praticien d'intégrer automatiquement dans son logiciel labélisé le rapport issu du PMG, et d'effectuer, si besoin, les modifications dans le dossier du patient et dans le Sumehr.

Le projet débute le 1/1/2014 et prend fin le 31/12/2014. La récolte de données et l'analyse des résultats seront poursuivies dans le courant du 1er trimestre 2015.

Situation actuelle à Bruxelles

Des sessions d'information générale et de formation par logiciel ont été organisées en 2014-2015 sur des initiatives personnelles.

ACTIEPUNT 13A: REALISATIE VAN EEN NATIONAAL TERMINOLOGIEBELEID

VOORWOORD

In de eerste versie van de roadmap e-gezondheid stond het volgende :

*“Om interoperabiliteit tussen de gegevens binnen de gezondheidssector te garanderen, wordt er een medische referentiethesaurus gecreëerd die voornamelijk ontwikkeld is op basis van de **SNOMED CT** terminologie”.*

Maar niet iedereen is reeds overtuigd van de voordelen die de implementatie van SNOMED CT biedt. Inhoudelijk lijkt het ons daarom zinvol dat artsen en andere zorgbeoefenaars die nu andere, 'behoorlijke' coderingen gebruiken nog een tijdlang die kunnen blijven gebruiken, voor zover die intern in hun systeem en zeker voor communicatie naar buiten, via conversietabellen kunnen worden omgezet in SNOMED CT.

Het zal altijd een lastige overgang worden, maar de houding van de deelnemers aan de consolidatie sessie om te stellen dat wie nu goed bezig is nog een tijdje verder kan werken, maar dat alle nieuwe ontwikkelingen steeds SNOMED based moeten zijn, lijkt ons een goed principe...

SITUERING

Een goed uitgewerkt terminologiebeleid, als onderdeel van het invoeren van veralgemeende standaarden in de e-gezondheid, moet leiden tot een betere communicatie tussen de verschillende zorgactoren en een verhoging van de kwaliteit van de zorg, door o.a. het mogelijk maken van beslissingsondersteuning en alerts. Daarnaast biedt het ook mogelijkheden voor de vermindering van de

POINT D'ACTION 13A : REALISATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE TERMINOLOGIE

AVANT-PROPOS

Dans la première version de la feuille de route eSanté, on pouvait lire ceci :

*« Afin de garantir l'interopérabilité entre les données dans le secteur de la santé, il est créé un thésaurus de référence médical conçu principalement à partir de la terminologie **SNOMED CT** ».*

Mais tout le monde n'est pas convaincu dès à présent par les avantages que présente l'implémentation de SNOMED CT. Il nous semble dès lors pertinent d'un point de vue intrinsèque que les médecins et d'autres praticiens qui utilisent aujourd'hui d'autres systèmes d'encodage 'corrects' puissent continuer encore à le faire pendant un certain temps, pour autant qu'ils puissent être convertis dans leur système - et certainement pour la communication extérieure - en SNOMED CT via des tables de conversion.

Ce sera toujours une transition difficile, mais entendre affirmer les participants à la séance de consolidation que celui qui est bien occupé puisse continuer un certain temps et considérer que tous les nouveaux développements doivent s'appuyer sur SNOMED nous semble être un bon principe.

CONTEXTE

Une politique de terminologie bien conçue, comme élément d'introduction de normes généralisées en eSanté, doit mener à une meilleure communication entre les divers acteurs des soins de santé et à une augmentation de la qualité des soins, notamment en permettant un soutien à la décision et des alerts. En outre, cela offre également des possibilités d'abaissement de la charge administrative à travers

<p>administratieve last door het verantwoord afleiden van informatie voor secondary use.</p> <p>Door gebruik te maken van een gestructureerd Elektronisch Patiënten Dossier (EPD actiepunt 2) verbetert de communicatie en verhoogt de beschikbaarheid van informatie. Maar als de klinische informatie daarenboven wordt opgeslagen op een manier die <i>“betekenisvolle”</i> opslag en extractie toelaat, nemen de voordelen sterk toe. SNOMED CT biedt deze mogelijkheid omdat de concepten gedefinieerd zijn op een manier die door een computer kan geïnterpreteerd worden.</p> <p>Als informatie op deze manier wordt opgeslagen kan ze niet alleen gebruikt worden voor de behandeling van een individuele patiënt maar ook ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid voor de hele populatie.</p> <p>Zonder bijkomende registratielast kan men informatie voor secondary use zoals facturatie, kwaliteitscontrole, wetenschappelijk onderzoek en beleidsinformatie afleiden. We verwijzen hier dan ook naar de actiepunten rond administratieve vereenvoudiging (actiepunt 15) en de harmonisering van de registers (actiepunt 18).</p> <p>SNOMED CT bevat termen voor alle domeinen van de gezondheidszorg. We zouden ons dus in principe tot één systeem kunnen beperken. Maar er moet ook respect zijn voor de specifieke classificatiesystemen die momenteel in verschillende subdisciplines (i.c. ICPC-2, ATC en ICF voor de huisartsgeneeskunde) gebruikt worden.</p> <p>Indien men opteert voor een multi-terminologie dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen het werken met classificaties en terminologieën. Daarbij wordt vaak de verkeerde redenering gemaakt dat elke classificatie kan gebruikt worden om de zorg aan de patiënt te documenteren. Dit is een verkeerd uitgangspunt en kan de patiënten veiligheid in het gevaar brengen. Het doel en het gebruik van elk systeem dient duidelijk geïdentificeerd worden. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen de rijkheid van zich uit te drukken in vrije tekst en de nood aan</p>	<p>la déduction justifiée des informations pour un usage secondaire.</p> <p>L’utilisation d’un dossier patients informatisé (DPI, point d’action 2) améliore la communication et augmente la disponibilité des informations.</p> <p>Si, en plus, les informations cliniques sont stockées de façon à permettre un stockage et une extraction <i>« intelligents »</i>, les avantages se multiplient fortement. La SNOMED-CT offre cette possibilité parce que les concepts ont été définis de telle manière qu’un ordinateur peut les interpréter.</p> <p>Si les informations sont stockées de cette manière, elles peuvent être utilisées non seulement pour le traitement d’un patient individuel mais également en vue de soutenir la politique de la santé pour la population entière.</p> <p>Sans charge d’enregistrement supplémentaire, il est possible de déduire des informations pour un usage secondaire, comme la facturation, le contrôle de la qualité, la recherche scientifique et les informations stratégiques. Nous renvoyons ici vers les points d’action concernant la simplification administrative (point d’action 15) et l’harmonisation des registres (point d’action 18).</p> <p>La SNOMED-CT contient des termes pour tous les domaines des soins de santé. Nous devrions donc pouvoir nous limiter à un seul système. Mais il convient aussi de tenir compte des systèmes de classification spécifiques utilisés actuellement dans différentes sous-disciplines (ICPC-2, ATC et ICF pour la médecine générale).</p> <p>Si une multi-terminologie est la piste choisie, il faut distinguer le travail par classifications et les terminologies. Souvent, on pense à tort que chaque classification peut être utilisée pour documenter les soins au patient. C’est un mauvais point de départ qui risque de mettre à mal la sécurité des patients. Il faut clairement identifier le but et l’utilisation de chacun des systèmes. Il faut chercher un équilibre entre la richesse de l’expression dans un texte libre et le besoin de <i>« normalisation des informations »</i> pour l’échange de données et la réutilisation des informations, notamment le soutien aux décisions, la vigilance aux allergies, le contrôle des doses, etc.</p>
--	---

<p>“normalisatie van de informatie” voor gegevensuitwisseling en (her)gebruik van informatie, inclusief beslissingsondersteuning, allergiebewaking, dosiscontrole, enz.</p> <p>De granulariteit van de informatie is een belangrijk aspect. Deze neemt toe (meer detail) als de specialisatie toeneemt. Het moet bijvoorbeeld voor een arts-specialist steeds mogelijk blijven zijn diagnoses en handelingen op voldoende gedetailleerd wijze te noteren en daarnaast dient er een mapping/aggregatie voorzien te worden voor uitwisseling met andere zorgverstrekkers. SNOMED CT voldoet aan deze eisen.</p> <p>Bestaande systemen aanpassen aan een nieuwe thesaurus vraagt veel tijd en engagement en een hoge kwaliteit van de ondersteuning van de eindgebruiker. Verschillende use cases hebben verschillende noden. Internationale standaarden, mappings en samenwerking op dit vlak primeren.</p> <p>Voor het onderhoud van de gekozen standaarden, de mappings, de vertalingen enz, is het absoluut noodzakelijk te kunnen beschikken over goede tools. Zonder een degelijke software ondersteuning is dit onbegonnen werk.</p> <p>Voor de geleidelijke implementatie zouden we kunnen opteren om te vertrekken van een koppeling naar de bestaande thesaurus voor de verschillende subdisciplines. Dit heeft het voordeel dat de aansluiting tussen het verleden en de toekomst kan verzekerd worden. De zorg voor legacy conversion is van groot belang</p> <p>Naast de voorbereidende en ondersteunende projecten kan er gewerkt worden met specifieke use cases.</p> <p>Concrete, realistische projecten samen met softwareleveranciers tonen enerzijds de voordelen van standaardisering aan en anderzijds wordt ervaring opgedaan met de technologie en terminologie.</p> <p>Het begint allemaal met de registratie: die moet gestructureerd gebeuren. M.a.w. opleiding, motivatie en gebruiksvriendelijke en performante eindgebruikerssoftware zijn cruciaal om het gebruik van om het even welke standaard te doen lukken. Daarom is het van het grootste belang dat de</p>	<p>La granularité des informations est un aspect important. Elle augmente (plus de détails) à mesure que la spécialisation augmente. Ainsi, il doit toujours être possible par exemple pour un médecin spécialiste de continuer à noter ses diagnostics et ses actes de façon suffisamment détaillée. En même temps, il faut prévoir un mapping/une agrégation pour l'échange avec d'autres dispensateurs de soins. SNOMED CT remplit ces exigences.</p> <p>Adapter les systèmes existants à un nouveau thésaurus demande beaucoup de temps et d'engagement ainsi qu'une haute qualité de soutien pour l'utilisateur final. Différents use cases connaissent différents besoins. Les normes internationales, les mappings et la collaboration l'emportent sur ce plan.</p> <p>Pour l'entretien des normes choisies, des mappings, des traductions, etc., il est indispensable de pouvoir disposer de bons outils. Sans logiciels de soutien corrects, la tâche est insurmontable.</p> <p>Concernant l'implémentation progressive, nous pourrions opter pour travailler à partir d'une liaison vers le thésaurus existant pour les différentes sous-disciplines. Cela offre l'avantage de garantir le lien entre le passé et l'avenir. Le souci de conversion des données héritées est primordial.</p> <p>En plus des projets préparatoires et de soutien, on peut travailler avec des use cases spécifiques.</p> <p>Des projets concrets, réalistes avec des fournisseurs de logiciels démontrent d'une part les avantages d'une normalisation et permettent d'autre part d'acquérir de l'expérience avec la technologie et la terminologie.</p> <p>Tout commence par l'enregistrement, qui doit se faire de manière structurée. Autrement dit, la formation, la motivation et des logiciels faciles d'emploi et performants pour les usagers finaux sont essentiels à la réussite de toute norme. Pour cette raison, il est de la plus grande importance que les différents secteurs de soins soient étroitement associés à la préparation et au déroulement progressif des</p>
---	--

verschillende zorgsectoren nauw betrokken worden bij de voorbereiding en geleidelijke uitrol van de standaarden, ieder met hun eigen noden en verwachtingen.

Algemeen kunnen we stellen dat zowel een goede voorbereiding, begeleiding, wetgeving als communicatie naar de zorgactoren en de industrie toe, dienen bij te dragen tot de hoofddoelstelling namelijk **“het betekenisvol uitwisselen van gegevens tussen zorgactoren”**.

ACTIEPUNTEN

Deze nota vormt samen met de “Samenvatting Terminologiebeleid AS IS”, “SNOMED Inleiding” en “Use cases Terminologiebeleid (Nota + powerpoint)” één geheel.

AP13A.1 Ontwikkelen en uitvoeren van een incrementeel ontwikkelingsplan, afgestemd op de verschillende gebruikers.

In 2014 werd reeds gestart met het werken met use cases.

De methodologie wordt beschreven in de bijlage “Use cases terminologie beleid (Nota + powerpoint)”.

De focus ligt op een dynamisch en behoeftegestuurd use case model waarin het Terminologie Centrum een faciliterende, coördinerende en proactieve rol aanneemt.

normes, chacun avec ses propres besoins et attentes.

De manière générale, nous pouvons dire qu’une préparation, un accompagnement, une législation corrects ainsi qu’une information vers les acteurs des soins de santé et l’industrie doivent contribuer à l’objectif principal, à savoir « l’échange précieux **de données entre les acteurs des soins de santé** ».

POINTS D’ACTION

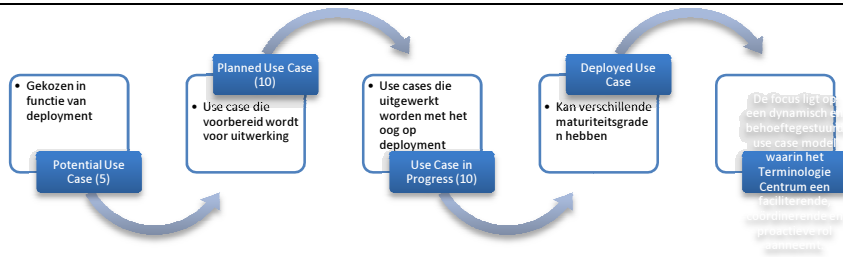
La présente note constitue avec les documents « Résumé Politique de terminologie AS IS », « Introduction à SNOMED » et « Use cases Politique de terminologie (note + présentation PowerPoint) » un ensemble complet.

PA13A.1 Dresser et réaliser un plan de développement incrémentiel réglé en fonction des différents utilisateurs

En 2014, on a commencé par les use cases.

La méthodologie est décrite dans l’annexe « Use cases Politique de terminologie (note + présentation PowerPoint) ».

L’accent repose sur un modèle use cases dynamique et axé sur les besoins, dans lequel le Centre de terminologie joue un rôle de facilitation, de coordination et proactif.



Het use-case model moet een **zeker niveau van activiteit** aanhouden, er moet een constante input en output zijn. Voorlopig was de activiteitsgraad als volgt arbitrair vastgelegd: steeds dienen er

- 5 potentiële use cases in de flow zitten
- 10 planned use cases in de flow zitten
- 10 use cases in progress in de flow zitten

Probleem:

Dit activiteitsniveau wordt op dit moment niet gehaald.

Wat:

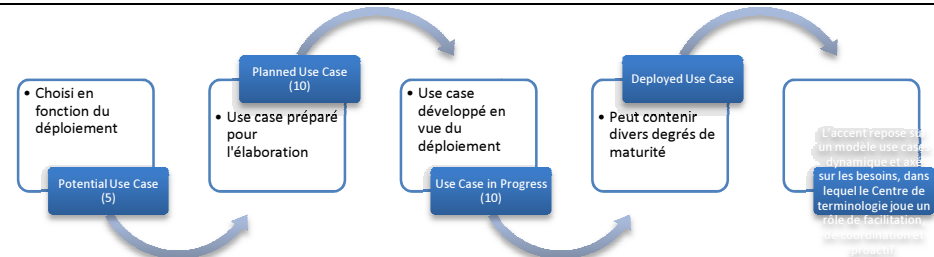
Globaal plan opstellen en proactief onderzoek gaan naar goede use cases. De reeds gestarte use case tot een eindresultaat laten komen met (indien positief bevonden) uitrollen naar de rest van de sector.

Timing:

Op kruissnelheid tegen eind 2015. Tussentijdse resultaten van de eerste use cases tonen op infodag van 25 september 2015.

Wie:

Terminologie centrum / Projectleider Terminologie en Standaarden. Projectenleiders van de verschillende use cases.



Le modèle use case doit maintenir un **certain niveau d'activité** ; l'input et l'output doivent y être constants. Provisoirement, le taux d'activité a été fixé arbitrairement comme suit : il doit toujours y avoir

- 5 use cases potentiels dans le flux
- 10 use cases « planned » dans le flux
- 10 use cases « in progress » dans le flux

Problème

Ce niveau d'activité n'est pas atteint en ce moment.

De quoi s'agit-il ?

Dresser un plan global et chercher de manière proactive de bons use cases. Mener les use cases déjà entamés à un résultat final et (en cas de résultat positif) les étendre au reste du secteur.

Calendrier

Vitesse de croisière pour fin 2015. Montrer les résultats intermédiaires des premiers use cases lors de la journée d'information du 25 septembre 2015.

Qui

Centre de terminologie / Chef de projet Terminologie et Normes. Chefs de projet des différents use cases.

<p>Meten:</p> <p>Aantal use case in de verschillende stadia (Potential, planned, in progress, deployed)</p> <p>Voorbeelden van use cases => zijn eigenlijk actiepunten op zich:</p> <ul style="list-style-type: none"> De volgende usecase (in progress) werden reeds in 2014 door de FOD opgestart <u>binnen het EPD van ziekenhuizen</u> en zullen een stand van zaken presenteren op het eerste Belgische SNOMED CT congres op 25 september 2015 : <ul style="list-style-type: none"> Volledig traject van gegevens invoer tot mapping van SNOMED-CT naar ICD-10-CM in de <u>nephrologie</u> (Erasme) Volledig traject van gegevens invoer tot mapping van SNOMED-CT naar ICD-10-CM en ICD-10-PCS in <u>gastro-enterologie</u> (ZNA) Selectie van <u>Nursing-codes</u> en volledig traject van gegevens invoer tot mapping SNOMED CT naar VG-MZG (UZ-Leuven) Er werd ook gestart (in progress/planned) met het <u>mappen van waardenlijsten</u> uit andere registraties naar SNOMED CT : <ul style="list-style-type: none"> Lijsten binnen UREG/SMUREG (timing eind 2015) Lijsten binnen de Registers WIV / Healthdata.be(zie actiepunt 18) en de klinische bouwstenen Codes binnen KMEHR en SUMEHR (timing 2016 ?) Codes in de aanvragen en resultaten van labo, medische beeldvorming, kiné enz Codes van de gestructureerde ontslagbrief (zie actiepunt 2 EPD) Andere voorbeelden (potential) binnen de <u>verpleegkunde</u>: <ul style="list-style-type: none"> Binnen Recip-e Snomed CT-codes gebruiken in het elektronisch voorschrift van de verpleegkundige zorgen/handelingen die vergoed worden via de RZIV-nomenclatuur. Homologatiecriteria verpleegkundige software: in het Patient Migration Format Snomed-codes gebruiken voor het meedelen/communiceren/uitwisselen 	<p>Mesure</p> <p>Le nombre de use cases aux différents stades (potential, planned, in progress, deployed)</p> <p>Exemples de use cases => sont en fait des points d'action en soi</p> <ul style="list-style-type: none"> Les prochains use cases (in progress) ont déjà été commencés par le SPF <u>en 2014 dans le DPI des hôpitaux</u>, qui présentera un état de la question au premier Congrès SNOMED-CT belge le 25 septembre 2015. <ul style="list-style-type: none"> Trajet complet de l'introduction des données jusqu'au mapping de la SNOMED-CT vers l'ICD-10-CM en <u>néphrologie</u> (Érasme). Trajet complet de l'introduction des données jusqu'au mapping de la SNOMED-CT vers l'ICD-10-CM et l'ICD-10-PCS en <u>gastro-entérologie</u> (ZNA). Sélection des <u>Codes de nursing</u> et trajet complet de l'introduction des données jusqu'au mapping SNOMED-CT vers SP-RHM (UZ Leuven). On a également commencé (in progress / planned) le mapping des <u>listes de valeurs d'autres registres</u> vers la SNOMED-CT : <ul style="list-style-type: none"> Listes dans UREG / SMUREG (calendrier : fin 2015) Listes dans les Registres ISP / Healthdata.be (cf. point d'action 18) et les éléments de construction cliniques. Codes dans KMEHR et SUMEHR (calendrier : 2016 ?) Codes dans les demandes et résultats de laboratoire, imagerie médicale, kinésithérapie, etc. Codes des lettres de sortie structurées (cf. point d'action 2 DPI) Autres exemples (potential) dans l'art infirmier : <ul style="list-style-type: none"> Dans Recip-e, des codes SNOMED-CT seront utilisés dans la prescription informatique des soins / actes infirmiers qui sont remboursés au moyen de la nomenclature INAMI. Critères d'homologation logiciels infirmiers : dans le Patient Migration Format, des codes SNOMED sont utilisés pour diffuser / communiquer / échanger les soins / actes infirmiers qui sont remboursés par le biais de la nomenclature
--	---

van de verpleegkundige zorgen/handelingen die vergoed worden via de RZIV-nomenclatuur.

- Toevoeging van SNOMED CT codes aan bestaande EBM initiatieven: EBMPracticeNetDecision support (EBMeDS)
- Hieronder enkele use cases waarvoor de huisartsgeneeskunde wil instaan :
Voor het gebruik van decision support (EBMeDS) worden verschillende klinische vignettes uitgewerkt op basis van de Domus Medica gezondheidsgids. Aan de hand van deze klinische vignettes worden de huidige coderingen beoordeeld en aanvullende coderingen geanalyseerd.
Voor 100 (van de 1000) richtlijnen op de website van EBMPracticeNet wordt de koppeling met relevante ICPC-2, ICD-10, Mesh en SNOMED-CT codes voorzien via de gekoppelde metadata. Hiermee kunnen deze richtlijnen gekoppeld worden aan het EMD gebruik makend van de Evidence-linker. Een tijd- en middelenbelasting wordt hieruit berekend om de volledige bibliotheek te voorzien van de relevante codes.
Een vergelijkende studie van de SNOMED-CT GP refset met de huidige 3BT thesaurus wordt gemaakt. Aan de hand van klinische vignettes registreren huisartsen de relevante concepten. Een analyse van de registratie zal kunnen aantonen welke gegevens nog ontbreken en kunnen dienen om de GP refset verder aan te vullen.
Aan de hand van gegevens uit de Intego databank (aangevuld met andere relevante registers uit de huisartsgeneeskunde) worden de relevante concepten geïdentificeerd met belang voor huisartsgeneeskunde. Deze concepten worden gemapt naar de relevante terminologieën en classificaties.
Voor huisartsgeneeskunde kan een use-case worden gepland waarbij de bestaande registraties (Intego, wachtdiensten, ...) gebruikt worden om de belangrijkste concepten relevant voor de huisartsgeneeskunde worden geïdentificeerd. Hiermee kan men dan de mapping naar IBUI, ICPC-2, ICD-10, SNOMED-CT voorbereiden.
- Op het moment dat de GP refset gevalideerd is, moet ook gekeken worden om aan elk concept een leken term als synoniem toe te voegen. Dit om het

INAMI.

- Ajout de codes SNOMED-CT aux initiatives EBM existantes : EBMPracticeNetDecision support (EBMeDS).
- Quelques use cases que la médecine générale veut prendre en charge :
Pour utiliser le decision support (EBMeDS), différentes vignettes cliniques sont élaborées sur la base du guide de santé de Domus Medica. Ces vignettes cliniques servent à évaluer les encodages actuels et à analyser des encodages complémentaires.
Pour 100 (des 1000) directives publiées sur le site web de EBMPracticeNet, les métadonnées liées prévoient la liaison avec des codes ICPC-2, ICD-10, Mesh et SNOMED-CT pertinents. Cela permet de lier ces directives au DMI en utilisant l'Evidence-linker. Une charge de temps et de moyens est calculée à partir de là pour pourvoir l'ensemble de la bibliothèque des codes pertinents.
Une étude comparative du refset SNOMED-CT GP est réalisée avec le thésaurus 3BT actuel. À partir des vignettes cliniques, les médecins généralistes enregistrent les concepts pertinents. Une analyse de l'enregistrement pourra démontrer quelles données sont encore manquantes et peuvent servir à compléter le refset GP.
Les données extraites de la base de données Intego (complétées par d'autres registres pertinents de la médecine générale) permettent d'identifier les concepts pertinents ayant un intérêt pour la médecine générale. Un mapping de ces concepts est réalisé au niveau des terminologies et classifications pertinentes.
Pour la médecine générale, un use-case peut être planifié dans lequel les enregistrements existants (Intego, services de garde, etc.) servent à identifier les concepts les plus importants, intéressants pour la médecine générale. Cela permet de préparer le mapping vers IBUI, ICPC-2, ICD-10 et SNOMED-CT.
- Au moment où le GP refset est validé, il faut également veiller à ajouter à chaque concept un terme profane comme synonyme. Cela doit permettre l'utilisation vers le Patient Health Record (PHR). Cela doit également être

gebruik naar het Patient Health Record (PHR) mogelijk te maken. Dit dient eveneens met geïnteresseerde patiënten getest te worden

- Uittesten van een evolutiepad voor de bestaande IBUI (ICD-10 & ICPC-2 combinaties). Deze thesaurus is het meest gebruikte structurerende gegeven in de huisartsengeneeskunde in België op dit moment. Het lijkt ons aangewezen om dit te kaderen binnen de toekomstige mogelijkheden met SNOMED.
- Use case die multidisciplinair kunnen uitgerold worden “geneesmiddelengebonden problemen” is een goede kandidaat. , BCFI, Farmaka

AP13A.2 Actiepunten om de betrokkenheid te verhogen: Communicatie en opleiding

A. Probleem:

Er bestaan nog heel wat misverstaande over wat SNOMED CT is, wat er de voordelen van zijn en hoe het moet geïmplementeerd worden.

Wat:

Er dient veel meer gecommuniceerd te worden en hiervoor kunnen verschillende kanalen gebruikt worden.

Wie/timing:

Het terminologie centrum kan instaan voor :

Jaarlijks een Belgische SNOMED congres organiseren : eerste op 25 september 2015.

Up to date houden van website terminologiecentrum (continue)

Basisopleidingen (e-learning) van IHTSDO aanbieden (eind 2015) en promoten, eventueel vertalen naar Nederlands en Frans.

Ter beschikking stellen van handleidingen, indien nodig in Nederlands en Frans. (vb SNOMED CT Starters Guide tegen eind 2015)

testé avec les patients intéressés.

- Phase de test d'un trajet d'évolution pour les IBUI existants (combinaisons ICD-10 & ICPC-2). Ce thésaurus est la donnée structurante la plus utilisée en médecine générale en Belgique à l'heure actuelle. Il nous semble indiqué de le visualiser dans le cadre des perspectives futures de SNOMED.
- Use cases qui peuvent être étendus de manière multidisciplinaire Les « problèmes liés aux médicaments » sont un bon candidat. , CBIP, Farmaka

PA13A.2 Points d'action pour accroître l'engagement : communication et formation

A. Problème

Nombre de malentendus planent encore sur ce qu'est SNOMED CT, quels en sont les avantages et comment il doit être implémenté.

De quoi s'agit-il ?

Il faut renforcer beaucoup plus la communication. Pour ce faire, il est possible d'utiliser différents canaux.

Quid/Quand

Le centre de terminologie peut :

Organiser annuellement un congrès SNOMED belge, le premier congrès le 25 septembre 2015 ;

Tenir à jour le site web du centre de terminologie (en continu) ;

Offrir des formations de base (e-learning) de l'IHTSDO (fin 2015) et en assurer la promotion, éventuellement la traduction vers le néerlandais et le français.

Mettre à disposition des manuels, le cas échéant, en néerlandais et en français (ex. SNOMED-CT Starters Guide pour la fin 2015).

De verschillende sectoren aanzetten om mee te doen in de SIGs "special interests groups" van SNOMED CT. (is nu reeds het geval voor tandartsen, verpleegkunde en huisartsen).

De e-learning initiatieven en de handleidingen van ihtsdo zijn ook voor de softwareleveranciers zeer nuttig

Meten:

- Aantal deelnemers aan infodagen/opleidingen.
- Aantal uitgereikte SNOMED CT licenties.
- Het aantal personen die een IHTSDO e-learning opleiding genoten hebben : SNOMED CT Foundation Course / Implementation Course.
- Het aantal personen die betrokken zijn in een SIG of advisory group
- Toenemend gebruik van SNOMED CT
- Minder vragen naar het waarom en meer naar het hoe implementeren.

B. Probleem:

Standaarden en terminologiebeleid hebben maar zin als zorgverstrekkers gestructureerd registreren in hun dossiers. Hiervoor moeten we:

'gestructureerd registreren, standaarden & terminologie' opnemen in de opleiding van de zorgverstrekkers (zowel aan de universiteiten & hogescholen als nadien tijdens hun loopbaan)
de softwareleveranciers aansporen om hun pakketten zodanig gebruiksvriendelijk te maken dat registreren sowieso gestructureerd verloopt, zonder extra moeite, tijd of kennis (nu al starten, niet wachten tot de thesaurus a is!)

Wie/Wat:

Encourager les différents secteurs à participer aux special interest groups (SIG) de SNOMED-CT (c'est déjà le cas pour les dentistes, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes).

Les initiatives d'e-learning et les manuels d'ihstso sont également très utiles aux fournisseurs de logiciels.

Mesure

- Le nombre de participants aux journées d'information/aux formations ;
- Le nombre de licences SNOMED-CT délivrées ;
- Le nombre de personnes qui ont bénéficié d'une formation e-learning IHTSDO ; SNOMED-CT Foundation Course / Implementation Course ;
- Le nombre de personnes associées à un SIG ou un advisory group ;
- L'utilisation croissante de SNOMED CT ;
- Moins de questions sur le pourquoi et davantage sur la façon d'implémenter.

B. Problème

Les normes et la politique en matière de terminologie n'ont un sens que si les dispensateurs de soins effectuent des enregistrements structurés dans leurs dossiers. À cet effet, nous devons :

Intégrer « enregistrer de manière structurée, normes & terminologie » dans la formation des dispensateurs de soins (tant dans les universités et les écoles supérieures que, plus tard, tout au long de leur carrière) ;
Inciter les fournisseurs de logiciels à rendre leurs progiciels d'un emploi assez facile pour que l'enregistrement se fasse de manière structurée dans tous les cas, sans peine, sans perte de temps, sans avoir de connaissances particulières (commencer maintenant, ne pas attendre le thésaurus !)

Qui/Quoi

éénlijn.be

Bij éénlijn.be is de sessie over gestructureerd registreren de meest gevraagde opleiding (sessie 2.1: Goed registreren om beter te communiceren in uw EMD-pakket). Al meer dan 700 huisartsen volgden deze opleiding tussen JUN14 en MRT15. Door deze sessies zien we ook dat het verschil tussen de pakketten té groot is voor wat betreft het gestructureerd registreren.

Terminologie zou bv. een onderwerp kunnen zijn voor een “onderdorpeldag”, gestructureerd registreren is nu al een prioriteit in de Spoor 2 opleidingen, etc. We moeten in elk geval vermijden dat het werk “high level” gebeurt en onvoldoende doorsijpelt naar het terrein.

Voor de ziekenhuizen

een programma uitwerken in overleg met Zorgnet/Icuro en de koepels in FR België

Voor de software leverancier

Er dient ook een meer technische opleiding voorzien te worden

Andere mogelijke initiatieven

Stakeholdersplatform(en) creëren
organiseren van opleidingen (RIZIV e-learning, Domus LOK pakketten, ...)

Metten:

- Aantal deelnemers aan infodagen, opleidingen.
- Aantal software pakketten die een gesofisticeerde user interface aanbieden die gebruiksvriendelijk en performante input van informatie mogelijk maakt
- Aantal subdisciplines met een eigen actieplan voor semantische interoperabiliteit
- Het aantal personen die betrokken zijn in een terminologische werkgroep

AP13A.3 Ondersteunende / Voorbereidende werken om een uitrol van

éénlijn.be

Sur éénlijn.be, la session sur l'enregistrement structuré est la formation la plus demandée (session 2.1. Bien enregistrer pour mieux communiquer dans votre progiciel DMI). Plus de 700 médecins généralistes ont déjà suivi cette formation entre juin 2014 et mars 2015. Grâce à ces sessions, nous voyons aussi que la différence entre les progiciels est trop importante en ce qui concerne l'enregistrement structuré.

La terminologie pourrait par exemple être un sujet pour une « journée d'immersion » ; l'enregistrement structuré est d'ores et déjà une priorité dans les formations Piste 2, etc. Dans chaque cas, nous devons éviter que le travail se fasse à un high level et ne soit pas assez pratiqué sur le terrain.

Pour les hôpitaux

Mettre au point un programme en concertation avec avec Zorgnet / Icuro et les coupoles en Belgique francophone.

Pour les fournisseurs de logiciels

Il faut également prévoir une formation plus technique.

Autres initiatives possibles

Créer une ou des plate(s)-forme(s) de stakeholders
Organiser des formations (e-learning INAMI, paquets Domus GLEM, etc.)

Mesure

- Le nombre de participants aux journées d'information, aux formations ;
- Le nombre de progiciels offrant une interface utilisateur sophistiquée qui permette un apport d'informations confortable et performant ;
- Le nombre de sous-disciplines disposant d'un propre plan d'action pour une interopérabilité sémantique ;
- Le nombre de personnes associées à un groupe de travail terminologique.

PA13A.3 Travail de soutien/préparatoire en vue de rendre possible une extension

standaardtaal mogelijk te maken	de la langue normée
<p>Probleem:</p> <p>Op dit ogenblik is er nog niet volledig voldaan aan de randvoorwaarden om tot een vlotte uitrol te kunnen overgaan. Naast de bewustwording, de wil, de inspanning zijn er ook nog een aantal technische voorwaarden. Hiervoor zijn middelen nodig en de timing zal dan ook afhangen van het beschikbaar personeel en budget.</p> <p>Wie:</p> <p>De prioriteiten dienen bepaald te worden in samenspraak met de sector.</p> <p>Opstarten van werkgroepen <u>per beroepsgroep</u> om algemene prioriteiten te vertalen naar meer gedetailleerde prioriteiten – timing q4 2015</p> <p>Minstens een werkgroep huisartsgeneeskunde, verpleegkunde, kinesitherapie, apotheek, ziekenhuizen.</p> <p>Oprichten van een bijkomende <u>multidisciplinaire</u> werkgroep die de afstemming van de beroepsgroepen begeleidt en bewaakt</p> <p>Ook de softwareleveranciers moeten bij dit proces betrokken worden</p> <p>De uitvoering gebeurt onder coördinatie van het terminologie centrum, de projectleider voor terminologie en standaardisatie. Voor wat de verplichtingen aan IHTSDO betreft zal dit gebeuren door het NRC(Natioanaal Release Centrum).</p> <p>Voor de inhoudelijke taken zijn de domeinspecialisten onontbeerlijk. Zij zullen ook bepalen wat de granulariteit zal zijn van de specifieke subset die o.a. Zullen vertaald worden. Subsets kunnen een goede start zijn en de gebruiksvriendelijkheid ondersteunen, maar mogen geen beperking zijn.</p> <p>Wat:</p>	<p>Problème</p> <p>Actuellement, les conditions préliminaires n’ont pas encore été tout à fait remplies pour pouvoir procéder à une extension rapide. Outre la prise de conscience, la volonté, l’effort, il reste encore une série de conditions techniques à remplir. Pour ce faire, des moyens sont nécessaires. Dès lors, le calendrier dépendra du personnel et du budget disponibles.</p> <p>Qui</p> <p>Les priorités doivent être définies en collaboration avec le secteur.</p> <p>Lancer les groupes de travail par groupe professionnel afin de traduire les priorités générales en priorités détaillées – calendrier : 4e trimestre 2015.</p> <p>Au moins un groupe de travail médecine générale, art infirmier, kinésithérapie, pharmacie, hôpitaux</p> <p>Créer un groupe de travail multidisciplinaire supplémentaire qui accompagne et surveille l’harmonisation des groupes professionnels</p> <p>Les fournisseurs de logiciels doivent également être associés à ce processus.</p> <p>La réalisation est effectuée sous la coordination du centre de terminologie, du chef de projet pour la terminologie et la normalisation. En ce qui concerne les obligations à IHTSDO, c'est le NRC (Nationaal Release Centrum) qui s'en chargera.</p> <p>Pour les tâches de fond, les spécialistes de domaine sont indispensables. Ils détermineront aussi quelle sera la granularité des subsets spécifiques qui seront traduits entre autres. Les subsets peuvent être un bon point de départ et soutiendront la facilité d’emploi mais ils ne peuvent pas constituer une limitation.</p> <p>De quoi s'agit-il ?</p>

<p>a. Opleiden van terminologen en domeinspecialisten</p> <p>b. Vertalen</p> <p>c. Mappen</p> <p>d. Aanschaffen van een managementstool (software)</p> <p>e. Opzetten van een distributieserver</p> <p>f. User-interface</p> <p>a. Opleiden van terminologen en experts</p> <p>⇒ Samenstellen van een <u>multidisciplinair team</u> bestaande uit terminologen, linguïsten, computerlinguïsten en domeinspecialisten, in de eerste plaats mensen die met taal en informatica bezig zijn en een goede kennis hebben van de internationale referenteterminologieën. (in het bijzonder van SNOMED en de reeds gebruikte coderingen en terminologieën).</p> <p>Timing: Reeds starten in 2015 en afhankelijk van toegekende middelen zou men tot een basisteam moeten kunnen komen in Q2 2016 voor de verschillende (inter)nationale terminologieën en classificaties. (SNOMED CT én andere standaarden).</p> <p>⇒ In een tweede fase opleiden van zorgactoren(domeinspecialisten) die in de praktijk gaan testen en zullen betrokken zijn bij het uitdragen van informatiestandaarden bij de eindgebruikers.</p> <p>Timing: hierbij dient een onderscheid maken tussen zorgactoren die gaan testen (reeds starten in 2015) en die gaan uitdragen.</p> <p>b. Vertalen</p> <p>⇒ Om een vlugge doorstart te realiseren zal <u>een testversie</u> (Technology preview(1)) gemaakt worden van een Belgische release die de reeds bestaande vertalingen bevat, met de kwaliteit zoals die nu is. Deze versie mag NOOIT in klinische settings gebruikt worden. Het is de bedoeling dat diegene die meewerken aan de use cases al zouden kunnen werken met de definitieve formaten waarin de gevalideerde vertalingen zullen ter beschikking gesteld worden.</p>	<p>a. Former des terminologues et des spécialistes de domaine</p> <p>b. Traduire</p> <p>c. Faire le mapping</p> <p>d. Acquérir un outil de management (logiciel)</p> <p>e. Installer un serveur de distribution</p> <p>f. User interface</p> <p>a. Former des terminologues et des experts</p> <p>⇒ Constituer une équipe <u>multidisciplinaire composée</u> de terminologues, de linguistes, de linguistes en informatique et de spécialistes de domaine, en premier lieu des personnes qui s'occupent de langue et d'informatique et qui ont une bonne connaissance des terminologies de référence internationales. en particulier de SNOMED-CT ainsi que les codifications et terminologies déjà utilisées)</p> <p>Quand ? Commencer déjà en 2015 et, en fonction des moyens octroyés, une équipe de base pourrait arriver au 2^e trimestre 2016, pour les différentes terminologies et classifications (inter)nationales. (SNOMED CT et autres normes).</p> <p>⇒ Dans une deuxième phase, former des acteurs de soins de santé (spécialistes de domaine) qui vont tester dans la pratique et seront associés à la diffusion des normes d'information auprès des utilisateurs finaux.</p> <p>Quand ? En l'occurrence, il convient de faire une distinction entre les acteurs des soins de santé qui vont tester (commencer déjà en 2015) et ceux qui vont diffuser.</p> <p>b. Traduire</p> <p>⇒ Pour démarrer rapidement, une version de <u>test</u> (Technology preview) sera tirée d'une release belge contenant les traductions existantes, avec leur qualité actuelle. Cette version ne pourra JAMAIS être utilisée dans des milieux cliniques. Le but poursuivi est que ceux qui collaborent aux use cases puissent déjà travailler avec les formats définitifs dans lesquels les traductions validées seront mises à disposition.</p>
--	--

<p>Timing:</p> <p>Tegen 1 augustus 2015 is er een Technology Preview (1) beschikbaar van de Simple RefSet (SubSet) van <u>medische diagnoses en procedures</u> in het formaat van een Belgische extensie</p> <p>(1) These files are Technology Previews they may be withdrawn or revised prior to formal release. Technology Previews MUST NOT be used as a definitive version in clinical records or other operational systems. They are only for testing and review.</p> <p>Tegen 1 augustus 2015 is er een Technology Preview beschikbaar van de Language Refset (<u>vertaalde voorkeurstermen Nederlands, Frans</u>) van de medische diagnoses en procedures in het formaat van een Belgische extensie</p> <p>Tegen 1 augustus 2015 is er een Technology Preview beschikbaar van de Simple RefSet (SubSet) <u>van verpleegkundige diagnoses, interventies, handelingen, en outcomes</u> in het formaat van een Belgische Extensie.</p> <p>Tegen 31 december 2015 is er een Technology Preview beschikbaar van de Language RefSet (<u>vertaalde voorkeurstermen Nederlands, Frans</u>) van de verpleegkundige diagnoses, interventies, handelingen en outcomes in het formaat van een Belgische Extensie.</p> <p>Tegen 31 december 2015 zal er een Simple RefSet (SubSet) van concepten voor huisartsen (3BT/IBUI) + Language Refset (vertaalde voorkeurstermen Nederlands, Frans) ter beschikking zijn. Deze selectie zal vergeleken worden met de internationale refset voor general practitioners (Dr Diego Schrans).</p> <p>Tegen December 2015 zal een noodzakelijke update van de huidige thesaurus 3BT worden uitgevoerd, teneinde voor de koppeling aan SNOMED te vertrekken van een goede uitgangspositie.</p> <p>⇒ <u>Internationale samenwerking voor de kwaliteitsbewaking van de vertalingen</u></p> <p>Timing:</p> <p>Tegen 31 december 2015 is er een internationaal samenwerkingsakkoord voor de</p>	<p>Calendrier</p> <p>Pour le 1^{er} août 2015, on disposera d'un Technology Preview (1) du Simple RefSet (SubSet) de <u>diagnostics médicaux et procédures médicales</u> dans le format d'une extension belge.</p> <p>(1) These files are Technology Previews they may be withdrawn or revised prior to formal release. Technology Previews MUST NOT be used as a definitive version in clinical records or other operational systems. They are only for testing and review.</p> <p>Pour le 1^{er} août 2015, on disposera d'une Technology Preview du Language RefSet (termes de <u>référence traduits en néerlandais, français</u>) des diagnostics médicaux et procédures médicales dans le format d'une extension belge.</p> <p>Pour le 1^{er} août 2015, on disposera d'une Technology Preview du Simple RefSet (SubSet) <u>des diagnostics, interventions, actes et résultats infirmiers</u> dans le format d'une extension belge.</p> <p>Pour le 31 décembre 2015, on disposera d'une Technology Preview du Language RefSet (<u>termes de référence traduits en néerlandais, français</u>) des diagnostics, interventions, actes et résultats infirmiers dans le format d'une extension belge.</p> <p>Pour le 31 décembre 2015, on disposera d'un Simple RefSet (SubSet) de concepts pour les médecins généralistes (3BT/IBUI) + Language Refset (termes de référence traduits en néerlandais, français). Cette sélection sera comparée au refset international pour les GP (general practitioners) (D^r Diego Schrans).</p> <p>Pour le 31 décembre 2015, il sera procédé à une mise à jour nécessaire de l'actuel thesaurus 3BT afin de partir d'une bonne position de départ pour la liaison à SNOMED.</p> <p>⇒ <u>Collaboration internationale pour le contrôle de la qualité des traductions</u></p> <p>Calendrier</p>
--	--

<p>Franse vertaling en Quality Assurance. Tegen 31 december 2015 is er een internationaal samenwerkingsakkoord voor de Nederlandse vertaling en Quality Assurance</p> <p>Metten:</p> <p>- aantal vertaalde relevante SNOMED CT concepten</p> <p>c. Mappen</p> <p>Probleem:</p> <p>Elke standaard heeft zijn specifiek gebruik. Gegevens via een bepaalde terminologiestandaard opgeslagen dienen gemapt te worden naar de verschillende classificatiesystemen aangepast aan dit gebruik. De instanties die deze classificaties maken/gebruiken zijn verantwoordelijk te voor de mappings. In de gezondheidszorg worden heel veel middelen en personeel ingezet in het registreren van gegevens.</p> <p>Wat:</p> <p>Het Belgisch NRC werkt reeds mee aan de mapping van de ICD-10-BE versie die in de MZG gebruikt wordt. De mapping van SNOMED CT naar ICD-10-BE zal in de het begin nog geen definitieve correcte ICD-codering opleveren maar wel het werk van de codeerder veel verlichten. Voor de verpleegkundige gegevens binnen MZG is er reeds in 2014 een contract uitgeschreven. Voor de InterRai werd bij IHTSDO een aanvraag ingediend. In het kader van het only once principe en de administratieve vereenvoudiging dient nagegaan te worden wat de mogelijkheden zijn om voor de facturatie, de gegevens (semi) automatisch af te leiden uit de gegevens opgeslagen in het EPD van de zorgverstrekker. Dit kan gaan over nomenclatuur in zijn huidige vorm maar ook in het vooruitzicht van de nieuwe financiering van de ziekenhuizen en de specifieke noden die daar zullen uit voortvloeien.</p>	<p>Pour le 31 décembre 2015, on disposera d'un accord de collaboration internationale pour la version en français et la Quality Assurance. Pour le 31 décembre 2015, on disposera d'un accord de collaboration internationale pour la version en néerlandais et la Quality Assurance.</p> <p>Mesure</p> <p>Le nombre de concepts SNOMED-CT pertinents traduits.</p> <p>c. Faire le mapping</p> <p>Problème</p> <p>Chaque standard a son usage spécifique. Les données stockées au moyen d'une norme de terminologie déterminée doivent être mappées vers les différents systèmes de classification adaptés à cet usage. Les organes qui font/utilisent ces classifications sont responsables du mapping. En matière de soins de santé, de très nombreux moyens et personnels sont engagés dans l'enregistrement des données.</p> <p>De quoi s'agit-il ?</p> <p>Le NRC belge collabore déjà au mapping de la version ICD-10-BE qui est utilisée dans les RHM. Au début, le mapping de SNOMED-CT vers l'ICD-10-BE ne donnera pas encore de codification ICD correcte ; en revanche, il allégera considérablement le travail du chiffeur. Pour les données infirmières dans les RHM, un contrat a déjà été rédigé en 2014. Pour l'InterRAI, une demande a été introduite auprès de l'IHTSDO. Aux termes du principe only once et de la simplification administrative, il convient de vérifier quelles sont les possibilités d'extraire de manière (semi-) automatique, pour la facturation, les données de celles stockées dans le DPI du dispensateur de soins. Il peut s'agir de la nomenclature dans sa forme actuelle mais aussi dans la promesse d'un nouveau financement des hôpitaux et des besoins spécifiques qui en résulteront.</p>
---	---

Timing:	Calendrier
<p>Tegen 1 augustus 2015 is de Map RefSet van SNOMED CT naar <u>ICD-10</u> beschikbaar via het SNOMED CT licentie en distributiesysteem.</p>	<p>Pour le 1^{er} août 2015, la Map RefSet de la SNOMED-CT vers l'<u>ICD-10</u> sera disponible au moyen de la licence SNOMED-CT et du système de distribution.</p>
<p>Tegen 1 augustus 2015 is de Complex Map RefSet van SNOMED CT naar <u>ICD-10-CM</u> (voor het gedeelte dat voltooid is) beschikbaar via het SNOMED CT licentie- en distributiesysteem in het formaat van een Belgische Extensie</p>	<p>Pour le 1^{er} août 2015, le Complex Map RefSet de la SNOMED-CT vers l'<u>ICD-10-CM</u> (pour la partie qui a été achevée) sera disponible grâce au système de licence SNOMED-CT et de distribution dans le format d'une extension belge.</p>
<p>Tegen 31 december 2017 is de Complex Map RefSet van SNOMED CT naar <u>ICD-10-CM</u> <u>voltooid</u> en beschikbaar via het SNOMED CT licentie- en distributiesysteem in het formaat van een Belgische Extensie</p>	<p>Pour le 31 décembre 2017, le Complex Map RefSet de la SNOMED-CT vers l'<u>ICD-10-CM</u> sera achevé et disponible grâce au système de licence SNOMED-CT et de distribution dans le format d'une extension belge.</p>
<p>Tegen 31 december 2017 is de Complex Map RefSet van SNOMED CT naar <u>ICD-10-PCS</u> voltooid en beschikbaar via het SNOMED CT licentie- en distributiesysteem in het formaat van een Belgische Extensie</p>	<p>Pour le 31 décembre 2017, le Complex Map RefSet de la SNOMED-CT vers l'<u>ICD-10-PCS</u> sera achevé et disponible grâce au système de licence SNOMED-CT et de distribution dans le format d'une extension belge.</p>
<p>Tegen 31 december 2016 is de Complex Map RefSet van SNOMED CT naar <u>VG-MZG</u> voltooid en beschikbaar via het SNOMED CT licentie- en distributiesysteem in het formaat van een Belgische Extensie</p>	<p>Pour le 31 décembre 2016, le Complex Map RefSet de la SNOMED-CT vers les <u>SP-RHM</u> sera achevé et disponible grâce au système de licence SNOMED-CT et de distribution dans le format d'une extension belge</p>
<p>Op termijn is het de bedoeling om de Belgische thesaurus geconstrueerd in het 3BT project (IBUI :ICD-10 & ICPC-2 combinaties) te vervangen door SNOMED CT. Dit moet in een project van begeleide uitdoving gebeuren. Hiervoor zullen tijdelijk de mappings in de twee richtingen nodig zijn.</p>	<p>À terme, l'objectif poursuivi est de remplacer par le thésaurus belge construit dans le projet 3BT (IBUI : ICD-10 & combinaisons ICPC-2) par la SNOMED-CT. Il faut procéder dans le cadre d'un projet d'extinction progressive accompagnée. Les mappings seront à cet effet nécessaires temporairement dans les deux sens.</p>
<p>Tegen 31 december 2015 wordt er een Simple Map RefSet van IBUI/3BT naar SNOMED CT gepubliceerd om de reeds bestaande gegevens in de software van de huisartsen te kunnen converteren naar SNOEM CT (Legacy conversion)</p>	<p>Pour le 31 décembre 2015, un Simple Map Refset d'IBUI/3BT vers la SNOMED-CT sera publié afin de pouvoir convertir les données déjà existantes dans le logiciel des médecins généralistes vers SNOEM-CT.</p>
<p>Waarschijnlijk is er tijdelijk ook een Simple Map RefSet van SNOMED CT naar IBUI/3BT nodig. Deze conversie zal nodig zijn om nog gebruik te kunnen maken van codes die gekoppeld zijn aan allergiebewaking, preventie, dosiscontrole, statistieken listings, tegenaanwijzingen voor behandelingen en zelfs koppelingen naar externe ondersteuning gekoppeld, enz die nog niet omgezet zijn naar SNOMED CT.</p>	<p>Probablement qu'il sera également nécessaire de réaliser à titre temporaire un Simple Map Refset de la SNOMED-CT vers IBUI/3BT. Cette conversion sera nécessaire afin de pouvoir encore utiliser des codes liés à la vigilance aux allergies, à la prévention, au contrôle du dosage, aux listings de statistiques, aux contre-indications aux traitements et mêmes aux liaisons vers un soutien externe, etc. qui ne sont pas encore convertis en SNOMED-CT.</p>
<p>Voorstel van de huisartsen:</p>	<p>Proposition des médecins généralistes</p>
<p>Tegen 31 december 2016 zal een koppeling worden uitgewerkt tussen de REFSET</p>	<p>Pour le 31 décembre 2016, un couplage sera réalisé entre le REFSET SNOMED et les</p>

<p>SNOMED en de relevante termen uit de bestaande thesaurus 3BT, met validatie van de mappings naar ICPC en ICD die hier uit voortvloeien.</p> <p>Meten:</p> <p>aantal mappings</p> <p>d. Aanschaffen van een managementstool (software)</p> <p>Probleem:</p> <p>Voor het onderhoud van de gekozen standaarden, de mappings, de vertalingen enz, is het absoluut noodzakelijk te kunnen beschikken over goede tools. Zonder een degelijke software ondersteuning is dit onbegonnen werk.</p> <p>Wat:</p> <p>Een beperkte technische werkgroep dit probleem ten gronde laten uitzoeken en concrete voorstellen laten doen op gebied van mogelijkheden, kostprijs, timing. (opmerking huisartsen: en gebruik van internationale standaarden voor multi linguale terminologieën (TMF) LMF))</p> <p>Beslissen en budget voorzien Voor wat SNOMED CT betreft in samenspraak met IHTSDO</p> <p>Timing:</p> <p>Als we willen starten met vertalen en mappen hebben we dit zo vlug mogelijke nodig.</p> <p>e. Opzetten van een distributieserver</p> <p>Probleem:</p> <p>Alle standaarden, mappings en vertalingen dienen via een distributieserver verspreid te worden naar de gebruikers:</p>	<p>termes pertinents extraits du thésaurus existant 3BT, avec validation des mappings vers ICPC et ICD qui en découlent.</p> <p>Mesure</p> <p>Nombre de mappings</p> <p>d. Acquérir un outil de management (logiciel)</p> <p>Problème</p> <p>Pour l'entretien des normes choisies, des mappings, des traductions, etc., il est indispensable de pouvoir disposer de bons outils. Sans logiciels de soutien corrects, la tâche est insurmontable.</p> <p>De quoi s'agit-il ?</p> <p>Faire examiner ce problème en profondeur par un groupe de travail technique restreint et lui demander des propositions concrètes quant aux possibilités, au coût, au calendrier.</p> <p>(remarque des médecins généralistes : et utilisation des normes internationales pour les terminologies multilingues (TMF) LMF))</p> <p>Décider et prévoir un budget Concernant la SNOMED-CT, en concertation avec l'IHTSDO</p> <p>Calendrier</p> <p>Si nous voulons commencer par traduire et mapper, nous en avons besoin le plus vite possible.</p> <p>e. Installer un serveur de distribution</p> <p>Problème</p> <p>L'ensemble des normes, mappings et traductions doit être diffusé par un système de distribution aux utilisateurs.</p>
---	--

<p>Wat:</p> <p>Aan de hand van use cases worden de vereisten van deze distributieserver geïdentificeerd. De technische werkgroep staat in voor de pilot tests van de distributieserver.</p> <p>De Internationale release van SNOMED CT en de Belgische Extensie worden gelicentieerd <u>en gedistribueerd</u> via het BE-MLDS (Licentie- en distributiesysteem onderhouden door IHTSDO). Is nu reeds operationeel voor de internationale release</p> <p>f. User-interface</p> <p>Probleem:</p> <p>Gebruiksvriendelijke eindgebruikerssoftware zijn cruciaal om het gebruik van om het even welke standaard te doen lukken.</p> <p>Wat:</p> <p>Er dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen een browser voor het opzoeken van een concept en een userinterface voor dagelijks gebruik.</p> <p>Er dienen duidelijke specificaties met minimum eisen gepubliceerd te worden.</p> <p>Een userinterface voor gebruik in de praktijk moet aangepast zijn aan de noden van de gebruiker.</p> <p>Er dient met de industrie overlegd te worden hoe dit in het EPD dient ingebouwd worden.</p> <p>Per sector een proof of concept definiëren zodat het voor de softwareleveranciers ook concreet wordt.</p> <p>Opmerking huisartsen:</p> <p>De ontwikkelaars van user interfaces moet gegarandeerd worden dat het gebruik van de onderliggende thesaurus en mappings naar internationale referentiterminolgiën open source is en zal blijven</p>	<p>De quoi s'agit-il ?</p> <p>Au moyen des use cases, les exigences de ce serveur de distribution sont identifiés.</p> <p>Le groupe de travail technique assure les tests pilote du serveur de distribution.</p> <p>La release internationale de la SNOMED-CT et l'extension belge seront mises sous licence et <u>distribuées via le BE-MLDS</u> (entretenir le système de licence et de distribution par l'IHSTDO). C'est d'ores et déjà opérationnel pour la release internationale.</p> <p>f. User interface</p> <p>Problème</p> <p>Un logiciel facile d'emploi pour les utilisateurs finaux est essentiel à la réussite de tout standard.</p> <p>De quoi s'agit-il ?</p> <p>Une distinction claire doit être faite entre un fureteur pour rechercher un concept et une user interface pour un usage quotidien.</p> <p>Il convient de publier des spécifications claires contenant des exigences minimales.</p> <p>La user interface pour un usage dans la pratique doit être adaptée aux besoins de l'utilisateur.</p> <p>Il convient de se concerter avec l'industrie sur la question « Comment intégrer ceci dans le DPI ? ».</p> <p>Définir un proof of concept par secteur de façon à ce que ce soit précis aussi pour le fournisseur de logiciel.</p> <p>Remarque des médecins généralistes :</p> <p>Les concepteurs de user interfaces doivent garantir que l'utilisation du thésaurus et des mappings sous-jacents vers des terminologies de référence internationales est et restera open source.</p> <p>Calendrier</p>
---	---

Timing:

Tegen 1 september 2015 is er een document met aanbevelingen voor het ontwerpen van een gepaste User Interface.
In het najaar van 2015 een oproep doen naar de industrie om afspraken te maken rond het implementeren van een flexibele/correcte userinterface in o.a. EPD
Er dient een prototype ontworpen te worden dat kan gebruikt worden door de terminologen om te testen. (eind 2015).

PA13A.4 - Beheer en coördinatie van het geheel van de standaarden binnen het e-gezondheidsproject**Probleem:**

Goede multidisciplinaire zorg kan niet meer zonder elektronisch patiëntendossier en correcte uitwisseling van gegevens tussen de verschillende zorgverstrekkers. De sector en de overheden voelen deze nood en proberen hieraan tegemoet te komen door allerlei initiatieven op te starten. Deze initiatieven zijn echter niet op elkaar afgesteld wat nefast is voor dit soort projecten waar communicatie centraal staat.

Er is een gebrek aan visibiliteit van het terminologiecentrum, gebrek aan coördinatie van de werkzaamheden rond terminologie en te weinig overleg met de sector.

Wat:

Aanstellen van projectleider voor het coördineren van alle projecten ivm informatie-standaardisering in de zorg. Timing: Q3 2015

Betrekken van alle relevante stakeholders bij het terminologiecentrum.
Heropstarten van vergaderingen van dit centrum en aanstellen van voorzitter.
Timing: Q3 2015

Het terminologiecentrum is het platform waar de aansturing gebeurt van de usecases, de prioritering en de keuze van de verschillende semantische en

Pour le 1^{er} septembre 2015, un document contenant des recommandations pour la conception d'une user interface adaptée sera publié.

À la fin de 2015, lancer un appel à l'industrie pour faire des accords sur l'implémentation d'une user interface souple/correcte dans e.a. le DPI.

Il faut concevoir un prototype que les terminologues puissent utiliser pour faire des tests (fin 2015).

PA13A.4 Gestion et coordination de l'ensemble des normes dans le cadre du projet eSanté**Problème**

De bons soins multidisciplinaires ne sont plus possibles sans un dossier patients informatisé et un échange correct de données entre les différents dispensateurs de soins. Le secteur et les autorités ressentent ce besoin et tentent d'y répondre en lançant des initiatives de toutes sortes. Ces initiatives ne sont toutefois pas en harmonie, ce qui nuit à ce type de projets où la communication occupe une place centrale.

Le centre de terminologie souffre d'un manque de visibilité, les travaux de terminologie manquent de coordination et la communication avec le secteur est insuffisante.

De quoi s'agit-il ?

Désigner un chef de projet pour coordonner tous les projets relatifs à la normalisation de l'information dans les soins. Calendrier : trimestre 2015.

Associer au centre de terminologie tous les stakeholders pertinents. Relancer les réunions de ce centre et désigner un président. Calendrier : 3^e trimestre 2015.

Le centre de terminologie est la plate-forme dans laquelle se fait le pilotage des use cases, où s'opèrent la priorité et le choix des différents normes sémantiques et syntaxiques ainsi que la coordination avec les autres points d'action.

Le centre de terminologie est le point de contact (guichet unique) pour toute question relative aux normes sémantiques et syntaxiques.

syntactische standaarden, de coördinatie met de andere actiepunten. Het terminologiecentrum is het aanspreekpunt (uniek loket) voor vragen ivm semantische en syntactische standaarden.

De werkzaamheden ivm SNOMED CT worden beheerd door het NRC (Nationaal Release Centrum) dat zich bevindt thv de FOD Volksgezondheid.

Het NRC staat in voor de verplichtingen die verbonden zijn aan het lidmaatschap binnen IHTSDO (International Health Terminology Standards Development Organisation).

Het NRC zet zijn werkzaamheden, die reeds in 2013 gestart zijn, voort in nauwe relatie met het terminologie centrum en de projectleider.

Voorbeeld : Use case die alles omvat binnen een bepaald domein:

Labocodes & eenheden: gedefinieerd als “project”. Met één aanspreekpunt, een project manager, communicatie plan, timings, documentatie, opleiding van leveranciers, afstemming tussen privé/ziekenhuislabo’s en huisartsensoftware leveranciers en dergelijke.

AP13A.5 - Inventarisatie en prioritering

Probleem:

Er bestaat op dit ogenblik geen inventaris van al de standaarden die in België gebruikt worden en ook geen duidelijkheid over welke standaarden (verplicht) dienen gebruikt te worden.

Op basis van een inventaris van de bestaande standaarden dient er na overleg met verschillende gebruikers dient beslist te worden met de welke er in de toekomst (verplicht) verder gewerkt zal worden.

Belangrijk hierbij is het aanduiden van het doel en het gebruik van elk onderdeel van de referentiethesaurus.

De oplossing die wordt uitgewerkt voor de toekomst moet nadrukkelijk ook een

Les travaux relatifs à la SNOMED-CT sont gérés par le NRC (National Release Center) qui se trouve au SPF Santé publique.

Le NRC assure les obligations qui sont liées à l’adhésion à l’IHTSDO (International Health Technology normes Development Organisation).

Le NRC poursuit ses travaux, déjà entamés en 2013, en relation étroite avec le centre de terminologie et le chef de projet.

Exemple : Use cases qui contient tout au sein d'un domaine déterminé :

Codes labo & unités : définis comme « projets ». Avec un seul point de contact, un manager de projet, un plan de communication, des calendriers, une documentation, la formation des fournisseurs, l'harmonie entre les laboratoires privés/d'hôpital et les fournisseurs de logiciels pour médecins généralistes et autres.

AP13A.5 Inventaire et fixation de priorités

Problème

Actuellement, il n'existe pas d'inventaire de toutes les normes qui sont utilisées en Belgique, pas plus que de précisions sur les normes à utiliser.

Sur la base d'un inventaire des normes existantes, il convient, à l'issue d'une concertation avec différents utilisateurs, de décider avec quelles normes il faudra (obligatoirement) continuer à travailler dans le futur.

Il est important dans ce cadre d'indiquer l'objectif et l'utilisation de chaque partie du thésaurus de référence.

La solution qui sera développée pour l'avenir doit expressément également apporter une solution à la transition avec le passé et pour conserver les données extraites du passé (Legacy conversion).

De quoi s'agit-il ?

oplossing bieden voor de overgang met het verleden en voor het bewaren van de gegevens uit het verleden (Legacy conversion).

Wat:

1. Inventarisatie van standaarden die op dit ogenblik gebruikt worden.

Deze inventaris bevat reeds zeker de volgende terminologieën en classificaties SNOMED CT, ICPC, ICD, ATC, CNK, NIC/NOC/NANDA en andere verpleegkundige codes, LOINC, labocodes & eenheden, RIZIV-nomenclatuur, ...

Voorbeeld :

De authentieke bron voor geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten.

Er zijn 3 databanken die met elkaar verzoend moeten geraken op relatief korte termijn:

- De CNK-code: code die zeer performant is, maar nationaal en productgericht
- De source authentique de médicaments (SAM): gelaagde code van ATC klasse tot verpakking, maar beperkt tot geneesmiddelen en niet performant genoeg om voor het logistiek proces van de geneesmiddelendistributie te gebruiken
- Internationale codes zoals de GS1

De apothekerskorps zullen hier naar oplossingen moeten zoeken. (zie ook ander actiepunten hieromtrent)

2. Inventarisatie van de huidige of gewenste multidisciplinaire flows.

Bepaling welke van deze flows relatief eenvoudig gemapped kunnen worden op SNOMED

Prioritering: welke flows hebben de grootste meerwaarde in meerdere sectoren vb. doorgeven van geneesmiddelen gebonden problemen is relevant voor patiënt, verpleegkundigen, arts, apotheker.

1. Inventorier les normes qui sont utilisées actuellement.

Cet inventaire contient déjà certainement les terminologies et classifications suivantes : SNOMED CT, ICPC, ICD, ATC, CNK, NIC/NOC/NANDA et autres codes infirmiers, LOINC, codes labo & unités, nomenclature INAMI, etc.

Exemple :

La source authentique des médicaments et autres produits de santé.

Trois banques de données doivent être réconciliées dans un délai relativement court :

- Les codes nationaux CNK sont très performants mais ils sont nationaux et orientés produits.
- De source authentique de médicaments (SAM) est un code hiérarchisé de l'ATC des classes de conditionnement mais se limite aux médicaments et n'est pas assez performante pour servir dans le processus logistique de la distribution des médicaments
- Les codes internationaux tels que le GS1.

Le corps pharmaceutique devra chercher des solutions en la matière (cf. aussi autres points d'action à ce sujet)

2. Inventorier les flux multidisciplinaires actuels ou souhaités.

Définir lesquels de ces flux peuvent être mappés assez simplement dans la SNOMED.

Fixer des priorités : quels flux ont la plus importante plus-value dans plusieurs secteurs, p.ex. communiquer les difficultés liées à des médicaments est pertinent pour les patients, les praticiens de l'art infirmier, le médecin, le pharmacien.

Calendrier

Pour le 1^{er} septembre 2015, le site web du Centre de terminologie disposera d'un dossier de normes sémantiques reconnues/acceptées dans le cadre du projet

<p>Timing:</p> <p>Tegen 1 september 2015 is er op de website van het Terminologie Centrum een portfolio beschikbaar van erkende/aanvaarde semantische standaarden binnen het e-gezondheidsproject die incrementeel wordt aangevuld en die de basis zal vormen voor de definitieve referentiethesaurus.</p> <p>Tegen eind 2015 wordt er een stappenplan opgesteld waarbij de acties en timing voor elke standaard per domein wordt uitgeschreven.</p> <p>Labocodes & eenheden: vraagt een actiepunt dat dit definieert als “project”. Zie ook actiepunt 2 EPD</p> <p>AP13A.6 - Internationale ervaringen en projecten</p> <p>Probleem:</p> <p>Op dit ogenblik wordt de internationale evolutie onvoldoende opgevolgd. In de toekomst zal Europa echter verplichtingen opleggen en we moeten ons hierop aligneren.</p> <p>Hoe doen de anderen het? Kunnen we leren uit hun fouten? Bijvoorbeeld de Europese Commissie heeft heel wat projecten binnen dit gebied.</p> <p>Wat :</p> <p>Voorbeeld : Opvolgen van Europese projecten o.a. ASSESS-CT (Assessing SNOMED CT for Large Scale eHealth Deployments in the EU) EHR4CR, SemanticHealthNET, etc.</p> <p>Timing:</p> <p>Voor het einde van juni 2015 een ASSESS-CT discussiegroep bijeenroepen in België.</p> <p>⇒ Dit is ondertussen doorgegaan en kende een grote bijval. De vraag werd gesteld om dit te herhalen ook buiten de context van het internationale project</p>	<p>d'eSanté qui est complété par incrément et qui servira de base au thésaurus de référence définitif.</p> <p>Pour fin 2015, un plan par étapes sera constitué. Il présentera les actions et le calendrier pour chaque standard par domaine.</p> <p>Codes labo & unités : réclame un point d'action qui le définit comme « projet ». Cf. également point d'action 2 DPI</p> <p>AP13A.6 Expériences et projets internationaux</p> <p>Problème</p> <p>Actuellement, on ne suit pas assez l'évolution internationale. Dans le futur, l'Europe imposera pourtant des obligations, et nous devons nous y conformer.</p> <p>Comment font les autres ? Pouvons-nous tirer la leçon de leurs erreurs ? Par exemple, la Commission européenne a de très nombreux projets en la matière.</p> <p>Quid ?</p> <p>Exemple : Suivre les projets européens e.a. ASSESS-CT (Assessing SNOMED-CT for Large Scale e-Health Deployments in the EU), EHR4CR, SemanticHealthNET, etc.</p> <p>Calendrier</p> <p>Calendrier : Pour la fin juin 2015, réunir un groupe de discussion ASSESS-CT en Belgique.</p> <p>⇒ Entre-temps, c'est chose faite et l'événement a connu un grand succès. On a posé la question de savoir si l'expérience pouvait être renouvelée, y compris en dehors du contexte du projet international.</p> <p>PA13A.7 - Législation et primes</p> <p>Problème</p>
---	---

AP13A.7 - Wetgeving en incentives

Probleem:

Het is niet gemakkelijk om een wettelijk kader te creëren om iets te implementeren dat er vandaag nog niet is, al helemaal moeilijk wordt het hier een timing op te plakken.

Toch is het nodig dit kader te voorzien om een richting aan te geven en een garantie te bieden dat de investering niet verloren gaat.

Er dient minstens een verplichting te komen voor wat de uitwisseling van gegevens betreft : o.a. de structuur van de boodschappen en het gebruik van SNOMED CT voor de inhoudelijke aspecten.

Zie ook bij het actiepunt over incentives en de "meaningful use" van e-gezondheidsdiensten.

SMART-doelstellingen (Voorbeelden)

- **Voorbeelden van fasering voor verpleegkundige codes**
 - Binnen Recip-e zullen Snomed CT-codes gebruikt worden in het elektronisch voorschrift van de verpleegkundige zorgen/handelingen die vergoed worden via de RZIV-nomenclatuur.
 - Homologatiecriteria verpleegkundige software: in het Patient Migration Format worden Snomed-codes gebruikt voor het meedelen/communiceren/uitwisselen van de verpleegkundige zorgen/handelingen die vergoed worden via de RZIV-nomenclatuur.
- Vanaf XX moeten SNOMED CT codes gebruikt worden voor de uitwisseling van problemen in SUMEHR.

Il n'est pas facile de créer un cadre légal pour mettre en œuvre quelque chose qui n'existe pas encore aujourd'hui et il est plus difficile encore d'y fixer un calendrier.

Pourtant, il importe de prévoir un tel cadre pour donner une direction et offrir une garantie que l'investissement n'est pas perdu.

Il faut au moins qu'une obligation préside à l'échange des données : e.a. la structure des messages et l'utilisation de la SNOMED-CT pour les aspects de fond.

Voir aussi le point d'action concernant les primes et le meaningful use des services de eSanté.

Objectifs SMART (exemples)

- **Exemples de phasage des codes infirmiers**
 - Dans Recip-e, des codes SNOMED CT seront utilisés dans la prescription électronique des soins/des actes infirmiers remboursés par le biais de la nomenclature INAMI.
 - Critères d'homologation logiciels infirmiers : dans le Patient Migration Format, des codes SNOMED seront utilisés pour communiquer/échanger les soins/les actes infirmiers remboursés par le biais de la nomenclature INAMI.
- À partir du XX, des codes SNOMED-CT devront être utilisés pour l'échange des problèmes dans le SUMEHR.

PA13A.8 - Savoir acquis au sujet de SNOMED CT au sein de l'industrie des IT

Problème

SNOMED-CT® a été développé pour être utilisé comme partie d'une application, par exemple le dossier patients informatisé. En soi, la SNOMED-CT ne fait rien !

AP13A.8 - Kennis van SNOMED CT binnen de IT-industrie

Probleem:

SNOMED CT® is ontworpen om te worden gebruikt als onderdeel van een applicatie, bijvoorbeeld het elektronisch patiëntendossier. Op zijn eigen doet SNOMED CT niets!

Het is dus belangrijk dat voor de userinterface (voor het invullen van gegevens in een dossier “coding without seeing codes” en het opzoeken van informatie) en voor de decision support, de industrie de principes van een goed gebruik van SNOMED in zijn applicaties inbouwt. Op dit ogenblik zijn de industrie en de ICT-dienst in de ziekenhuizen zich hier niet genoeg van bewust alhoewel dat iedereen de nood wel voelt. Het is dus het moment om concrete stappen te zetten voor de toekomst.

Wat/timing:

Werksessie voorzien met de industrie met speciale focus op al wat met standaarden en vooral terminologie te maken heeft (voor eind 2015)
Speciale sessie voorzien voor de industrie op het Belgische SNOMED CT congres van 205 september 2015.

AP13A.9 - Acties ter ondersteuning van de toegang voor de patiënt

Probleem:

Ook de lekentaal is een onderdeel van het terminologieprobleem, en van groot belang voor communicatie met de patiënt, voor het raadplegen door de patiënt van elektronisch portalen, waar ze hun eigen medische data kunnen raadplegen, en voor het beheer van een persoonlijk dossier door de patiënt zelf.

De structuur van SNOMED CT laat toe verschillende labels per concept toe te voegen, ook in “lekentaal”.

Il importe donc que pour la user interface (pour compléter les données dans un dossier coding without seeing codes et chercher des informations) et pour le decision support que l'industrie intègre les principes de bon usage de SNOMED dans ses applications. Actuellement, l'industrie et le service ICT des hôpitaux n'en sont pas assez conscients bien que tout le monde en ressent le besoin. Le moment est donc venu d'entreprendre des démarches concrètes pour l'avenir.

Quoi ? Quand ?

Prévoir une session de travail avec l'industrie en mettant un accent particulier sur tout ce qui concerne les normes et, surtout, la terminologie (fin 2015).
Prévoir une session spéciale pour l'industrie au congrès belge SNOMED-CT du 25 septembre 2015.

PA13A.9 - Actions en vue de soutenir l'accès pour le patient

Problème

Le langage profane est également une partie du problème de terminologie, et il est essentiel pour communiquer avec le patient, pour lui permettre de consulter les portails électroniques où il aura accès à ses propres données médicales, et de gérer un dossier personnel.

La structure de la SNOMED CT permet d'insérer différents labels par concept, également en « langage profane ».

Il faut associer à un tel projet de traduction les organisations représentant les patients, les centres de terminologies spécialisés et les médecins généralistes.

Objectifs SMART

Bij zulk project van “vertalen” dienen de patiëntenorganisaties, gespecialiseerde terminologiecentra en ook de huisartsen betrokken te worden.

SMART-doelstellingen

- Er kan vertrokken worden van bestaande initiatieven zoals de lekentermen voor geneesmiddeleninformatie in bijsluites, en van de termenlijsten die door Wetenschap en Gezondheid worden opgesteld.
- Het beheer van de woordenschat voor patiënten dient professioneel te gebeuren met gebruik van bestaande standaarden voor lexicale terminologiën, en met mogelijkheid tot integratie in Natural Language Processing toepassingen.
- De governance van dit actiepoint moet transparant zijn en in samenwerking met de patiëntenorganisaties lopen. Ook de inbreng van de huisartsen in dit aspect is van belang.
- Tegen 31 december 2017 moet er voor elk geselecteerd concept een voorkeursterm voor patiëntenterminologie zijn toegevoegd aan de respectievelijke Language RefSets.

BIJLAGE:

Opmerkingen Huisartsen (29 juni 2015) betreffende Standaard en Terminologie (AP13)

Clearly formulated	De tekst stelt nog onvoldoende expliciet dat er zal gekozen worden voor een multi-terminologische aanpak. Daarmee wordt niet alleen mapping tussen internationale referentie terminologieën bedoeld. Wij geloven dat het belangrijk is om voor de belangrijkste concepten, die huisartsgeneeskunde belangrijk zijn,
--------------------	---

- On peut prendre comme point de départ les initiatives existantes comme les termes profanes pour l'information relative aux médicaments dans les notices scientifiques, et les listes de termes établies par Science et Santé.
- La gestion du vocabulaire pour les patients doit être professionnelle et doit avoir recours aux normes existantes pour les terminologies lexicales, en prévoyant la possibilité d'être intégrée dans des applications Natural Language Processing.
- La gouvernance de ce point d'action doit être transparente, en collaboration avec les organisations représentant les patients. L'apport des médecins généralistes est en l'occurrence important aussi.
- Pour le 31 décembre 2017, il faudra avoir ajouté aux Language RefSets respectifs, pour chaque concept sélectionné, un terme de référence pour la terminologie concernant les patients.

ANNEXE

Remarques Médecins généralistes (29 juin 2015) sur : Standard et Terminologie (PA13)

Clearly formulated	Le texte n'explique pas encore de façon suffisamment explicite que le choix se portera sur une approche multi-terminologique. Il ne faut pas entendre par là uniquement le mapping entre les terminologies de référence internationales. Nous croyons qu'il est important, pour les concepts les plus fondamentaux, pour la médecine générale, d'établir une correspondance directe avec la classification propre du type ICPC-2, complétée par ICD-10, SNOMED-CT, LOINC, ATC, ICF, etc. le cas échéant. Cf. remarque 1 pour plus d'information.
--------------------	--

	<p>een rechtstreekse mapping te maken met de eigen classificatie ICPC-2, aangevuld met ICD-10, SNOMED-CT, LOINC, ATC, ICF, etc waar nodig. Zie opmerking 1 voor meer uitleg.</p> <p>Het is belangrijk dat de structuur van die referentiethesaurus, die de interface tussen gebruiker en dossier zal aansturen, grondig wordt uitgewerkt.</p>		<p>Il est important d'élaborer en profondeur la structure de ce thésaurus de référence qui pilotera l'interface entre l'utilisateur et le dossier.</p>
Feasibility	<p>AP13 is zeer ambitieus (het hoort ook zo te zijn), maar een meer procesmatige aanpak zou de haalbaarheid van het plan sterk verbeteren. Het succes van het plan zal sterk afhankelijk zijn van de gebruiksvriendelijkheid van de user interface. Het is onwaarschijnlijk een goede user interface uit te bouwen als er te eenzijdige keuzes worden gemaakt. Dit betekent dat er moet worden geïnvesteerd in onderzoek naar de wensen en noden van de gebruikers, in het formuleren van duidelijke operationele doelstellingen en in het testen van de applicaties. Zie opmerking 2 voor meer detail.</p>	Feasibility	<p>Le PA13 est très ambitieux (il faut qu'il le soit d'ailleurs), mais une approche davantage centrée sur les processus améliorerait sensiblement la faisabilité du plan. La réussite du plan dépendra largement du confort d'utilisation de l'interface utilisateur. Il est improbable qu'une bonne interface utilisateur soit élaborée si des choix trop simplistes sont opérés. Cela signifie qu'il faut investir dans la recherche sur les souhaits et les besoins des utilisateurs, dans la formulation d'objectifs opérationnels clairs et dans le test des applications. Cf. remarque 2 pour plus d'information.</p>
Impact existing systems	<p>Zowel op software vendors als op de gebruikers zal de impact groot zijn. Voor meer detail, zie opmerking 3.</p>	Impact existing systems	<p>L'impact sera important, tant pour les distributeurs de logiciels que pour les utilisateurs. Cf. remarque 3 pour plus d'information.</p>
Impact on existing patient data	<p>Het gevaar is groot dat niet alleen de wetenschappelijke kennis uit het verleden, maar ook de klinische gegevens uit het verleden, onbruikbaar worden als er niet voor een goede legacy conversie wordt gezorgd. De retrograde koppeling met de vroegere thesaurus moet behouden blijven. Tijdens de uitbouw van nieuwe systemen in de komende jaren moet er verder geregistreerd worden met de vroegere aanpak, teneinde de longitudinale verwerking van</p>	Impact on existing patient data	<p>On court un risque important de rendre inutilisables les connaissances scientifiques, mais aussi les données cliniques, du passé si on ne veille pas à une bonne conversion de données héritées. Il faut continuer à garantir la liaison rétrograde avec le thésaurus précédent. Pendant le développement des nouveaux systèmes dans les années à venir, il faudra continuer à enregistrer sur la base de l'approche précédente afin de ne pas interrompre le traitement longitudinal des données. Il est dès lors important d'entretenir les thésaurus de référence existants.</p>
		Incentives / Contexte	<p>Les médecins généralistes sont très réfractaires à l'idée d'investir davantage de temps dans l'enregistrement, au</p>

	gegevens niet te onderbreken. Daarom is het belangrijk dat de bestaande referentiethesaurus onderhouden wordt.		détriment d'un contact direct avec le patient. Des stimulants à utiliser une terminologie de référence sont à rechercher dans le confort d'utilisation et dans la poursuite du développement des incitants financiers tels qu'ils existent actuellement pour l'utilisation des services d'eHealth. Cf. remarque 4 pour plus d'info.
Incentives / Context	Huisartsen zijn zeer weigerachtig om nog meer tijd te investeren in registratie, ten koste van direct contact met de patiënt. Incentives in het gebruik van een referentie terminologie moeten liggen in gebruiksgemak en een verdere uitbouw van de financiële incentives zoals die vandaag voor het gebruik van eHealth diensten bestaan. Voor meer detail zie opmerking 4.	Calendrier	Nous avons le sentiment que pratiquement toutes les échéances pour le développement et l'implémentation d'une terminologie de référence sont très optimistes. Ainsi, toutes les échéances fixées au mois de septembre 2015 sont impossibles à respecter et peuvent uniquement être concrétisées par des décisions unilatérales sans transparence. Cf. remarque 5 pour plus d'info.
Timing	Het is ons aanvoelen dat vrijwel alle deadlines voor de ontwikkeling en implementatie van een referentie terminologie zeer optimistisch zijn. Bijvoorbeeld, alle deadlines die op september 2015 zijn gezet zijn onmogelijk en kunnen alleen gerealiseerd worden door eenzijdige, niet transparante beslissingen. Zie opmerking 5 voor meer detail.	<p><u>Remarques</u></p> <p>1. Les terminologies poursuivent différents objectifs. Tout d'abord, elles servent à faciliter un enregistrement correct des concepts médicaux. Ensuite, elles permettent une communication correcte entre les dispensateurs de soins, les patients et éventuellement les autorités ou les organismes assureurs. Les terminologies, à travers l'intégration des classifications, veillent également à une extraction de données correcte à partir de systèmes de dossiers médicaux informatisés. Les différents groupes professionnels travaillent sur la base de classifications différentes en fonction du besoin et de l'objectif de l'extraction des données. Une terminologie doit en tenir compte. En médecine générale, la classification la plus importante est ICPC-2, complétée par l'ICD-10 pour plus de détail (cf. decision support). En outre, l'importance de l'ICF croît de plus en plus dans l'évaluation de l'autonomie et du fonctionnement du patient. SNOMED-CT est un outil complémentaire très intéressant, surtout au</p>	
<p><u>Opmerkingen</u></p> <p>1. Terminologieën hebben verschillende doeleinden. Vooreerst dienen ze om een correcte registratie van medische concepten te faciliteren. Anderzijds dienen ze ook voor een correcte communicatie tussen zorgverleners, patiënten en eventueel overheden of verzekeringsinstellingen. Door de integratie van classificaties zorgen terminologieën er ook voor dat een correcte dataextractie kan gebeuren uit elektronisch medische dossiersystemen. Verschillende beroepsgroepen gebruiken verschillende classificaties naar gelang de nood en het doel van de gegevensextractie.</p>			

Een terminologie dient hiermee rekening te houden. Voor de huisartsgeneeskunde is de belangrijkste classificatie ICPC-2, aangevuld met ICD-10 wanneer meer detail gewenst is (denk aan decision support). Daarenboven neemt het belang van ICF steeds meer toe bij de beoordeling van de zelfredzaamheid en het functioneren van de patiënt. SNOMED-CT is een zeer interessante aanvulling, vooral op het gebied van voorgeschiedenis, risico's, procedures en familiale voorgeschiedenis. SNOMED-CT als enige terminologie naar voor schuiven zou voor huisartsgeneeskunde een verarming van het landschap betekenen. Wij vinden dat de tekst zeer duidelijk en specifiek moet stellen dat gestructureerde registratie in de gezondheidszorg multi-terminologisch moet gebeuren rekening houdend met de terminologieën en classificaties die door de verschillende beroepsgroepen gebruikt worden.

2. De ontwikkeling van een nationale terminologie is een ambitieus maar zeer relevant werk. Bij de ontwikkeling en implementatie van dit project moet rekening gehouden worden met weerstand vanuit de verschillende beroepsgroepen om gestructureerd te registreren. Vanuit de huisartsen is er een zeer sterke eis om gestructureerde registratie zeer eenvoudig te houden. Om dit te realiseren, parallel aan de ontwikkeling van een meer gedetailleerde terminologie zullen er middelen en tijd nodig zijn. Middelen om de terminologie uit te bouwen en te testen, tijd om de nodige pilots te organiseren en bijstellingen te realiseren. De basisstelling zou moeten zijn dat een terminologie de (huis)arts begeleidt in het registreren van gegevens en dat het gebruik ervan niet meer tijdrovend zou mogen zijn dan niet-gestructureerd registreren. Alle pilots en testprojecten zouden aan deze eis moeten kunnen voldoen. Rekening houdend met deze obstakels lijken de mile stone deliverables van het AP13 niet realistisch.
3. Huidige systemen (EMD's) voor de huisartsgeneeskunde gebruiken de 3BT thesaurus als terminologie. Deze thesaurus is zeker niet volledig maar is stilaan ingeburgerd geraakt in de dagelijkse praktijk. Vooral de verplichte

niveau des antécédents, des risques, des procédures et des antécédents familiaux. Mais avancer SNOMED-CT comme seule terminologie conduirait pour la médecine générale à un appauvrissement du paysage de santé. Nous estimons qu'il doit clairement et spécifiquement apparaître dans le texte qu'il faut un enregistrement structuré multi-terminologique dans les soins de santé, qui tienne compte des terminologies et des classifications utilisées par les différents groupes professionnels.

2. Le développement d'une terminologie nationale est un travail ambitieux mais très pertinent. Le développement et l'implémentation de ce projet doivent tenir compte des réticences exprimées par les différents groupes professionnels pour enregistrer de façon structurée. Les médecins généralistes sont très demandeurs du maintien d'un enregistrement structuré simple. Pour y parvenir, parallèlement au développement d'une terminologie plus détaillée, il faut des moyens et du temps. Des moyens pour concevoir et tester la terminologie, du temps pour organiser les pilotes nécessaires et procéder aux remaniements. Il faudrait se baser sur l'idée qu'une terminologie accompagne le médecin généraliste dans l'enregistrement des données et que son utilisation ne doit pas prendre plus de temps que l'enregistrement non structuré. Tous les pilotes et les projets tests devraient pouvoir répondre à cette exigence. Compte tenu de ces obstacles, les mile stones deliverables du PA13 ne semblent pas réalistes.
3. Les systèmes actuels (DMI) pour la médecine générale utilisent le thésaurus 3BT comme terminologie. S'il n'est assurément pas complet, ce thésaurus s'intègre progressivement dans la pratique journalière. C'est surtout l'enregistrement obligatoire de contacts pendant le service de garde utilisant le thésaurus 3BT qui a donné un élan. C'était et cela reste un travail de longue haleine, mais peu à peu les médecins généralistes commencent à enregistrer mieux et davantage. Une conversion complète vers une terminologie SNOMED-CT serait particulièrement difficile pour de

registratie van contacten tijdens van wachtdienst gebruik makende van de 3BT thesaurus heeft hier een boost aan gegeven. Dit was en blijft een werk van lange adem, maar stillaan beginnen huisartsen meer en beter te registreren. Een volledige conversie naar een SNOMED-CT terminologie zou voor veel huisartsen bijzonder moeilijk zijn. Een goede implementatie vereist een integratie in bestaande workflows. Het in kaart brengen van de bestaande workflows in de huidige registratie en een nationale terminologie laten aanvullen waar er hiaten zijn lijkt ons een betere strategie.

4. Een schets van de context waarin een terminologie wordt geïmplementeerd (in de huisartsgeneeskunde) werd reeds gemaakt onder punt 3. Zoals gesteld, zou het gebruik van een referentie terminologie geen extra tijdsinvestering mogen vergen in vergelijking met een niet-gestructureerde registratie. Ons inzien, ligt het incentive voor de huisarts hierin. Daarenboven is de koppeling met decision support en sommige eHealth toepassingen een meerwaarde, daar deze vaak maar kunnen werken mits gestructureerde gegevens. Uiteraard zijn de huidige financiële incentives voor structurering (en het gebruik van Sumehr) een duidelijk signaal en ook noodzakelijk om huisartsen verder te motiveren.
5. De ontwikkeling en implementatie van een nationale terminologie is complex en kent veel potentiële obstakels. De invoering van een louter SNOMED-CT gebaseerde terminologie kent internationaal nog geen geslaagde voorbeelden. Het is uit deze voorbeelden duidelijk dat elke beroepsgroep verschillende noden en verwachtingen heeft met betrekking tot gestructureerde data. Er dient hiermee rekening gehouden worden bij de ontwikkeling van een terminologie maar ook bij de daar op volgende implementatie. Daarenboven bevinden we ons in een bijzondere situatie met 3 landstalen waarvoor er vandaag nog geen gevalideerde SNOMED-CT vertaling bestaat. Vrijwel alle vooropgestelde deliverables lijken ons veel te optimistisch. Wij pleiten voor deliverables betreffende het opzetten van

nombreux généralistes. Une bonne implémentation réclame une intégration dans des workflows existants. Dresser un inventaire des workflows existants dans l'enregistrement actuel et compléter une terminologie nationale là où des lacunes sont constatées nous semblent être une meilleure stratégie.

4. Une ébauche du contexte dans lequel une terminologie est implémentée (en médecine générale) a déjà été faite sous le point 3. Pour rappel, l'utilisation d'une terminologie de référence ne pourrait réclamer aucun investissement en temps supplémentaire en comparaison d'un enregistrement non structuré. Nous estimons que c'est là que se situe le stimulant pour le médecin généraliste. En outre, la liaison avec le decision support et certaines applications eHealth offrent une plus-value, étant donné qu'elle ne peuvent souvent fonctionner qu'avec des données structurées. Naturellement, les incitants financiers actuels pour la structuration (et l'utilisation du Sumehr) sont un signal clair - et également nécessaires - pour continuer à motiver les médecins généralistes.
5. Le développement et l'implémentation d'une terminologie nationale sont complexes et connaissent de nombreux obstacles potentiels. L'instauration d'une terminologie basée uniquement sur SNOMED-CT ne connaît pas encore d'exemples de réussite à l'échelle internationale. Ces exemples font apparaître clairement que chaque groupe professionnel a des besoins et des attentes différents en ce qui concerne les données structurées. Il convient d'en tenir compte dans le développement d'une terminologie mais aussi pour l'implémentation qui suivra. Nous nous retrouvons par ailleurs dans une situation particulière, à savoir la présence de trois langues nationales pour lesquelles aucune traduction SNOMED-CT validée n'est à ce jour disponible. Pratiquement tous les deliverables avancés nous semblent beaucoup trop optimistes. Nous plaidons pour des deliverables relatifs à la mise en place d'une structure de gouvernance qui élabore (en collaboration avec les différents stakeholders) un plan concret de

<p>een governance structuur die verder (en in samenspraak met de verschillende stakeholders) een concreet ontwikkelings- en implementatieplan uitwerkt voor de verschillende beroepsgroepen.</p>	<p>développement et d'implémentation pour les différents groupes professionnels.</p>
<p>ACTIEPUNT 13.B. STRUCTURERING VAN BERICHTEN</p>	<p>POINT D'ACTION 13.B. - STRUCTURATION DE MESSAGE</p>
<p>INLEIDING</p>	<p>INTRODUCTION</p>
<p><i>De standaardisering van de processen voor de verwerking van de gegevens van de geneeskundige verzorging is een sleutelfactor van het succes van de roadmap. De uitwerking van een globale architectuur, de uitdrukking van een globale visie wat betreft het technische, maar ook het functionele proces, de structurering en standaardisering van de berichten en de antwoorden op de semantische vragen, ondersteunen allemaal het doel van een grotere functionele interoperabiliteit en business in de sector van de geneeskundige verzorging.</i></p> <p><i>De roadmap vertaalt op verschillende niveaus verschillende initiatieven die het op lange termijn mogelijk maken te werken in een multidisciplinair kader dat gebaseerd is op de uitwisseling van gestructureerde en gecodeerde gegevens. De roadmap wil ook het leven van de actoren van de geneeskundige verzorging aangenaam maken. Zij zullen op middellange termijn hun informatie nog slechts één keer moeten coderen. En ook de patiënt zou in een voor hem begrijpelijke woordenschat toegang kunnen krijgen tot zijn gegevens.</i></p> <p><i>De standaardisering is een initiatief dat de volledige roadmap op een transversale manier ondersteunt. Elk initiatief zou voor elk van de standaardiseringsassen (Semantiek - Techniek - Business) moeten verduidelijken hoe het in die globale aanpak past.</i></p>	<p><i>La standardisation des processus liés aux traitements des données des soins de santé est un facteur clé de succès de la roadmap. La mise en place d'une architecture globale, l'expression d'une vision globale en terme de processus technique mais également fonctionnel, la structuration et standardisation des messages, la prise en compte des questions sémantiques soutiennent toutes l'objectif d'une plus grande interopérabilité fonctionnelle et business dans le secteur des soins de santé.</i></p> <p><i>La roadmap traduit à différents niveaux différentes initiatives qui permettront à long terme de travailler dans un cadre multidisciplinaire basé sur l'échange de données structurées et codées. La roadmap vise à simplifier également la vie des acteurs de soins de santé qui à moyen terme ne devraient plus encoder qu'une seule fois leur information. Et pour le patient, il doit lui permettre d'accéder à ses données dans son vocabulaire.</i></p> <p><i>La standardisation est une initiative qui soutient de manière transversale l'ensemble de la roadmap. Chaque initiative devrait clarifier au niveau de chacun des axes de standardisation (Sémantique – Technique –Business) comment elle s'aligne avec cette approche globale.</i></p>
<p>AP13.B.1. Actiepunten om de betrokkenheid te verhogen: communicatie en</p>	<p>PA13.B.1. Point d'action visant à accroître la participation : Communication et</p>

opleiding

De promotie van de standaarden moet worden ondersteund door een duidelijke strategie inzake communicatie /opleiding.

- *Uitbreiding van de Kmehr-website om op één plaats over de geselecteerde standaarden te communiceren:*
 - *Structuur van het bericht: XML library (T2 2015)*
 - *Voor semantische vragen: link naar het terminologiecentrum (S2 2015)*
 - *Voor de architecturale en functionele vragen: voorzien in een uitbreiding (T2 2016)*
- *Actualisering van het technisch referentiekader op basis van de conclusies van de roadmap (T1 2016)*
- *Duidelijke en regelmatige communicatie naar de partners toe (softwarebedrijven, actoren van de geneeskundige verzorging en instellingen) (bijv.: Prorec, Agoria, IHE, IMinds, ...) (Permanent)*
- *Aangepast evaluatieproces van de softwarepakketten om de marktoplossingen te laten overeenstemmen met de geselecteerde standaarden en de aanpassingen van standaarden (T1 2016) te verzekeren*
- *Duidelijke communicatie over de drie organen die de standaardiseringsinspanningen en het beheer ervan ondersteunen (S2 2015):*
 - *Het terminologiecentrum (semantisch aspect)*
 - *De groep voor de structurering van de berichten (technisch aspect - Kmehr)*
 - *De groep architectuur (functionele architectuur en globale visie)*

AP13.B.2. Wetgeving / incentives

A priori is er geen behoefte aan een wet om de standaardkeuzen te formaliseren.

formation

La promotion des standards doit être soutenue par une stratégie claire de communication / formation

- *Extension du portail Kmehr pour communiquer par rapport aux standards sélectionnés en un point unique :*
 - *Structure de message : XML library (T2 2015)*
 - *Pour questions sémantiques : Lien vers le centre de terminologie (S2 2015)*
 - *Pour les questions architecturales et fonctionnelles : Extension à prévoir (T2 2016)*
- *Mise à jour du cadre de référence technique en fonction des conclusions de la roadmap (T1 2016)*
- *Communication claire et régulière vers les partenaires (Maisons de soft, acteurs des soins de santé, et institutions) (ex : Prorec, Agoria, IHE, IMinds ...) (Permanent)*
- *Processus adapté d'évaluation des logiciels pour garantir l'alignement des solutions du marché aux standards sélectionnés et aux adaptations de standards (T1 2016)*
- *Communication claire sur les trois organes qui soutiennent les efforts de standardisation et leur gouvernance (S2 2015):*
 - *Le centre de terminologie (Aspect sémantique)*
 - *Le groupe de structuration des messages (Aspect technique – Kmehr)*
 - *Le groupe d'architecture (Architecture fonctionnelle et vue globale)*

PA13.B.2. Réglementation / incitants

A priori, on n'a pas besoin d'une loi pour formaliser les choix de standard. Mais il

Maar er moeten bakens en "deliverables" worden vastgesteld die moeten worden gekoppeld aan standaarden en die geëvalueerd moeten worden. Zo kan worden bepaald dat een bepaalde premie wordt gelinkt aan het feit dat de gepubliceerde Sumehr's in SNOMED worden gecodeerd of dat een bepaalde entiteit enkel vergoedingsaanvragen aanvaardt die in een bepaald formaat worden ingediend.

- Actualisering van het technisch referentiekader op basis van de conclusies van de roadmap (T1 2016) die aan het overlegcomité zal worden meegedeeld.

AP13.B.3. Technische interoperabiliteit

Zie ook het punt in punt 4 dat verband houdt met de coördinatie / de architectuur

- Wat de structurering van berichten betreft, werd de prioriteit gelegd op de gecodeerde publicatie van de laboresultaten in HL7 V3 in een Kmehr-enveloppe door het hub-metahubstelsel en de eHealthbox. De volgende planning werd voorgesteld:
 - de integratie van de LOINC-codes vanaf begin 2016;
 - de verbinding van de labo's met de hub-metahubsystemen vanaf begin 2016 en;
 - de laboresultaten van de hub-metahubsystemen in HL7-formaat, omvat in een Kmehr-bericht voor 2017.

In een latere fase zal de reflectie worden uitgebreid om het hele proces te dekken (van de eis tot het beheer van de steekproeven en de microbiologische analyses)

- Vervolgens zal het, wat betreft het structureren van berichten op basis van de resultaten van de studie van de minimale DPI en de resultaten van actie 2, belangrijk zijn om Sumehr 2.0. te onderzoeken.
- Een bijkomende inspanning voor het structureren van de consultatieverslagen, de ontslagbrieven en de operatieprotocollen zou wenselijk zijn.

faut définir des balises, des livrables qui doivent être associés à des standards et évalués. On peut ainsi conditionner que telle ou telle prime soit liée au fait que les Sumehrs publiés soient codés en SNOMED, ou que telle entité n'accepte plus leur demande de remboursement que si elles sont transmises dans tel ou tel format.

- Mise à jour du cadre de référence technique en fonction des conclusions de la roadmap (T1 2016) qui sera communiquée vers le comité de concertation

PA13.B.3. Interopérabilité technique

Voir également le point sur le point 4 lié à la coordination / à l'architecture

- En termes de structuration de message, la priorité a été mise sur la publication des résultats labos en HL7 V3, dans une enveloppe Kmehr, de manière codée, par le système Hubs/ metahub et l'eHealthbox. Le planning suivant a été proposé :
 - L'intégration des codes LOINC à partir de début 2016,
 - La connexion des labos aux systèmes hubs / metahub à partir de début 2016 et
 - Les résultats labos envoyés par les Hubs sous format HL7 encapsulé dans un message Kmehr pour 2017.

Dans une étape ultérieure, la réflexion sera étendue pour couvrir l'ensemble du processus (de la requête, à la gestion des échantillons et aux analyses microbiologiques)

- Ensuite en terme de structuration de message, sur base des résultats de l'étude du DPI minimal et les résultats de l'action 2, il sera important d'investiguer sur le Sumehr 2.0.
- Un effort supplémentaire de structuration des rapports de consultation des lettres de sorties et des protocoles opératoires serait souhaitable
- La structuration des rapports d'imagerie médicale est postposée après les

- De structurering van de verslagen van de medische beeldvorming wordt uitgesteld tot na de verslagen van de laboresultaten (2018).
- Voor de administratieve vereenvoudiging:
 - publicatie van een bericht voor het verwerken van de aanvragen voor de erkenning van een handicap (Handicare)
 - publicatie van een bericht voor het verwerken van de attesteringen en getuigschriften
- Actualiseringen van de voorschriften op basis van de Recip-e-projecten en andere (medicatieschema, ...)
- Aanpassing van de berichten voor de registers

Terbeschikkingstelling voor de leveranciers van software en diensten (S2-2016):

- van een centraal repertorium van de webservices (eHealth, hubs, Vitalink, GFD/DPP, HealthData, ...) en andere beschikbare interfaces;
- van een centraal repertorium dat gericht is op de beschikbare integratiemodules voor de softwarebedrijven, alsook op hun technische documentatie en business
 - lijst van API's, connectoren, technische bibliotheek en andere elementen die standaard in de software kunnen worden opgenomen;

AP13.B.4. Beheer en coördinatie van het geheel van de standaarden binnen het e-gezondheids project

- Actualisering van het technisch referentiekader op basis van de conclusies van de roadmap (T1 2016)
 - Evolutienota van Kmehr inzake de huidige architectuur, een geleidelijke afstemming en migratie met HL7 V3 en de begrippen CDA en wat betreft de semantische aspecten (gebruik van SNOMED en aanpassing van Kmehr) (S2 2016)
 - Consolidering van verschillende business projecten in een globale visie (bijv. medicatieschema en medisch dossier)

rapports de résultats de labo (2018).

- Pour la simplification administrative :
 - Publication d'un message pour traiter les requêtes de demande de reconnaissance d'handicap (Handicare)
 - Publication d'un message pour traiter les attestations et certificats
- En fonction des projets recip-e et autres (Schéma de médication, ...) mises à jour des prescriptions
- Adaptation des messages pour les registres

Mise à disposition pour les fournisseurs de logiciel et de service (S2-2016):

- D'un répertoire central des webservice- services (eHealth, hubs, Vitalink, GFD/DPP, HealthData, ...) et autres interfaces disponibles,
- D'un répertoire central pointant vers les modules d'intégration pour les maisons de soft disponibles ainsi que vers leur documentation technique et business.
 - Liste d'API, connecteurs, technical library, et autres composants pouvant être intégrés de manière standard dans les logiciels

PA13.B.4. Gestion et coordination de l'ensemble des standards au sein du projet e-Satné

- Mise à jour du cadre de référence technique en fonction des conclusions de la roadmap (T1 2016)
 - Note d'évolution de Kmehr par rapport à l'architecture actuelle, par rapport à un alignement et migration progressive avec HL7 V3 et les notions de CDA et par rapport aux aspects sémantiques (utilisation de SNOMED et adaptation de Kmehr) (S2 2016).
 - Consolidation de plusieurs projets business en une vision globale (ex : schéma de médication et dossier médical)

- Bestuursnota voor het XML-repertorium en eerste berichten die niet Kmehr-gericht zijn (T3 2015)
- Reflectie over de levenscyclus van essentiële documenten (medicatieschema, Sumehr's en andere transacties) en de business aanbevelingen om die documenten te vervolledigen:
 - werken in fasen;
 - synergieën met IHE om hun reflecties met betrekking tot de profielen / gegevensstromen in aanmerking te nemen
- De uitbreiding van de reflectie naar de multidisciplinariteit is later gepland.
- Oprichting van een instelling voor het beheer van de UID's en de OID's

- Note de gouvernance pour le répertoire XML et Premier messages non Kmehr référencés (T3 2015)
- Réflexion sur le cycle de vie de documents essentiels (schéma de médication, Sumehr et autres transactions) et les recommandations business pour compléter ces documents.
 - Fonctionner par étapes
 - Synergies avec IHE pour prendre en compte leurs réflexions liées aux profils/ flux de données
- L'extension de la réflexion à la multidisciplinarité est prévue ultérieurement.
- Mise en place d'une instance pour gérer les UID et OID

KPI

Wat		Wanneer
Positieve evaluatie van de softwarepakketten	Per sector (huisartsgeneeskunde /	
	Laden & actualiseren van de terminologieën (Snomed) van het distributiesysteem	
	Coderen in Snomed / andere	
	Verschillende gestructureerde en gecodeerde documenten exporteren (rekening	

KPI

Quoi		Quand
Evaluation positive des logiciels	Par Secteur (Médecine générale /infirmier ...)	
	Chargement & mises à jour des terminologies (Snomed) du système de distribution	
	Outils d'encodage en Snomed / autres	
	Export de différents documents structurés et codés (tenant compte de	

	houdende met de Business-regel)	
	EBM practicenet	
	Gestructureerde en gecodeerde documenten importeren + integreren in EHR	
80% nieuwe oplossingen voorgesteld in de architectuur worden afgestemd op de keuzes van technische en semantische standaarden (Snomed)		Vanaf Q1 2016

• **AFSPRAKEN OP KORTE TERMIJN**

Wat	Wie	Wanneer
<i>Uitbreiding van de Kmehr-website</i>	eHealth / FOD	T2 2016
Actualisering van het technisch referentiekader	eHealt / groep architectuur	T1 2016
<i>Aangepast evaluatieproces van de softwarepakketten</i>	eHealth	T1 2016
<i>Duidelijke communicatie over de drie standaardiseringsorganen</i>	Ehealth	S2 2015

	règle Business)	
	EBM practicenet	
	Import de documents structurés et codé + intégration dans l'EHR	
80 % de nouvelles solutions présentées en architecture sont alignées avec les choix de standards techniques et sémantiques (Snomed)		A partir de Q1 2016

• **ACCORDS À COURT TERME**

Quoi	Qui	Quand
<i>Extension du portail Kmehr</i>	eHealth / SPF	T2 2016
Mise à jour du cadre de référence technique	eHealth / groupe d'architecture	T1 2016
<i>Processus adapté d'évaluation des logiciels</i>	eHealth	T1 2016
<i>Communication claire sur les trois organes de standardisation</i>	Ehealth	S2 2015

Bericht van laboresultaten (HL7 V3, omvat in het Kmehr-bericht)	eHealth	2017	Message de résultat labo (HL7 V3, encapsulé dans message Kmehr)	eHealth	2017
De structurering van de verslagen van de medische beeldvorming		2018	La structuration des rapports d'imagerie médicale		2018
Evolutienota van Kmehr (HL7 / Snomed)	eHealth / terminologiecentrum / groep voor de structurering van de berichten	S2 2016	Note d'évolution de Kmehr (HL7 / Snomed)	eHealth / centre de terminologie / groupe de structuration des messages	S2 2016
Bestuursnota voor het XML-repertorium	eHealth / groep voor de structurering van de berichten	S2 2015	Note de gouvernance pour le répertoire XML	eHealth / Groupe de structuration des messages	S2 2015
Oprichting van een instelling voor het beheer van de UID's en OID's	Te bepalen	S1 2016	Mise en place d'une instance pour gérer les UID et OID	A définir	S1 2016
Centraal repertorium van webservices & interfaces	eHealth	S2 2016	répertoire central des webservice-services & interfaces	eHealth	S2 2016
<ul style="list-style-type: none"> • LANGE TERMIJN ⇨ 2018 			<ul style="list-style-type: none"> • LONG TERME ⇨ 2018 		
ACTIEPUNT 13C - STANDAARDEN			POINT D'ACTION 13C – STANDARDS		
A. Algemeenheden			A. Généralités		
Doelstellingen:			Objectifs		
1. De creatie van een governance en transparantiemodel gericht op de interoperabiliteit van en tussen de zorgprocessen en ICT-processen			1. Créer un modèle de gouvernance et de transparence axé sur l'interopérabilité des et entre les processus de soins et les processus ICT		

<p>enerzijds, en op de match met de globale, achterliggende visie en ruimere hervormingen anderzijds. Dit model coördineert tegelijkertijd de acties doorheen de diverse betrokken beleidsniveaus en vormt dus een gedeeld initiatief.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. De gebruikte standaarden van reeds bestaande processen of diensten in kaart brengen en op een overzichtelijke, transparante en vlot toegankelijke wijze online publiceren. 3. Nieuwe processen of diensten meteen in kaart brengen en publiceren, waarbij het hergebruiken, updaten of onderling harmoniseren van bestaande en nieuwe, erkende standaarden wordt nagestreefd. 4. Verkenning van de piste van conform statements. Door de conform statements benadering worden meer interoperabiliteit functionaliteiten gestimuleerd, in een backward compatible omgeving, waarbij men in verschillende niveaus kan migreren, stap voor stap. <p>Specifieke actiepunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De projectverantwoordelijke van elke (bestaande en/of nieuwe) Dienst Toegevoegde Waarde (DTW) moet het hele proces van de gegevensuitwisseling in kaart brengen waarbij voor elk element (terminologie, classificatie, codeersystemen, registers, berichten, processen...) de huidige en geprefereerde standaarden worden aangeduid of uitgewerkt en gedocumenteerd. - Deze complete beschrijvingen worden op één plaats vlot en transparant toegankelijk gemaakt, mede ondersteund door het gedeelde governance model van overheid (RIZIV, FOD Volksgezondheid), patiënt, zorgsector, kenniscentra en industrie. (Standaarden Platform) Ehealth kan dit proces technisch ondersteunen, maar de feitelijke governance betreft een rechtstreeks engagement van alle stakeholders in directe interactie met het kabinet Volksgezondheid. Het governance model omvat een kamer over transparantie, een kamer over technische standaarden en een kamer over klinische standaarden. Het intersectorale coördinatiecentrum met al de 	<p>d'une part, et sur la correspondance avec la vision globale, sous-jacente et les réformes plus larges d'autre part. Ce modèle coordonne en même temps les actions à travers les différents niveaux stratégiques concernés et constitue donc une initiative partagée.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dresser l'inventaire des standards utilisés de processus ou services déjà existants et en faire la publication en ligne de manière récapitulative, transparente et facilement accessible. 3. Répertoire d'emblée les nouveaux processus ou services et les publier, en visant la réutilisation, la mise à jour ou l'harmonisation de standards existants et nouveaux reconnus. 4. Exploration de la piste des déclarations de conformité L'approche des déclarations de conformité permet de stimuler davantage les fonctionnalités d'interopérabilité, dans un environnement compatible en amont qui permet de migrer en différents niveaux, étape par étape. <p>Points d'action spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le responsable de projet de chaque Service de Valeur Ajoutée (SVA) existant et/ou nouveau doit répertorier l'ensemble du processus d'échange de données qui veille à ce que, pour chaque élément (terminologie, classification, systèmes d'encodage, registres, messages, processus, etc.), les standards actuels et préférés soient indiqués ou élaborés et documentés. - Ces descriptions complètes sont accessibles à un seul endroit de manière aisée et transparente, notamment avec le soutien du modèle de gouvernance partagé des autorités (INAMI, SPF Santé publique), du patient, du secteur de soins, des centres de connaissance et de l'industrie. (Plate-forme Standards) eHealth peut soutenir techniquement ce processus, mais la gouvernance réelle concerne un engagement direct de tous les stakeholders dans l'interaction directe avec le cabinet Santé publique. Le modèle de gouvernance comporte une chambre relative à la transparence, une chambre relative aux standards techniques et une chambre relative aux standards cliniques. Le centre de coordination intersectoriel, et tous les acteurs susmentionnés, coordonne les chambres concernées et veille à ce que les
---	---

<p>genoemde actoren overkoepelt de betrokken kamers en zorgt ervoor dat de diverse puzzelstukken in elkaar passen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In zijn volledige vorm wordt deze beschrijving het technische 'cookbook' van de DTW, waarin elk van de gestandaardiseerde elementen aan bod komen. - In zijn vereenvoudigde vorm geeft de beschrijving aan gebruikers en buitenstanders een duidelijk overzicht van de gebruikte standaarden betreffende gegevens, berichten, processen en functies en dus hoe ze worden uitgewisseld en opgeslagen. - De stakeholders binnen het governance model komen op regelmatige basis samen om de DTW en de onderlinge verbindingselementen (doelstellingen en standaarden) systematisch op elkaar af te stemmen, en bij te sturen waar nodig in functie van de relatie met de globale visie. Het kabinet Volksgezondheid bezet hierbij het voorzitterschap, vermits de onderliggende doelstellingen ook beleidskeuzes betreffen in mijn met de publieke volksgezondheid. Tegelijk ligt de nadruk zoveel als mogelijk op het bekomen van consensus. Bestaande commissies, zoals de kmehr-commissie, worden ingekanteld. - Een conform statement methodologie dient verder uitgewerkt . Dit kan gebaseerd worden op de DICOM standaard (medische beeldvorming) en IHE. Dit vormt de basis van technische standaarden. Daarnaast worden de gerelateerde zorgstandaarden zoveel als mogelijk met evidence based input opgesteld. <p>Project verantwoordelijke en betrokken Stakeholders:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projectverantwoordelijke: TBD IKBW • Betrokken stakeholders: <ul style="list-style-type: none"> ○ in eerste instantie de Projectverantwoordelijken van elke DTW, in parallel het conform statement concept uitwerken. ○ in tweede instantie de betrokken stakeholders vanuit overheid, patiënt, zorgsector en industrie, conform de horizontale gedragenheid binnen het 	<p>différentes pièces du puzzle soient bien assemblées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous sa forme complète, cette description devient le 'cookbook' technique du SVA, dans lequel chacun des éléments standardisés est abordé. - Dans sa forme simplifiée, la description aux utilisateurs et aux externes donne un aperçu clair des standards utilisés relatifs aux données, aux messages, aux processus et aux fonctions ainsi que la façon dont ils sont échangés et stockés. - Les stakeholders, au sein du modèle de gouvernance, se réunissent régulièrement pour harmoniser systématiquement le SVA et les éléments de liaison (objectifs et standards), et les corriger le cas échéant en fonction de leur relation avec la vision globale. La présidence de ces réunions est assurée par le cabinet Santé publique, étant donné que les objectifs sous-jacents concernent aussi des choix stratégiques liés à la santé publique. L'accent est mis le plus possible sur l'obtention d'un consensus. Les commissions existantes - comme la commission kmehr - y sont intégrées. - Il faut encore élaborer une déclaration de conformité relative à la méthodologie. On peut pour ce faire se baser sur le standard DICOM (imagerie médicale) et IHE. C'est ce qui constitue la base des standards techniques. En outre, les standards de soins reliées doivent le plus possible respecter un ancrage evidence based. <p>Responsable de projet et stakeholders concernés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de projet : TBD IKW • Stakeholders concernés : <ul style="list-style-type: none"> ○ en premier lieu, les responsables de projet de chaque SVA, élaborer en parallèle le concept de déclaration de conformité. ○ en second lieu, les stakeholders concernés des autorités, le patient, le secteur de soins et l'industrie, conformément à l'attitude horizontale au sein du modèle de gouvernance partagé en corrélation entre les niveaux
--	---

gedeelde governancemodel, in samenhang tussen de beleidsniveaus.

Realistisch & Aanvaardbaar :

- De meeste documentatie rond de beoogde Standaarden bestaat al, maar is vandaag sterk verspreid en niet altijd vlot toegankelijk. Het volstaat dit meer geordend en toegankelijk te maken.
- Anderzijds is het doel uiteraard een cultuur van standaardisering van gegevens, berichten en processen aan te moedigen. Het betreft een geleidelijk proces.
- Dit kan enkel indien er voldoende en brede betrokkenheid wordt georganiseerd. Tegelijk is het niet zo moeilijk om zulk governancemodel op poten te zetten, gezien het enthousiasme voor deelname bij de diverse stakeholders.

Meetpunten:

- Aantal DTW dat volledig gedocumenteerd werd t.o.v. het totaal aantal DTW dat beschikbaar is (cf. eHealth Platform).
- Aantal DTW waarbij de interoperabiliteit volledig op punt werd gesteld.
- De beschikbaarheid van een volledig, online overzicht als ijkpunt.
- Jaarlijkse tevredenheidsenquête bij de gebruikers van het Standaarden Platform.
- Objectieve beoordeling van de mate waarin de DTW en verbindingselementen effectief als één geheel functioneren, in lijn met de vooropgestelde doelstellingen en standaarden
- Conform statements zijn operationeel en worden gebruikt
- De adoptierate van conformiteit, zowel bij de gebruikers als bij de softwareleveranciers

Timing:

- Tweede helft 2015: uitwerking van connector-model met governance, transparantie en standaardisatie (interoperabiliteitsfocus)
- Eerste helft 2016: Omzetten in regelgeving / wetgeving
- Tweede helft 2016: Het connector-model wordt operationeel

stratégiques.

Réaliste et Acceptable

- La plupart des documents relatifs aux Standards visés existent déjà, mais sont actuellement très disséminés et pas toujours accessibles facilement. Il suffit de les ordonner davantage et les rendre plus accessibles.
- L'objectif est évidemment d'encourager une culture de standardisation des données, des messages et des processus. C'est un processus progressif.
- Cela n'est possible qu'en organisant une implication large et suffisante des partenaires. En même temps, il n'est pas si difficile de mettre sur pied ce type de modèle de gouvernance, au vu de la motivation à participer présente chez les différents stakeholders.

Points d'évaluation :

- Nombre de SVA documentés entièrement par rapport au nombre total de SVA disponibles (cf. Plate-forme eHealth).
- Nombre de SVA dans lesquels l'interopérabilité a complètement été mise au point.
- La disponibilité d'un aperçu complet et en ligne comme étalon.
- Enquête de satisfaction annuelle auprès des utilisateurs de la Plate-forme Standards.
- Évaluation objective de la mesure dans laquelle les SVA et les éléments de liaison agissent effectivement comme un seul ensemble, répondant aux objectifs et normes préconisés.
- Les déclarations de conformité sont opérationnelles et sont utilisées.
- Le taux d'adoption de la conformité, tant au niveau des utilisateurs que des fournisseurs de logiciels.

Calendrier

- Second semestre 2015 : élaboration du modèle de connecteur avec gouvernance, transparence et standardisation (focus sur l'interopérabilité).
- Premier semestre 2016 : transposer en réglementation / législation.
- Second semestre 2016 : le modèle de connecteur devient opérationnel.

- 2017: Het connector-model is op kruissnelheid en wordt afgerekend op haar meetpunten.

BIJLAGE 1 :

Context:

Bij uitwisseling van gegevens moeten zoveel mogelijk elementen gestandaardiseerd worden. Het betreft een ruimer kader dan de gekende data-standaarden, dat de ganse interoperabiliteit van e-health omvat, inclusief de linken met EPD, mhealth, enz. Hierbij is er nood aan een model van governance, transparantie en directe onderlinge afstemming in standaardisering, waarbij de verschillende Diensten Toegevoegde Waarde tot één coherent geheel worden samengebracht, in lijn met de globale achterliggende (evoluerende) visie. Dit actiepunt wordt verder gevisualiseerd in de vorm van het Connectormodel (zie bijlage). Dit model van governance, transparantie en interoperabiliteit is geen statisch gegeven, maar intrinsiek dynamisch, waarbij nieuwe waardevolle evoluties en internationale standaarden systematisch opgenomen worden, zonder de voorgaande werking overmatig te verstoren, maar wel meer interoperabiliteit met toegevoegde waarde stimuleren en creëren.

Het evenwicht dient bewaard te worden tussen de aansturing en afrekening op doelstellingen enerzijds (in onderlinge samenspraak) en de concrete uitwerking en toepassing door het sociaal ondernemerschap van de zorgsector en industrie (de 'hoe' vraag). Binnen zulke 'connector' komen de volgende elementen van afstemming systematisch aan bod, telkens geformuleerd in de doelstellingen waartoe zorgsector en industrie, zich samen met het perspectief van de patiënt, kenniscentra en overheid engageren:

1. « **Terminologie** » (Gestandaardiseerde benoeming, beschrijving en

- 2017 : le modèle de connecteur atteint sa vitesse de croisière et est évalué sur ses points de mesure.

ANNEXE 1:

Contexte

L'échange de données doit permettre de standardiser un maximum d'éléments. Il est en l'occurrence question d'un cadre plus large que les standards de données connus, qui comprend l'interopérabilité d'eHealth, les liens avec le DPI, mhealth, etc. Un modèle de gouvernance s'impose ici, ainsi qu'une transparence et des correspondances directes dans la standardisation, qui permet de réunir les différents Service de Valeur Ajoutée afin qu'ils constituent un seul ensemble cohérent en accord avec la vision (évolutive) globale sous-jacente. Ce point d'action est visualisé dans la suite du document sous forme de modèle de connecteur (cf. annexe). Ce modèle de gouvernance, de transparence et d'interopérabilité n'est pas une donnée statique mais il est intrinsèquement dynamique du fait qu'il inclut systématiquement de nouvelles évolutions et des standards internationaux qualitatifs, et ce sans perturber de façon excessive le fonctionnement précédent mais au contraire en stimulant et en créant une plus grande interopérabilité à valeur ajoutée.

Il faut maintenir l'équilibre entre le pilotage et l'évaluation des objectifs d'une part (en étroite concertation) et l'élaboration concrète et leur application par l'entrepreneuriat social du secteur de soins et l'industrie (la question du 'comment'). Dans ce type de 'connecteur', les éléments suivants de concordance entrent systématiquement en ligne de compte, à chaque fois formulés dans les objectifs auxquels le secteur des soins et l'industrie s'engagent, avec la perspective du patient, des centres de connaissance et des autorités :

1. « **Terminologie** » (dénomination standardisée, description et encodage des éléments d'information ; ex. SNOMED, LOINC, CNK, etc.)
2. « **Classification** » (systèmes de classification pour les éléments décrits

codering van informatie elementen; bv. SNOMED, LOINC, CNK...)

2. « **Classificatie** » (Classificatie systemen voor de beschreven elementen onderling vb. ATC, ICD 9, ICD 10, Stoffliste...)
3. « **Codeersystemen** » (Standaardisatie van gebruikte codeersystemen bv. XML, de Belgische KHMER standaard).
4. « **Registers** » (Beschrijving van al dan niet gemeenschappelijke datasets, gebruikt in registers ; gebruikte standaarden per veld...).
5. « **Berichten en communicatiestandaarden** » (Structuur van berichten, algemeen en/of t vastgelegd per communicatieproces + gebruikte standaarden per veld; bv. HL7, KMEHR, EDIFATC...).
6. « **Processen en functies** » (Beschrijving van de – minimale – functies en processen die bepaalde softwareapplicaties moeten bevatten, in lijn met eenzelfde beschrijving van functies en processen in de zorg die hierdoor ondersteund wordt. Dit veronderstelt ook het beschrijven (tot op een functioneel niveau) van de interfaces en functies die zeker moeten voorzien en ondersteund worden, zowel aan de zijde van de zorgaanbieder, als aan de zijde van de softwareleverancier . (NB : Deze technische standaard vormt de basis voor homologatie, maar ook voor controle op de effectief uitgerolde software enerzijds, en als klinische standaard de basis voor conformiteit met en controle van de opname van het engagement tot interoperabiliteit anderzijds).

Een aspect die hierbij niet uit het oog mag verloren worden, zijn achterliggende standaarden i.v.m. de regelgeving en facturatie. In de mate dat de facturatieprocessen, data-extractie... (vb i.v.m. toekomstige kwaliteitsprikkel e.a.) gewijzigd worden door de hervorming van de financiering, dienen zulke nieuwe doelstellingen en standaarden zich waar nodig te vertalen in de bovenstaande verbindingselementen. Deze match tussen Roadmap 2.0 en de hervorming van de financiering wordt best systematisch mee opgenomen in de (overkoepelende) governance modellen. Hetzelfde geldt voor de onderlinge afstemming tussen de beleidsniveaus (vb. tussen Roadmap 2.0 en het thema gegevensdeling in het kader van Flanders care). Immers, ook de EVA

ex. ATC, ICD 9, ICD 10, Stoffliste...)

3. « **Systèmes d'encodage** » (standardisation des systèmes d'encodage utilisés ex. XML, le standard KHMER belge).
4. « **Registres** » (description des sets de données communes ou non, utilisés dans les registres ; standards utilisés par champ, etc.).
5. « **Messages et standards de communication** » (structure des messages, généraux et/ou fixés par processus de communication + standards utilisés par champ ; ex. HL7, KMEHR, EDIFATC, etc.).
6. « **Processus et fonctions** » (description des fonctions et processus - minimaux - qui doivent faire obligatoirement partie des programmes, correspondant à une même description des fonctions et des processus dans les soins soutenus dans ce but. Cela suppose aussi la description (jusqu'à un niveau fonctionnel) des interfaces et des fonctions qui doivent certainement être prévues et soutenues, tant du côté du prestataire de soins que du fournisseur de logiciels (NB : ce standard technique constitue la base de l'homologation, mais également du contrôle du logiciel effectivement déployé d'une part, et comme standard clinique la base de conformité avec contrôle de l'intégration de l'engagement d'interopérabilité d'autre part).

Dans ce cadre, il ne faut pas perdre de vue les standards sous-jacents qui concernent la réglementation et la facturation. Dans la mesure où les processus de facturation, l'extraction de données, etc. (ex. les stimulants futurs à la qualité) subissent des modifications à la suite d'une réforme de financement, ces nouveaux objectifs et standards doivent être traduits le cas échéant dans les éléments de liaison susmentionnés. Cette correspondance entre la Roadmap 2.0 et la réforme du financement doit de préférence figurer systématiquement dans les modèles de gouvernance (de coordination). Il en va de même pour la correspondance entre les niveaux de pouvoir (ex. entre la Roadmap 2.0 et le thème de partage de données dans le cadre de Flanders care). En effet, le partage des données EVA prendra rapidement forme.

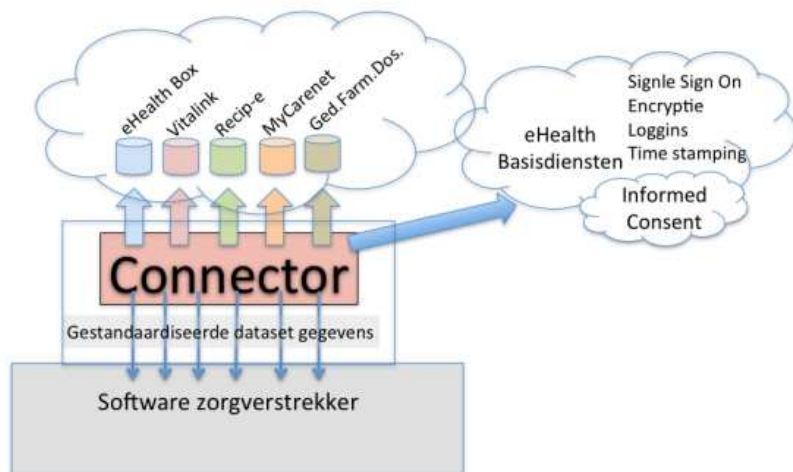
Une deuxième relation importante, si le lien est établi progressivement avec les

<p>gegevensdeling zal spoedig vorm krijgen.</p> <p>Een tweede belangrijke relatie, indien we stapsgewijs ook de link leggen met functies en processen in de zorg zelf, is de relatie tussen standaarden en evidence based richtlijnen. Dit vertaalt zich immers niet alleen via de DTW van decision support, maar ook als richtsnoer van de logische zorgketen (zonder zorg te betonneren). We verwijzen hierbij naar de analogie met zorgpaden. Organisaties zoals CEBAM en KCE kunnen hierbij nuttige input aanleveren.</p> <p>Binnen het gedeelde governance model van de 'connector' wordt op regelmatige basis de relatie gelegd tussen de Diensten Toegevoegde Waarde, bovenstaande verbindingselementen en de overkoepelende, globale visie (waarbij de VIDIS tekst het startpunt vormt voor wat betreft het geneesmiddelenluik, doch verder dient aangevuld te worden voor de diverse andere luiken). Hierdoor kunnen in onderlinge samenspraak de doelstellingen en standaarden geupdate worden wanneer dit de werking verbetert en/of een bijkomende meerwaarde tot stand brengt.</p> <p>Telkens moet naast de beschrijving van de standaard voor iedereen duidelijk zijn</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie instaat voor het beheer; - waar de standaard bewaard en onderhouden wordt; - welke de doelgroep en context is van het gebruik; - welke de eventuele gebruiksvoorwaarden zijn. <p>Dit wordt opgevolgd vanuit het governance model en bijgestuurd waar nodig.</p> <p>De interoperabiliteit tussen twee omgevingen (toestellen, diensten, functies....) wordt weergegeven in een conform statement geregistreerd bij het governance model. Zulke statements, die we reeds kennen bij de interoperabiliteit van medische beeldvorming, verzekeren een voldoende juridische en contractuele verankering, waarbij het eigen initiatief van sociaal ondernemerschap bewaard blijft. Een statement kan vorm gegeven worden door de aanbieder zelf of uitbesteed worden aan een derde. Het hanteren van statements respecteert ieders snelheid in evolutie. Het gebruik van conform statements vormt de</p>	<p>fonctions et les processus dans les soins mêmes, est la relation entre les standards et les directives evidence based. Cette relation se traduit en effet non seulement via le SVA de decision support, mais devient aussi le fil conducteur de la chaîne de soins logique (sans bétonner les soins). Nous y faisons référence par analogie avec les trajets de soins. Des organisations comme le CEBAM et le KCE peuvent apporter une contribution utile à cet égard.</p> <p>Dans le cadre du modèle de gouvernance partagé du 'connecteur', la relation est régulièrement établie entre les Services de Valeur Ajoutée, les éléments de liaison susmentionnés et la vision globale de coordination (dans laquelle le texte VIDIS constitue le point de départ pour ce qui concerne le volet médicaments, même s'il doit être complété pour les autres volets divers). Cela permet de faire une mise à jour, en concertation, des objectifs et des standards dès l'instant où elle améliore le fonctionnement et/ou entraîne une plus-value supplémentaire.</p> <p>En plus de la description du standard, il convient systématiquement de clarifier pour tout le monde :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui se charge de la gestion ; - Où le standard est-il conservé et entretenu ; - Quel est le groupe cible et le contexte de l'utilisation ; - Quelles sont les conditions d'utilisation éventuelles. <p>Tout cela est suivi à partir du modèle de gouvernance et est corrigé le cas échéant.</p> <p>L'interopérabilité entre deux environnements (appareils, services, fonctions, etc.) est mentionnée dans une déclaration de conformité enregistrée au niveau du modèle de gouvernance. De telles déclarations, que nous connaissons déjà dans l'interopérabilité de l'imagerie médicale, assurent un ancrage juridique et contractuel suffisant et permettent de conserver l'initiative personnelle d'entrepreneuriat social. Une déclaration peut obtenir un contenu par le prestataire même ou être confiée à un tiers. L'utilisation de déclarations respecte la rapidité de chacun en terme d'évolution. L'utilisation de déclarations de conformité forme le pendant bottom-up du modèle de gouvernance top down.</p>
--	--

bottom-up tegenhanger van het top down governance model. Bij zowat alle bestaande e-Gezondheid applicaties werden *de facto* standaarden gekozen, of gemaakt. Vaak gebeurde dit zonder voldoende onderlinge coördinatie. In elk geval ontbreekt een compleet en vlot toegankelijk, transparant kader.

Er is ook nood aan een exhaustief online “adresboek” van alle betrokken stakeholders in het e-health landschap, wat onderlinge communicatie en afstemming vlotter mogelijk moet maken.

BIJLAGE2 : CONNECTOR-MODEL



ACTIEPUNT 14: MYCARENET

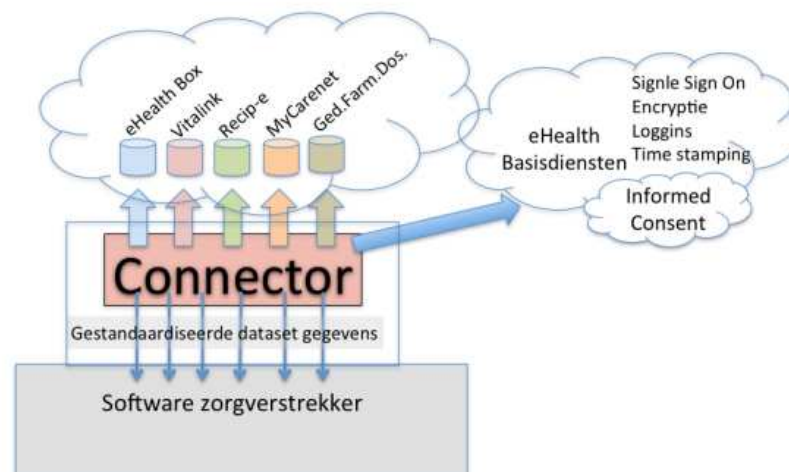
AANDACHTSPUNTEN

In het kader van dit actieplan worden de volgende aandachtspunten in

Dans pratiquement toutes les applications e-santé existantes, des standards ont *de facto* été choisis ou créés. Souvent, sans coordination suffisante. Il manque en tout cas un cadre transparent complet et facilement accessible.

Il faut également disposer d'un « carnet d'adresses » en ligne exhaustif de tous les stakeholders du paysage de l'e-santé, ce qui doit permettre une communication et des convergences plus aisées.

ANNEXE 2: MODELE DE CONNECTEUR.



POINT D'ACTION 14 : MYCARENET

POINTS D'ATTENTION

Dans le cadre de ce plan d'actions, les points d'attention suivants sont pris en

<p>aanmerking genomen</p> <p>1. Invoeren van een bestuursmodel voor de verschillende actieplannen zodat de prioriteiten, de wijzigingen (nieuwe projecten en change requests) en de werkbelasting van de verschillende partners kan worden geëvalueerd. Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - synchronisatie van de acties en de analyses in het kader van de schrapping van de papieren documenten - synchronisatie met de softwareproviders <p>Projectleider/WIE ? <u>Projectleider (Co-voorzitterschap)</u> RIZIV-NIC; <u>Partners:</u> NIC, VI's, RIZIV, eHealth</p> <p>Deadline/WANNEER ? 2015</p> <p>2. In de commissies moet meer belang worden gehecht aan de moderniseringsprojecten en -trajecten tijdens de verschillende projectfasen (vanaf de behoeftenanalyse). Enerzijds moeten de behoeften van de gebruikers (vertegenwoordigd door hun gesprekspartners) in aanmerking worden genomen en anderzijds moet er een commitment worden verkregen over de daadwerkelijke implementatie door de sector, waarbij ook de timing voor de roll-outs wordt nageleefd:</p> <p>Projectleider/WIE? <u>Projectleider:</u> NIC (voor dit plan); <u>Partners:</u> NIC, RIZIV, Softproviders, user groups</p> <p>Deadline/WANNEER? Voor de projecten die van start gaan vanaf T4/2015</p> <p>3. Metten/monitoren en verhogen van de end-to-end-beschikbaarheid van de diensten (doelstellingen via globale en individuele SLA's), bijvoorbeeld via de redundantie van de systemen of de vereenvoudiging van de architecturen</p> <p>Projectleider/WIE? <u>Projectleider:</u> RIZIV/NIC/VI's; <u>Partners:</u> NIC, VI's, eHealth, RIZIV, Softproviders</p>	<p>compte :</p> <p>1. Mettre en place un modèle de gouvernance au niveau des différents plans d'action permettant d'appréhender les priorités, les changements (nouveaux projets et change requests) et la charge de travail des différents partenaires. Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - synchronisation des actions et des analyses dans le cadre de la dématérialisation des documents papier - synchronisation avec les software providers <p>Chef de projet/QUI ? Chef de projet (Co-présidence) INAMI-CIN; Parties prenantes : CIN, OAs, INAMI, e-Health</p> <p>Deadline/QUAND ? 2015</p> <p>2. Donner plus d'importance dans les Commissions pour les projets et les trajets de modernisation pendant les différentes étapes des projets (à partir de l'analyse des besoins) Il doit s'agir d'une part de prendre en considération les besoins des utilisateurs (représentés par leurs interlocuteurs) et d'autre part d'obtenir un commitment sur la mise en œuvre réelle par le secteur, y compris le respect du timing pour les roll-outs :</p> <p>Chef de projet/QUI ? <u>Chef de projet:</u> CIN (pour ce plan) ; <u>Parties prenantes:</u> CIN, INAMI, Softproviders, user groups</p> <p>Deadline/QUAND ? Pour les projets commençant à partir de Q4/2015</p> <p>3. Mesurer/monitorer et augmenter la disponibilité end-to-end des services (objectifs via SLA globaux et individuels), via par exemple la redondance des systèmes ou la simplification des architectures</p> <p>Chef de projet/QUI ? <u>Chef de projet:</u> INAMI/CIN/OAs ; <u>Parties prenantes :</u> CIN, OAs, E-Health, INAMI, Softproviders</p>
---	---

<p>Deadline/WANNEER? Analyse in 2015</p> <p>4. Betere acceptatie van de diensten door de gebruikers, bijvoorbeeld via opleidings- en demoplatforms</p> <p>Projectleider/WIE? <u>Projectleider</u>: NIC in het kader van MyCareNet; <u>Partners</u>: NIC, eHealth, User Groups</p> <p>Deadline/WANNEER? Haalbaarheidsanalyse in 2015; POC: 2016; Platform: te definiëren op basis van het POC</p> <p>5. De beschikbaarheid van de testomgevingen verhogen om de functionele acceptatie en de non-regressie-testmogelijkheden te verbeteren</p> <p>Projectleider/WIE? <u>Projectleider</u>: NIC + VI's; <u>Partners</u>: NIC, VI's, Softproviders</p> <p>Deadline/WANNEER? Behoeftenanalyse in 2015</p> <p>6. De coördinatie met de connexe sectoren verbeteren om vertragingen in de roll-out te voorkomen (bijvoorbeeld voor de fiscale en juridische aspecten)</p> <p>Projectleider/WIE? <u>Projectleider</u>: RIZIV; <u>Partners</u>: NIC, eHealth, RIZIV, FOD Financiën</p> <p>AP14.1. Elektronische facturatie van de derdebetalersregeling</p> <p>Via die facturatedienst kan elke instelling of zorgverlener het facturatiebestand dat in het kader van de derdebetalersregeling is opgesteld, op elektronische wijze via het netwerk doorsturen.</p>	<p>Deadline/QUAND ? Analyse en 2015</p> <p>4. Améliorer l'adoption des services par les utilisateurs, via par exemple des plateformes de formation et de démo</p> <p>Chef de projet/QUI ? <u>Chef de projet</u>: CIN dans le cadre de Mycarenet ; <u>Parties prenantes</u> : CIN, E-Health, User Groups</p> <p>Deadline/QUAND ? Analyse de faisabilité en 2015 ; POC: 2016 ; Plateforme: à définir en fonction du POC</p> <p>5. Augmenter la disponibilité des environnements de test pour améliorer l'acceptance fonctionnelle, les possibilités de test de non-régression</p> <p>Chef de projet/QUI ? <u>Chef de projet</u>: CIN + OAs ; <u>Parties prenantes</u> : CIN, OAs, Softproviders</p> <p>Deadline/QUAND ? Analyse des besoins en 2015</p> <p>6. Améliorer la coordination avec les secteurs connexes pour éviter des retards dans le déploiement (par exemple pour les aspects fiscaux et aspects juridiques)</p> <p>Chef de projet/QUI ? <u>Chef de projet</u>: INAMI ; <u>Parties prenantes</u>: CIN, E-Health, INAMI, SPF Finance</p> <p>PA 14.1. Facturation électronique du tiers-payant</p> <p>À travers ce service de facturation, tout établissement ou dispensateur de soins peut transmettre le fichier de facturation établi dans le cadre du tiers-payant par voie électronique via le réseau.</p> <p>PA14.1.A Facturation et consultation des tarifs via Mycarenet pour les</p>
---	---

<p>AP14.1.A Facturatie en Raadplegen tarieven via MyCareNet voor de huisartsen</p> <p>Projectleider/WIE? NIC + (VI's); Partners: NIC, VI, RIZIV, platform e Health, huisartsen, softwarefirma's, FOD Financiën</p> <p>Deadline/WANNEER? Raadplegen tarieven: sinds februari 2015; Facturatie: Beschikbaar vanaf juli 2015</p> <p>KPI : Aantal gebruikers</p> <p>Streefwaarde: Alle huisartsen zullen uiterlijk op 1.7.2017 MyCareNet gebruiken voor hun facturatie derdebetalersregeling aan de VI's</p>	<p>médecins généralistes</p> <p>Chef de projet/QUI ? CIN (+OA) ; Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, médecins généralistes, boîtes de Softs, SPF Finance</p> <p>Deadline/QUAND ? Tarification : depuis février 2015 ; Facturation : Disponible à partir de juillet 2015</p> <p>KPI : Nombre d'utilisateurs</p> <p>Valeur-cible : Tous les médecins généralistes utiliseront MyCareNet pour leur facturation tiers-payant aux OA au plus tard le 1/7/2017</p>
<p>AP14.1.B Raadplegen tarieven via MyCareNet voor de tandartsen</p> <p>Projectleider/WIE? NIC + (VI's); Partners: NIC, VI, RIZIV, platform eHealth, tandartsen, softwarefirma's, FOD Financiën</p> <p>Deadline/WANNEER? Inproductiestelling in december 2016</p> <p>KPI : Aantal gebruikers</p> <p>Streefwaarde: 80 % van de tandartsen zullen MyCareNet gebruiken voor hun facturatie derdebetalersregeling aan de VI's, uiterlijk 2 jaar na de inproductiestelling van deze dienst</p>	<p>PA14.1.B Consultation des tarifs via Mycarenet pour les dentistes</p> <p>Chef de projet/QUI ? CIN (+OA) ; Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, , dentistes, boîtes de Softs, SPF Finance</p> <p>Deadline/QUAND ? Mise en production en décembre 2016</p> <p>KPI : Nombre d'utilisateurs</p> <p>Valeur-cible : 80% des dentistes utiliseront MyCareNet pour leur facturation tiers-payant aux OA au plus tard 2 ans après la disponibilité du service</p>
<p>AP14.1.C Facturatie via MyCareNet voor de tandartsen</p> <p>Projectleider/WIE? NIC + (VI's); Partners: NIC, VI, RIZIV, platform eHealth, tandartsen, softwarefirma's, FOD Financiën</p>	<p>PA14.1.C Facturation via Mycarenet pour les dentistes</p> <p>Chef de projet/QUI ? CIN (+OA) ; Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, , dentistes, boîtes de Softs, SPF Finance</p>

<p>Deadline/WANNEER? Inproductiestelling in december 2016 (zie opmerking 1)</p> <p>KPI : Aantal gebruikers</p> <p>Streefwaarde: 80 % van de tandartsen zullen MyCareNet gebruiken voor hun facturatie derdebetalersregeling aan de VI's, uiterlijk 2 jaar na de inproductiestelling van deze dienst</p> <p><i>AP14.1.D Facturatie via MyCareNet voor alle andere zorgverleners met derdebetalersregeling (niet van toepassing voor de apothekers omdat zij een ander circuit gebruiken)</i></p> <p>Projectleider/WIE? NIC (+ VI's); Partners: NIC, VI, RIZIV, platform eHealth, betrokken groepen zorgverleners, FOD Financiën</p> <p>Deadline/WANNEER? Geleidelijke roll-out per sector : Specialisten in 2016; Andere sectoren vanaf 2017 (Zie opmerkingen 1 en 2)</p> <p>KPI : Aantal gebruikers</p> <p>Streefwaarde: Alle zorg-verleners die met de derdebetalersregeling werken, zullen MyCareNet uiterlijk drie jaar na de ingebruikname ervan voor hun facturatie gebruiken</p> <p><u>ALGEMENE OPMERKING</u></p> <p>In het actieplan wordt voorgesteld om de sectoren dezelfde facturatedienst ter beschikking te stellen als die welke de huisartsen ter beschikking is gesteld. Het gaat dus om een "generieke" dienst.</p> <p>Voorafgaand aan die invoering is het noodzakelijk om te valideren of die generieke dienst de behoeften van de sector dekt en of hij zal worden aanvaard.</p>	<p>Deadline/QUAND ? Mise en production en décembre 2016 (v. remarque 1)</p> <p>KPI : Nombre d'utilisateurs</p> <p>Valeur-cible : 80% des dentistes utiliseront MyCareNet pour leur facturation tiers-payant aux OA au plus tard 2 ans après la disponibilité du service</p> <p><i>PA14.1.D Facturation via MyCareNet pour tous les autres dispensateurs de soins en tiers payant (non applicable aux pharmacies puisqu'elles utilisent un autre circuit)</i></p> <p>Chef de projet/QUI ? CIN (+OA) ; Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, groupes de dispensateurs de soins concernés, SPF Finance</p> <p>Deadline/QUAND ? Roll-out progressif secteur par secteur : Spécialistes en 2016 ; Autres secteurs à partir de 2017 (v. remarques 1 et 2)</p> <p>KPI : Nombre d'utilisateurs</p> <p>Valeur-cible : Tous les dispensateurs de soins qui travaillent en tiers-payant utiliseront MyCareNet pour leur facturation au plus tard en trois ans après la mise en production</p> <p><u>REMARQUE GÉNÉRALE</u></p> <p>Le plan d'action propose de mettre à disposition des secteurs le même service de facturation que celui qui est mis à disposition des généralistes. Il s'agit donc d'un service « générique ».</p> <p>Comme prérequis à cette mise en œuvre, il est nécessaire de valider si ce service générique couvre les besoins du secteur et s'il sera accepté. Le plan ne</p>
--	---

<p>In deze fase voorziet het plan niet in de invoering van een specifieke facturatedienst per sector.</p> <p><u>VEREENVOUDIGING VAN DE NOMENCLATUUR (KINESITHERAPEUTEN)</u></p> <p>De vereenvoudiging van de nomenclatuur heeft betrekking op de medisch-administratieve akkoorden en bijgevolg op hun weerslag op het beheer van de facturatie. Die vereenvoudiging moet worden doorgevoerd vooraleer de dienst voor de facturatie van de elektronische derdebetalersregeling voor de kinesitherapeuten ter beschikking wordt gesteld.</p> <p>AP14.2. E-attest: afschaffing van de papieren getuigschriften voor verstrekte hulp in het kader van de facturatie van de contante betaling</p> <p>Het gaat om het uittekenen van een nieuw proces voor de terugbetaling van de geneeskundige zorgen en van een geheel van overeenkomstige diensten om de afschaffing van de GVH's in het kader van de facturatie van de contante betaling mogelijk te maken. De GVH's worden in een gestructureerd formaat gedigitaliseerd en via een gegevensstroom van de zorgverlener naar de VI verstuurd.</p> <p><u>BIJZONDERE AANDACHTSPUNTEN</u></p> <p>Dit project vereist de invoering van nieuwe processen voor de terugbetaling van de geneeskundige zorgen en houdt wijzigingen voor alle actoren in</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlener. De zorgverlener bezorgt de terugbetalingsaanvraag voor de patiënt aan de verzekeringsinstelling • Patiënt. Hij ontvangt een bewijs van de zorgverlener waarmee hij later de betaling kan controleren • Verzekeringsinstelling. Er moeten aanzienlijke organisatorische veranderingen worden ingepland: betaling van de leden op basis van elektronische gegevensstromen die door de arts worden verstuurd en 	<p>propose pas, à ce stade, la mise en œuvre d'un service de facturation spécifique par secteur.</p> <p><u>SIMPLIFICATION DE LA NOMENCLATURE (KINÉSITHÉRAPEUTES)</u></p> <p>La simplification de la nomenclature est relative aux accords medico-administratifs et dès lors à leurs impacts sur la gestion de la facturation. Cette simplification est un prérequis à la mise à disposition du service de facturation tiers-payant électronique pour les kinésithérapeutes.</p> <p>PA14.2. E-attest : suppression des attestations de soins donnés « papier » relatives à la facturation du comptant</p> <p>Il s'agit de définir un nouveau processus de remboursement des soins et un ensemble de services correspondants dans l'objectif de rendre possible la suppression des ASD dans le cadre de la facturation du comptant. Les ASD sont digitalisées sous un format structuré et envoyées par flux du prestataire vers l'OA.</p> <p><u>POINTS D'ATTENTION PARTICULIERS</u></p> <p>Ce projet nécessite la mise en œuvre d'un nouveau processus de remboursement des soins et implique des changements pour tous les acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestataire. Le prestataire émet la demande de remboursement pour le patient à l'organisme assureur • Patient. Il reçoit un justificatif du prestataire lui permettant de vérifier ultérieurement le paiement • Organisme Assureur. Des changements organisationnels importants sont à prévoir : paiement des affiliés sur base des flux électroniques envoyés par le médecin et plus sur base des ASD
---	---

niet meer op basis van de GVH's

ACTIEPUNTEN

AP14.2.A. E-attest: afschaffing van de papieren GVH's voor de huisartsen

Via een nieuwe gegevensstroom bezorgt de zorgverlener een elektronisch getuigschrift voor verstrekte hulp rechtstreeks aan de VI.

Hij geeft de patiënt een bewijs.

De VI valideert het elektronisch attest, zodat de patiënt kan worden vergoed.

Tussen de patiënt en de VI komt een nieuw communicatie- en follow-upproces tot stand.

Projectleider/WIE? NIC (+ VI's); Partners: NIC, VI, RIZIV, platform eHealth, huisartsen (en package providers), FOD Financiën, de patiënten

Deadline/WANNEER? Analyse en planning in 2016; Uitrol vanaf 1/1/18 ???

Streefwaarde: De business analyse, alsook de functionele en technische analyse worden door alle partners goedge-keurd. Een stappen-planning voor de uitvoering en de ingebruik-name wordt overeenge-komen

OPMERKING

De eerste twee acties die in hoofdstuk 1 (Aandachtspunten) zijn opgenomen, zijn onontbeerlijke voorafgaande vereisten voor een goed verloop van dit project.

POINTS D'ACTION

PA14.2.A. E-attest : suppression des ASD papier pour les médecins généralistes

Le prestataire remet une attestation de soins donnés sous format électronique directement à l'OA via un nouveau flux.

Il remet un justificatif au patient.

L'attestation électronique est validée par l'OA permettant le remboursement au patient.

Un nouveau processus de communication et de suivi est mis en place entre le patient et l'OA

Chef de projet/QUI ? CIN (+OA) ; Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, médecins généralistes (et package providers), SPF Finance, les patients

Deadline/QUAND ? Analyse et planning en 2016 ; Déploiement à partir de 1/1/18 ???

Valeur-cible : L'analyse business, fonction-nelle et techni-que est acceptée par tous les parte-naires. Un planning des étapes de réalisa-tion et de mise en produc-tion est accepté

REMARQUE

Les deux premières actions reprises dans la chapitre 1 (Points d'attention) sont des prérequis indispensables au bon déroulement de ce projet.

AP14.3. Verzekerbareid/rechten van de patiënt

De dienst verzekerbareid zorgt ervoor dat elke instelling of zorgverlener de informatie (verzekerbareid en sommige afgeleide rechten) van de rechthebbende op de verzorging kan raadplegen, teneinde de Facturatie correct te kunnen uitvoeren.

Het actieplan moet dus van start gaan met een analyse van de relevantie om die dienst voor andere sectoren open te stellen (welke/wanneer).

AP14.3.A. Relevantie- en prioriteitsanalyse voor de terbeschikkingstelling van de verzekerbareid/dienst aan andere instellingen of zorgverleners

Projectleider/WIE? RIZIV + NIC

Deadline/WANNEER? 2016

Streefwaarde: Er is een analyse beschikbaar voor alle niet-gedekte instellingen of zorgverleners. Die analyse beschrijft de relevantie om de raadpleging van de verzekerbareid voor de sector open te stellen en welke prioriteit eraan moet worden gegeven

AP14.3.B. Verzekerbareid via MyCareNet voor alle andere instellingen of zorgverleners

Projectleider/WIE? NIC (+ VI's); Partners: NIC, VI, RIZIV, platform eHealth, betrokken groepen zorgverleners

Deadline/WANNEER? Geleidelijke roll-out per sector - Vanaf 2016

KPI : Aantal gebruikers

PA 14.3. Assurabilité/droits du patient

Le service assurabilité permet à tout établissement ou dispensateur de soins de consulter les informations (assurabilité et certains droits dérivés) du bénéficiaire de soins afin de pouvoir réaliser correctement la facturation.

Le plan d'action doit donc débiter par une analyse de pertinence quant à l'ouverture de ce service pour d'autres secteurs (lesquels/quand)

PA14.3.A. Analyse de pertinence et de priorité pour la mise à disposition du service d'assurabilité aux autres établissements ou dispensateurs de soins

Chef de projet/QUI ? INAMI + CIN

Deadline/QUAND ? 2016

Valeur-cible : Une analyse est disponible pour tous les établissements ou dispensateurs de soins non couverts. Cette analyse décrit la pertinence d'ouvrir le service de consultation de l'assurabilité pour le secteur ainsi que la priorité à y donner

PA14.3.B. Assurabilité via MyCareNet pour tous les autres établissements ou dispensateurs de soins

Chef de projet/QUI ? CIN (+OA) ; Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, groupes de dispensateurs de soins concernés

Deadline/QUAND ? Roll-out progres-sif secteur par secteur, à partir de 2016

KPI : nombre d'utilisateurs

AP14.4. Medische akkoorden

De medisch-administratieve dienst biedt zorgverleners en VI's de mogelijkheid om op elektronische en beveiligde wijze "medisch-administratieve" informatie uit te wisselen.

Zijn al in productie:

- De aanvragen en de raadplegingen van de akkoorden voor de geneesmiddelen van hoofdstuk IV, voor de huisartsen en de specialisten
- De raadplegingen van de akkoorden voor de geneesmiddelen van hoofdstuk IV, voor de apothekers
- De akkoorden (Forfaits A, B, C, toiletten, palliatieve patiënten, specifieke technische verstrekkingen), voor de verpleegkundigen en de groeperingen van verpleegkundigen

ACTIEPUNTEN

AP14.4.A. Raadpleging akkoord geneesmiddel Hoofdstuk IV voor de ziekenhuizen

De dienst "akkoord geneesmiddel Hoofdstuk IV" is beschikbaar voor de apothekers en de artsen in een ziekenhuis (ambulant one-day).

Projectleider/WIE? NIC + VI's; Partners: NIC, VI, RIZIV, eHealth, ziekenhuizen

Deadline/WANNEER? Analyse in 2016; In productie in 2017

KPI : Aantal gebruikers

Streefwaarde: Alle ziekenhuizen zullen de dienst Raadpleging akkoord geneesmiddel Hoofdstuk IV via MyCareNet in 2018 gebruiken

PA 14.4. Accords médicaux

Le service médico-administratif offre aux dispensateurs de soins et aux OA la possibilité d'échanger des informations « médico-administratives » par voie électronique et sécurisée.

Sont déjà en production :

- Les demandes d'accord et consultation d'accords médicaments chapitre IV pour les médecins généralistes et spécialistes
- Les consultations d'accords médicaments chapitre IV pour les pharmaciens
- Les accords (Forfaits A, B, C, Toilettes, patients palliatifs, prestations techniques spécifiques) pour les Infirmières et groupements d'infirmières

POINTS D'ACTION

PA14.4.A. Accords médicaux médicaments Chapitre IV via MyCareNet pour les hôpitaux

Le service « consultation accord chapitre IV » est disponible pour les pharmaciens et les médecins dans un environnement hospitalier (ambulatoire one-day).

Chef de projet/QUI ? CIN + OA ; Parties prenantes : CIN, OA INAMI, eHealth, hôpitaux

Deadline/QUAND ? Analyse en 2016 ; Mise en service en 2017

KPI : Nombre d'utilisateurs

Valeur-cible : Tous les hôpitaux utiliseront le service consultation accord médicaments chapitre IV de MyCare-Net en 2018

<p>AP14.4.B. Aanvraag akkoord geneesmiddel Hoofdstuk IV voor de ziekenhuizen</p> <p>Die dienst is beschikbaar voor de voorschrijvende geneesheren in een ziekenhuis.</p> <p>Projectleider/WIE? NIC + VI's; Partners: NIC, VI, RIZIV, eHealth, ziekenhuizen</p> <p>Deadline/WANNEER? Analyse in 2016; In productie in 2017</p> <p>KPI : Aantal gebruikers</p> <p>Streefwaarde: Alle artsen in een ziekenhuis zullen de dienst Aanvraag akkoord geneesmiddel Hoofdstuk IV via MyCareNet in 2018 gebruiken</p>	<p>PA14.4.B. Demande d'accord Chapitre IV pour les hôpitaux</p> <p>Ce service est disponible pour les médecins prescripteurs dans un environnement hospitalier.</p> <p>Chef de projet/QUI ? CIN + OA ; Parties prenantes : CIN, OA INAMI, eHealth, hôpitaux</p> <p>Deadline/QUAND ? Analyse en 2016 ; Mise en service en 2017</p> <p>KPI : Nombre d'utilisateurs</p> <p>Valeur-cible : Tous les médecins en environ-nement hospita-lier utiliseront le service demande accord médica-ments Chapitre IV en 2018</p>
<p>AP14.4.C. Afschaffing van de papieren aanvragen akkoorden aan de adviserend geneesheren</p> <p>Projectleider/WIE? NIC + VI's; Partners: NIC, VI, RIZIV, eHealth, sector</p> <p>Deadline/WANNEER? In 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inventaris van de documenten en analyse van de relevantie (volumen, enz.) en van de haalbaarheid - opstellen van een planning <p>KPI : Analyse en planning</p> <p>Streefwaarde: In 2016 zullen een analyse en een planning beschikbaar zijn die door alle actoren is goedgekeurd</p>	<p>PA14.4.C. Dématérialisation des demandes d'accord aux médecins conseils</p> <p>Chef de projet/QUI ? CIN + OA ; Parties prenantes : CIN, OA INAMI, eHealth, secteur</p> <p>Deadline/QUAND ? En 2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inventaire des documents et analyse de pertinence (volumes, etc)et de faisabilité - Etablissement d'un planning <p>KPI : Analyse et planning</p> <p>Valeur-cible : En 2016, une analyse et un planing sera disponi-ble et approuvé par tous les acteurs</p>
<p>PA14.4.D. Afschaffing van de papieren akkoorden voor de kinesitherapeuten</p> <p>Projectleider/WIE? NIC + VI's; Partners: NIC, VI, RIZIV, eHealth, kinesitherapeuten</p>	<p>PA14.4.D. Dématérialisation des accords kinésithérapeutes</p> <p>Chef de projet/QUI ? CIN + OA ; Parties prenantes : CIN, OA INAMI, eHealth,</p>

<p>Deadline/WANNEER? Voorafgaande vereisten: Vereenvoudiging van de nomenclatuur in de sector van de kinesitherapie.</p> <p><u>OPMERKING: GEBRUIK VAN DE EHEALTHBOX</u> De oplossing eHealthBox is aangepast voor "ongestructureerde" gegevensuitwisseling. Voor de gestructureerde gegevensuitwisseling is het absoluut noodzakelijk dat ze via standaardstromen worden beheerd</p>	<p>kinés</p> <p>Deadline/QUAND ? Prérequis : Simplification de la nomenclature dans le secteur de la kinésithérapie</p> <p><u>REMARQUE : UTILISATION DE EHEALTHBOX</u> La solution eHealthBox est adaptée pour des échanges de données « non-structurées ». En ce qui concerne les échanges de données structurées, il est impératif que ceux-ci soient gérés à travers des flux standards</p>
<p>ACTIEPUNT 15: ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING</p> <p>BASIS</p> <p>De standaardisatie, harmonisatie en maximale integratie van de systemen die kunnen gebruikt worden voor de digitale transmissie van gegevens, attesten en andere documenten tussen de betrokken partijen (arbeidsgeneesheren, adviserende geneesheren, behandelende geneesheren en specialisten, controlegeneesheren, patiënten, administraties, enz.).</p> <p>De gebruikers moeten kunnen beschikken over een zo eenvoudig en uniform mogelijk interface. De maximale standaardisatie van de formulieren / stromen is tevens een kritieke succesfactor.</p> <p>Hiertoe moet elk systeem immers systematisch alle gegevens die reeds werden geregistreerd of opgeslagen (onder meer in het EMD) kunnen hergebruiken om zoveel mogelijk elke vorm van dubbele registraties te vermijden (principe van "only once"). De architectuur van de nieuwe stromen inzake administratieve vereenvoudiging zal aan de groep structurering van de berichten en aan de groep "Architectuur" van het Overlegcomité met de gebruikers van het eHealth-platform worden voorgelegd.</p>	<p>POINT D'ACTION 15 : SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE</p> <p>BASE</p> <p>L'objectif est de standardiser, d'harmoniser et d'intégrer au maximum les systèmes utiles pour la transmission digitale des données, attestations et autres documents, entre les intervenants concernés (médecins du travail, médecins conseil, médecins traitants et spécialistes, médecins contrôle, patients, administrations, etc.).</p> <p>Les utilisateurs devront pouvoir utiliser l'interface le plus simple et uniforme possible. La standardisation maximale des formulaires / flux est également un facteur critique de succès.</p> <p>A cet effet, chaque système devra réutiliser automatiquement toutes les données qui ont déjà été encodées ou stockées (notamment au niveau du DMI), afin d'éviter dans la mesure du possible toute forme de double encodage (principe du "only once"). L'architecture des nouveaux flux en matière de simplification administrative sera soumise au groupe de structuration de messages et au groupe « Architecture » du Comité de concertation des utilisateurs de la Plate-forme eHealth.</p> <p>Pour autant que possible les services existants seront utilisés (eHealth Box, hubs & metahub, etc.). Les projets devront au maximum se traduire à court terme en</p>

Voor zover mogelijk zullen de bestaande diensten worden gebruikt (eHealthBox, hubs & metahub, enz.). De projecten moeten op korte termijn maximaal leiden tot reële vereenvoudigingswinsten voor de zorgverleners en de sociaal verzekerden (quick-wins).

HERHALING VAN DE BASISPRINCIPES DIE IN IEDER VEREENVOUDIGINGSPROJECT IN ACHT MOETEN WORDEN GENOMEN

- Maximale standaardisatie (standaardgegevenssets, vastleggen van parameters voor het hergebruik en de maximale extractie van reeds aanwezige gegevens (onder meer in het EMD))
 - o 2015 : Elke nieuw exportformaat wordt ter goedkeuring voorgelegd aan het Overlegcomité van eHealth *en met voorafgaande consultatie van de ICT-werkgroepen van Vitalink, BruSafe en RSW*
- Unieke inzameling
- Maximale hergebruik van de gegevens om de meervoudige registraties van gegevens te vermijden, onder meer vanuit het EMD (principe van "only once") met inachtneming van de privacy en de veiligheidsregels !

AP15.1. Project HANDICARE

Doelstelling: wegens gebrek aan succes van Optifed, wordt in samenwerking met artsenorganisaties een nieuw project HANDICARE, te gebruiken als een proceserkenning van de handicap bij DG PH, uitgerold.

Trekker : DG PH

Timing: Bedoeling is om dit in productie te krijgen tegen januari 2016.

bénéfices réels de simplification pour les prestataires et les assurés sociaux (quick win).

RAPPEL DES PRINCIPES DE BASE A RESPECTER DANS TOUT PROJET DE SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

- Standardisation maximale (sets de données standardisées, établissement de paramètres pour la réutilisation et l'extraction maximale des données déjà présentes (notamment dans le DMI))
 - o 2015 : Elke nieuw exportformaat wordt voorgelegd ter goedkeuring aan het overlegcomité van eHealth moyennant consultation préalable des groupes de travail ICT de *Vitalink, BruSafe et RSW*
- Collecte unique
- Réutilisation maximale des données pour éviter les multiples réintroductions de données, notamment à partir du DMI (principe de only once) dans le respect de la vie privée et des règles de sécurité !

PA15.1. Projet HANDICARE

Objectif : vu le manque de succès de Optifed, un nouveau projet HANDICARE destiné à la reconnaissance du handicap par la DG PH est déployé en collaboration avec les associations de médecins .

Trekker : DG PH

Timing: Bedoeling is om dit in productie te krijgen tegen januari 2016.

AP15.2. Project OCCUPATIONAL DISEASES E-FORMS

Beoogde doelstelling: een veilige en snellere gegevensuitwisseling mogelijk maken tussen zorgverleners in het kader van een dossier beroepsziekte (bijvoorbeeld: aangifte van blootstelling aan houtstof) via het gebruik van de eHealthBox

Trekker : FBZ

Voorziene datum van inproductiename: januari – februari 2016

AP15. 3. Overgang naar het elektronisch arbeidsongeschiktheidsattest (met / zonder medische gegevens) met standaardbasis (voor alle sectoren: privésector, onderwijs, politie, ...)

Doelstelling: Steunend op de ervaring met eMEDIATT heeft dit project tot doel om het arbeidsongeschiktheidsattest elektronisch door te sturen naar de bevoegde bestemming indien de patiënt hiervoor de toestemming geeft aan de zorgverlener.

- a. Haalbaarheidsanalyse en belangstelling op het terrein : openbare sector / semiopenbaar (Belgacom / politie / leger / andere (onderwijs ?)) en privésector
- b. Juridische analyse
- c. Voorstel in de vorm van standaarden
- d. Voorstel van stroom

Trekker : eHealth-platform

Deelnemers: RSZ, MEDEX, politie, leger, onderwijs, software

Timing : 2017

KPI : Aantal elektronisch verstuurd arbeidsongeschiktheidsattesten

Streefwaarde: moet later worden bepaald

PA15.2. Projet OCCUPATIONAL DISEASES E-FORMS

Objectif poursuivi : permettre l'échange plus rapide et sécurisé des données entre professionnels de la santé dans le cadre d'un dossier de maladie professionnelle (par exemple : déclaration d'exposition du travailleur aux poussières de bois) via l'utilisation de l'eHealthbox

Trekker : FMP

Date prévue de mise en production : janvier – février 2016

PA15.3. Passage au certificat d'incapacité de travail (avec / sans données médicales) en mode électronique avec une base standardisée (tout secteur : secteur privé, enseignement, police,..)

Objectif : Fort de l'expérience de eMEDIATT, ce projet a pour but de permettre en cas d'accord du patient au prestataire de soins d'envoyer l'attestation d'incapacité de travail de façon électronique au destinataire compétent.

- e. Analyse de faisabilité et intérêt du terrain : secteur public / semi-public (belgacom / police / armée / autres (enseignement ?)) et secteur privé
- f. Analyse juridique
- g. Proposition en termes de standards
- h. Proposition de flux

Trekker : Plate-forme eHealth

Participants : ONSS, MEDEX, Police, Armée, Enseignement, software

Timing : 2017

KPI : Nombre d'attestations d'incapacité de travail envoyées électroniquement

<p>PA 15.4 : MediPrima project</p> <p><u>Project MediPrima fase IIA</u></p> <p><u>Doelstelling:</u> Het project MediPrima Phase IIA heeft tot doel om het gebruik van het platform MediPrima uit te breiden naar nieuwe zorgberoepen. Het platform MediPrima zorgt voor terugbetaling van medische hulp aan niet verzekerden, toegestaan door een OCMW.</p> <p>Deze toegang tot MediPrima is momenteel beperkt tot de ziekenhuizen.</p> <p>In de fase IIA wordt uitgebreid naar de zorgberoepen die reeds MyCareNet gebruiken voor de facturatie.</p> <p>Het doel is om een deel van het administratieve werk met betrekking tot facturatie te vereenvoudigen en tevens de betaling van de prestaties te versnellen.</p> <p><u>Trekker:</u> POD Maatschappelijke Integratie, HZIV</p> <p><u>Timing:</u> Productiestelling volgens planning MyCareNet (AP14)</p> <p><u>Project MediPrima fase IIB</u></p> <p><u>Doelstelling:</u> Het project MediPrima phase IIB heeft tot doel het gebruik van het platform MediPrima voor alle OCMW-klanten, waarvoor OCMW terugbetaling medische hulp</p>	<p>Valeur-cible : à déterminer ultérieurement</p> <p>PA 15.4 : projet MediPrima</p> <p><u>Projet MediPrima Phase IIA</u></p> <p><u>Objectif :</u> Le projet MediPrima Phase IIA a pour objectif d'étendre à de nouvelles catégories de prestataires de soins l'utilisation de la plateforme MediPrima, qui permet le remboursement de l'aide médicale aux non-assurés qui bénéficient du soutien des CPAS.</p> <p>Cet accès à MediPrima est actuellement limité aux hôpitaux.</p> <p>Dans la phase II A, il sera étendu aux professions de soins qui utilisent déjà MyCareNet pour leur facturation.</p> <p>L'intention est de simplifier une part du travail administratif de facturation et, en même temps, accélérer le paiement des prestations.</p> <p><u>Trekker :</u> SPP intégration sociale ; CAAMI.</p> <p><u>Timing :</u> Mise en production selon le planning de MyCareNet (cfr PA 14)</p> <p><u>Projet MediPrima Phase IIB</u></p> <p><u>Objectif :</u> Le projet MediPrima Phase IIB a pour objectif l'extension de l'utilisation de la plateforme MediPrima à l'ensemble des patients aidés par les CPAS dans le cadre du</p>
--	---

<p>toestaat.</p> <p>Deze fase IIB is nog onder discussie.</p> <p>AP 15.5 Back-to-work</p> <p>Het federale regeerakkoord voorziet dat een elektronische communicatietool zal worden ontwikkeld om een multidisciplinaire aanpak van de re-integratie van de arbeidsongeschikte personen te waarborgen.</p> <p>De communicatie moet in alle vertrouwelijkheid en veiligheid kunnen plaatsvinden</p> <p>Terecht wijst de Nationale Arbeidsraad er in het advies van 24 februari 2015 op dat bij de gegevensuitwisseling tussen de artsen in kwestie het medisch beroepsgeheim niet uit het oog mag worden verloren.^[1]</p> <p><i>“In het kader van de communicatie tussen de geneesheren rijst het probleem van de naleving van het medisch beroepsgeheim (en in ruimere zin de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de werknemer, met name wat de medisch-sociale gegevens betreft): de communicatie mag alleen betrekking hebben op de gegevens die nodig zijn voor het onderzoek van het dossier en de toegang tot die gegevens moet worden beperkt tot de geneesheren, met inachtneming van de toestemming van de werknemer.”</i></p> <p>Deze laatste opmerking van de Nationale Arbeidsraad is inderdaad heel terecht. Bij de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers kunnen er medische persoonsgegevens worden gebruikt. Deze gegevens moeten in alle</p>	<p>remboursement de l'aide médicale.</p> <p>Cette phase IIB est encore en discussion.</p> <p>PA15.5 Back-to-work</p> <p>L'accord de gouvernement fédéral prévoit un instrument de communication électronique permettant de garantir une approche multidisciplinaire de la réintégration des personnes en incapacité de travail.</p> <p>La communication doit pouvoir se réaliser dans un contexte de confidentialité et de sécurité.</p> <p>Le Conseil National du Travail attire l'attention dans son avis du 24 février 2015 sur le fait que l'échange d'informations entre médecins concernés ne peut perdre de vue le principe du secret professionnel⁽¹⁾ :</p> <p><i>« Dans le cadre de la communication entre médecins, se pose donc la question du respect du secret médical (et plus largement celle de la protection de la vie privée du travailleur, notamment quant aux données à caractère médicosociales) : la communication ne doit porter que sur les données nécessaires à l'examen du dossier et l'accès à ces données doit être limité aux médecins, moyennant le consentement du travailleur. »</i></p> <p>Cette dernière remarque du Conseil National du Travail est effectivement tout à fait justifiée. Dans le cadre de la réintégration de personnes en incapacité de travail, des données médicales peuvent être échangées. Cet échange doit se passer en toute</p>
---	---

^[1] NATIONALE ARBEIDSRAAD, advies nr. 1923 van 24 februari 2015, blz. 24. ; CONSEIL NATIONAL DU TRAVAIL, avis n°1923 du 24 février 2015

vertrouwelijkheid worden opgeslagen. Door hun beroepsgeheim (artikel 458 van het Strafwetboek) kunnen de artsen hier de nodige garanties voor leveren. Artikel 7 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens bepaalt ook dat medische persoonsgegevens door een arts of onder diens verantwoordelijkheid moeten worden verwerkt. Het spreekt voor zich dat de communicatie tussen de artsen moet verlopen via een beveiligde omgeving.

Communicatie via het eHealth-platform

Het eHealth-platform zou kunnen zorgen voor de beveiligde omgeving waarbinnen de communicatie tussen de behandelende geneesheer, de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, de adviserend geneesheer en andere beoefenaars van een zorgberoep in alle vertrouwelijkheid kan plaatsvinden:

- Ten eerste zou het door de identificatie makkelijker worden om te weten bij welke beoefenaar van een zorgberoep men moet zijn om een bepaalde inlichting te verkrijgen, om een bepaald onderzoek te laten verrichten enz.
- Ten tweede kan men door de authenticatie zeker zijn dat een bericht afkomstig is van de verzender ervan en dat een bericht zal toekomen bij de geadresseerde.
- Ten derde kunnen via het eHealth-platform de nodige bescherming tegen hackers en de andere nodige veiligheidsmaatregelen worden ingebouwd.
- Ten vierde kan er gewerkt worden aan een standaardisatie van de gegevensuitwisseling. Voor pathologieën waarvoor de behandelingen en de revalidatieperiodes redelijk uniform zijn, kan een informatie-uitwisseling via afgesproken codes de administratieve rompslomp tot een minimum beperken.

ACTIEPUNT 16: TRACEERBAARHEID VAN DE IMPLANTATEN EN GENEESMIDDELEN

confidentialité. En vertu du secret professionnel (article 548 du Code pénal), les médecins doivent offrir toutes les garanties à ce propos. L'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 portant sur le respect de la vie privée dans le cadre du traitement de données à caractère personnel prévoit également que les données médicales personnelles doivent être traitées par un médecin ou sous sa responsabilité. Il est donc évident que la Communication entre médecins doit se faire dans un environnement sécurisé.

Communication via la Plate-forme e-Health

La Plate-forme e-Health est en mesure de mettre en place l'environnement sécurisé permettant la communication entre médecin traitant, conseiller en prévention – médecin du travail, médecin-conseil et autres professionnels de soins, en toute confidentialité :

- Il convient tout d'abord de pouvoir identifier aisément le professionnel susceptible de pouvoir recevoir une information ou de pouvoir réaliser un examen spécifique, etc.
- Deuxièmement, l'authentification permet de s'assurer que l'information provient effectivement de l'expéditeur et que le message arrivera bien chez le destinataire
- Troisièmement, la Plate-forme e-Health peut garantir la protection contre des hackers et offrir les autres mesures de sécurité nécessaires
- Enfin, il doit être possible de standardiser l'échange d'informations, notamment : pour les pathologies pour lesquelles le traitement et les périodes de revalidation sont relativement uniformes un échange d'informations via une codification convenue permet de limiter au maximum la charge administrative.

POINT D'ACTION 16 : TRAÇABILITÉ DES IMPLANTS ET DES MÉDICAMENTS

AP 16.1 Traceerbaarheid van de implantaten

DOEL VAN HET PROJECT

In het kader van het "Plan Medische Hulpmiddelen" voorziet het TIMH-project in de invoering van een aantal instrumenten waarmee de herkomst van een implanteerbaar medisch hulpmiddel kan worden achterhaald en het traject ervan kan worden gevolgd vanaf het ogenblik waarop het in België op de markt wordt gebracht tot de implantatie (en explantatie) ervan bij de patiënt.

ACTIEPLAN (ONDERDEEL ICT)

- a. **Distributeurs van medische hulpmiddelen**
 - i. Creatie van de authentieke bron (centrale databank) van de genotificeerde distributeurs
 - ii. Terbeschikkingstelling van een webtoepassing waarmee de distributeurs van medische hulpmiddelen (MH) en actieve implanteerbare medische hulpmiddelen (AIMD) de notificaties voor distributie op de Belgische markt aan het FAGG kunnen bezorgen voor accrediteringsdoeleinden.
 - iii. Functies voor het beheer van de vergoeding door het personeel van het FAGG
- b. **Medische hulpmiddelen**
 - i. Oprichting van een centrale databank van de IMH's die op de Belgische markt worden verdeeld door bij het FAGG genotificeerde distributeurs en die gevoed wordt met de MH-gegevens die bij het RIZIV beschikbaar zijn.
 - ii. Terbeschikkingstelling van een webdienst voor de raadpleging van die databank door de ziekenhuizen
- c. **Centraal traceerbaarheidsregister**
 - i. Oprichting van de centrale databank van de notificaties van plaatsing en

PA 16.1 Traçabilité des implants

OBJECTIF DU PROJET

Dans le cadre du « Plan Dispositifs Médicaux », le projet TDMI couvre la mise en place des outils permettant d'identifier l'origine et de reconstituer le parcours d'un dispositif médical implantable, depuis sa distribution sur le marché belge jusqu'à son implantation (et explantation) chez un patient résidant en Belgique.

PLAN D'ACTION (VOLET ICT)

- a. **Distributeurs de dispositifs médicaux**
 - i. Création de la source authentique (base de données centrale) des distributeurs notifiés
 - ii. Mise à disposition d'une application Web permettant aux distributeurs de dispositifs médicaux (MDD) et dispositifs médicaux implantables actifs (AIMD) de transmettre les notifications de distribution sur le marché belge, à l'AFMPS, à des fins d'accréditation
 - iii. Fonctionnalités de gestion de la redevance par les agents AFMPS
- b. **Dispositifs médicaux**
 - i. Création d'une base de données centrale des DMI distribués sur le marché belge au travers de distributeurs notifiés à l'AFMPS , alimentée à partir des données DM disponibles à l'INAMI
 - ii. Mise à disposition d'un Webservice de consultation de cette base de données par les hôpitaux
- c. **Registre central de traçabilité**
 - i. Création de la base de donnée centrale des notifications de pose et d'extraction d'un implant

extractie van een implantaat

- ii. Terbeschikkingstelling van webdiensten voor de notificatie van plaatsing/extractie van implantaten door de gezondheidswerkers, het aanmaken en raadplegen van het notificatiebewijs en het raadplegen van de notificaties (alleen voor de plaatser of de zorgverlener met wie de patiënt een therapeutische band heeft).
- iii. Terbeschikkingstelling van een webtoepassing die de patiënt in staat stelt om (na authenticatie via e-id) de hele lijst van zijn implantaten te raadplegen en zijn "patiëntenkaart" (overzicht van zijn implantaten) te downloaden.

UITGEVOERDE FASEN

d. Distributeurs van medische hulpmiddelen

- i. Authentieke bron van de distributeurs, die sinds 4 april 2014 bij het FAGG beschikbaar is en gevoed wordt
- ii. Webtoepassing voor de distributeurs, die via de site van het FAGG sinds januari 2015 toegankelijk is.
- iii. Beheer van de vergoedingen, dat sinds maart 2015 operationeel is

e. Medische hulpmiddelen

- i. Centrale databank van de medische hulpmiddelen die sinds 4 april 2014 in productie is gegaan en beschikbaar is
Sinds 2015 wekelijkse synchronisatie met de databank van het RIZIV

f. Centraal traceerbaarheidsregister

- i. "System-to-system"-webdienst + webtoepassing voor de gezondheidswerkers, die op 17 april 2014 in productie is gegaan
- ii. Webtoepassing voor de patiënt en follow-upinstrumenten voor het FAGG die op 16 december 2014 in productie zijn gegaan
- iii. Integratietest met 5 proefziekenhuizen: aan de gang

UIT TE VOEREN FASEN

- ii. Mise à disposition de Webservices pour notification de pose/extraction d'implants par les professionnels de la santé, génération et consultation de la preuve de notification et consultation des notifications (restreinte au poseur ou prestataire avec lien thérapeutique)
- iii. Mise à disposition d'une application Web permettant au patient de consulter l'ensemble de ses implants (après authentification via e-id) et de télécharger sa « carte patient » (récapitulatif de ses implants)

ETAPES REALISEES

d. Distributeurs de dispositifs médicaux

- i. Source authentique des distributeurs disponible et alimentée depuis le 4 avril 2014 au sein de l'AFMPS
- ii. Application Web destinée aux distributeurs accessible via le site afmps depuis janvier 2015
- iii. Gestion des redevances opérationnel depuis mars 2015

e. Dispositifs médicaux

- ii. Base de données centrale des dispositifs médicaux disponible en production depuis le 4 avril 2014
Synchronisation hebdomadaire avec la base de données INAMI depuis janvier 2015

f. Registre central de traçabilité

- i. Webservice « système à système » + Webapp pour professionnel de santé en production depuis le 17 avril 2014
- ii. Application Web pour patient et outils de suivi pour afmps en production depuis le 16 décembre 2014
- iii. Test d'intégration avec 5 hôpitaux pilotes : en cours

ETAPES A REALISER :

<p>g. <u>Distributeurs van medische hulpmiddelen</u></p> <p>i. Integratie met de Europese authentieke bron van actoren (EUDAMED) die in de ontwikkelingsfase is met uitbreiding van de authentieke bron naar andere actoren (fabrikanten, invoerders,...) Planning: afhankelijk van de EU maar a priori vanaf nu tot 2018 Budget: vast te stellen</p> <p>h. <u>Medische hulpmiddelen</u></p> <p>i. Uitbreiding ABGD tot de IVD's Planning: eind 2015-begin 2016 Budget: 124.232 euro</p> <p>ii. Omkering van de inputstroom van de authentieke bron van medische hulpmiddelen tussen het RIZIV en het FAGG Planning: vast te leggen in overleg met het RIZIV Budget: 298.219 euro</p> <p>iii. Uitbreiding van de authentieke bron tot andere medische hulpmiddelen Planning: vast te leggen Budget: vast te stellen</p> <p>iv. Gebruik van de unieke UDI-code (waarin is voorzien in de EG-verordening) voor de identificatie van de medische hulpmiddelen in België(scope die verder reikt dan de traceerbaarheid van de implantaten) Planning: afhankelijk van de EU maar a priori vanaf nu tot 2018 Budget: vast te stellen</p> <p>i. <u>Centraal traceerbaarheidsregister</u></p> <p>i. <u>Afronding van de proeffase</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Notificatie van plaatsing van een implantaat aan het Centraal traceerbaarheidsregister via de beschikbare webdienst ("system-to-system"-oplossing) 2. Planning: half augustus 2015 3. Er moet geen specifiek budget worden uitgetrokken <p>ii. <u>Veralgemening van de notificatie van plaatsing via de webdienst tot alle Belgische ziekenhuizen</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extractie van de informatie over de implantatie van medische 	<p>g. <u>Distributeurs de dispositifs médicaux</u></p> <p>i. Intégration avec la source authentique européenne des acteurs (EUDAMED) en cours de développement avec l'élargissement de la source authentique vers d'autres acteurs (fabricants, importateurs,...) Planning : En fonction EU mais a priori d'ici 2018 Budget : à définir</p> <p>h. <u>Dispositifs médicaux</u></p> <p>i. Extension de SADN aux IVDs Planning : fin 2015- début 2016 Budget : 124.232 €</p> <p>ii. Inversion du flux d'alimentation de la source authentique des dispositifs médicaux entre l'INAMI et l'afmps. Planning : à définir en concertation avec l'INAMI Budget : 298.219€</p> <p>iii. Elargissement de la source authentique à d'autres dispositifs médicaux Planning : à définir Budget : à définir</p> <p>iv. Utilisation de la codification unique UDI (prévue dans le règlement EU pour référencer les dispositifs médicaux en Belgique)(scope dépassant la traçabilité des implants) Planning : En fonction EU mais a priori d'ici 2018 Budget : à définir</p> <p>i. <u>Registre central de traçabilité</u></p> <p>i. <u>Finalisation de la phase Pilote :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Notificatie de pose auprès du Registre Central de Traçabilité au travers du Webservice disponible (solution « système à système ») 2. Planning : mi-août 2015 3. Pas de budget spécifique à prévoir <p>ii. <u>Généralisation de la notification de pose pour tous les hôpitaux belges via le Webservice</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extraction des informations d'implantation de dispositifs
---	--

hulpmiddelen uit hun intern beheerssysteem via

- ontwikkelingen door de interne ICT-dienst van het ziekenhuis:
- Aanpassing van een softwareprogramma door een externe leverancier (SW house)

2. overdracht van de informatie naar de RCT via de webdienst volgens 3 mogelijke scenario's

- Ontwikkeling door de interne ICT-dienst
- Ontwikkeling door de externe zorgverlener.
- Hergebruik van de connector die het CHU Charleroi heeft ontwikkeld

Planning: begin 2016

Budget voor technische ondersteuning en begeleiding: 20.000 euro

iii. Veralgemening van de notificatie van plaatsing voor alle zorgverleners "extra muros", ofwel via de beschikbare webdienst, ofwel via de beschikbare webtoepassing

Planning: 2017-2018 vast te leggen in overleg met het kabinet

Er moet geen budget worden uitgetrokken, want de ontwikkelingen werden al gerealiseerd voor RCT en KADINSP

AP 16.2 Traceerbaarheid van de geneesmiddelen

Standaardisatie

Gelet op de nieuwe Europese reguleringen rond *Falsified Medicines Directives* (FMD) en *Unique Device Identification* (UDI), moet de Belgische gezondheidszorg dringend haar achterstand inhalen en de weg van globale standaarden inslaan.

Traceerbaarheid

Globale unieke identificatie met standaarden vormt de basis van een goede traceerbaarheid. Traceerbaarheid is de mogelijkheid om de historiek,

médicaux de leur système de gestion interne , au travers de

- Développements par ICT interne de l'hôpital
 - Adaptation d'un logiciel par fournisseur externe (SW house)
2. Transfert des informations vers RCT au travers du WS , via 3 scénarios possibles
- Développement par ICT interne
 - Développement par prestataire externe
 - Réutilisation du « connecteur » développé par CHU Charleroi

Planning : début 2016

Budget de support et d'accompagnement technique : 20.000 €

iii. Généralisation de la notification de pose pour tous les prestataires « extra muros » , soit via le Webservice, soit via l'application Web disponibles

Planning : 2017-2018 à définir en concertation avec le cabinet

Pas de budget à prévoir car les développements ont déjà été effectués pour RCT et KADINSP

PA 16.2 Traçabilité des médicaments

Standardisation

Vu la nouvelle réglementation européenne en matière de *Falsified Medicines Directives* (FMD) en *Unique Device Identification* (UDI), la Belgique doit d'urgence rattrapper son retard en matière de standards globaux.

Traçabilité

L'identification unique globale basée sur des standards est la base d'un système de traçabilité. La traçabilité offre la possibilité de suivre, via un enregistrement de

<p>verwerkingsprocessen of plaats waar een eenheid zich bevindt, op te sporen door middel van geregistreerde identificatiegegevens.</p> <p>Een verhoogde traceerbaarheid en nieuwe identificatiesystemen voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen vragen inspanningen van alle belanghebbenden in de gezondheidszorg. Van overheid tot zorgcentra, maar ook aankoopcentrales, beroepsorganisaties, fabrikanten en mutualiteit moeten bijdragen.</p> <p>De doelstellingen voor een betere traceerbaarheid zijn de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het verhogen van de patiëntveiligheid - Meer efficiëntie en kostenbesparing in de gezondheidszorg - Het gebruik van de globale standaarden voor een goede traceerbaarheid binnen en buiten onze nationale grenzen 	<p>données d'identification, l'historique, le processus de fabrication et l'endroit où une unité se situe.</p> <p>Une traçabilité accrue et un nouveau système d'identification des médicaments et dispositifs médicaux demandent des efforts de la part de toutes les parties prenantes au sein du système de santé : des autorités aux centres de soins, mais les centrales d'achat, organisations professionnelles, fabricants et mutuelles doivent également contribuer.</p> <p>Les objectifs d'un meilleur système de traçabilité sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la sécurité du patient - Plus d'efficacité et réduction des coûts des soins de santé - L'usage des standards globaux pour une bonne traçabilité au sein et en dehors de nos frontières nationales.
<p>ACTIEPUNTEN EN TIJDSLIIJN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Een planning voor onderstaande punten wordt opgesteld in Q4 2015 2. a. een Internationale Productcode ingevoerd op alle geneesmiddelen. b. alle medische hulpmiddelen worden uniek geïdentificeerd aan de hand van globale standaarden. 3. de fabrikant moet de éénheidsdosis van elk medisch product in ziekenhuizen voorzien van een unieke identificatie. 4. Het gebruik van een geharmoniseerde productcatalogus 5. de uitwisseling van bestellingen, leveringen en facturen via Electronic Data Interchange (EDI) wordt gestimuleerd. 	<p>POINTS D'ACTION ET TIMING</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un planning des différentes actions ci-dessous est établi en Q4 2015 2. a. introduction d'un code-produit international pour tous les médicaments b. tous les dispositifs médicaux sont identifiés de façon unique par des standards globaux 3. le fabricant prévoit une identification unique de tous les produits médicaux 'unit-dosis' utilisés en hôpital. 4. utilisation d'un catalogue de produits harmonisé 5. l'échange de commandes, livraisons et factures via Electronic Data Interchange (EDI) est stimulé.
<p>ACTIEPUNT 17 VERALGEMEEND GEBRUIK VAN DE EHEALTHBOX EN GEGEVENS VAN ZORGVERSTREKKERS BESCHIKBAAR IN COBRHA</p>	<p>POINT D'ACTION 17 : UTILISATION GÉNÉRALISÉE DE LA EHEALTHBOX ET DES DONNÉES DE DISPENSATEURS DE SOINS DISPONIBLES DANS COBRHA</p>

VERALGEMEEND GEBRUIK VAN DE EHEALTHBOX

AP 17.1 Communicatieplannen overheid - zorgactoren

Wat : Verder uitwerken communicatieplannen verschillende overheden (o.a. opstellen regels voor gebruik verschillende communicatiekanalen zoals de eHealthBox)

Deze communicatieplannen worden afgestemd met de beroepsgebonden organisaties

Men zal duidelijk de bestaande communicatiekanalen in kaart brengen en aanduiden welke van deze optimaal gebruik kunnen maken van de eHealthBox.

Timing: 2015

Wie: Verantwoordelijken: FOD / RIZIV / FAGG / Beroepsgebonden organisaties...

AP 17.2 Doorsturen bestaande contactgegevens naar CoBHRA

Wat : Extra inspanning bij Authentieke Bronnen om contactadressen te verzamelen bij zorgverleners en deze te publiceren in CoBHRA (2015). Indien deze contactadressen reeds in de systemen zitten, moet er gewerkt worden aan het doorsturen van deze gegevens naar CoBHRA

Noot: verschillende organisaties (Koepels, beroepsverenigingen,...) hebben de vraag gesteld of zij deze communicatiegegevens (die ze voor hun dagelijkse werking gebruiken en die dus up to date zijn) niet zouden kunnen aanleveren..

Timing: 2015

Wie: Verantwoordelijken: FOD / RIZIV / FAGG / Gemeenschappen ...

UTILISATION GENERALISEE DE LA EHEALTHBOX

PA 17.1 Plans de communication autorités - acteurs de soins

Quoi ? Développement de plans de communication au niveau des différentes autorités (notamment l'établissement de règles pour l'utilisation de différents canaux de communication tels que la eHealthbox)

Ces plans de communication sont adaptés aux organisations professionnelles

Un aperçu détaillé sera dressé des canaux de communication existants et on désignera lesquels de ces canaux font un usage optimal de la eHealthBox.

Calendrier: 2015

Qui: Responsables: SPF / INAMI / AFMPS / Organisations professionnelles ...

PA 17.2. Envoi de données de contact existantes à CoBHRA

Quoi ? Effort supplémentaire au niveau de Sources Authentiques afin de rassembler des adresses de contact chez des dispensateurs de soins et de les publier dans CoBHRA (2015). Si ces adresses de contact se trouvent déjà dans les systèmes, il faut envoyer ces données à CoBHRA.

NB: différentes organisations (associations coordinatrices, professionnelles, etc.) ont posé la question de savoir si elles ne pourraient pas fournir ces données de communication (qu'elles utilisent pour leur fonctionnement journalier et qui sont donc à jour).

Calendrier: 2015

Qui: Responsables SPF / INAMI / AFMPS / Communautés

AP 17.3 Stappenplan uitrol eHealthBox Wallonië en Brussel

Wat: De verdere uitrol van de eHealthBox in Wallonië en Brussel in samenwerking met RSW en Abrumet bevorderen. Hiervoor lijkt het opstellen van een stappenplan in overleg met de belangrijkste spelers aangewezen.

Timing: 2015

Wie: Verantwoordelijken: eHealth / RSW / Abrumet

AP 17.4 In kaart brengen behoeften nieuwe doelgroepen

Wat: Er is nood aan een aantal nieuwe doelgroepen, willen we de communicatie tussen de zorgverleners (in de ruime zin van het woord) kunnen verbeteren. We denken hierbij aan zorgverleners die buiten het KB78 vallen maar ook aan medewerkers die bvb binnen de SEL's de communicatie met zorgverleners verzorgen. Welke nieuwe (authentieke) bronnen kunnen we hiervoor gebruiken?

- o Ziekenhuizen ? (Voorstel RSW om bvb de e-mailadressen van de artsen door te geven)
- o Zorgzoeker (Vlaanderen)?
- o Psychologen ?
- o ...

Deze nieuwe doelgroepen moeten in kaart worden gebracht.

Timing: 2015

Wie: Verantwoordelijken FOD / RIZIV / FAGG / Gemeenschappen / eHealth ...

PA 17.3. Plan par étapes déploiement eHealthBox Wallonie et Bruxelles

Quoi ? Améliorer le déploiement de la eHealthBox en Wallonie et à Bruxelles en collaboration avec RSW et Abrumet. À cet effet, l'établissement d'un plan par étapes en concertation avec les principaux acteurs semble indiqué.

Calendrier: 2015

Qui: Responsables eHealth / RSW / Abrumet

PA 17.4. Dresser une liste des besoins des nouveaux groupes-cibles

Quoi ? Il faut de nouveaux groupes-cibles si l'on souhaite pouvoir améliorer la communication entre les dispensateurs de soins (au sens large du terme). On pense ici aux dispensateurs de soins qui ne font pas partie de l'AR78 mais également aux collaborateurs qui assurent par exemple la communication avec les dispensateurs de soins au sein des SEL. Quelles nouvelles sources (authentiques) peuvent être utilisées à cet effet ?

- o Hôpitaux ? (Proposition du RSW de transmettre par exemple les adresses email des médecins)
- o Zorgzoeker (Flandre)?
- o Psychologues ?
- o ...

Un aperçu de ces nouveaux groupes-cibles doit être dressé.

Calendrier: 2015

Qui: Responsables SPF / INAMI / AFMPS / Communautés / eHealth ...

GEBRUIK VAN GEGEVENS VAN ZORGVERTREKKERS BESCHIKBAAR IN COBHRA (+)

AP 17.5 eHealth Addressbook

Wat : In productie stellen van het eHealth Addressbook, dat gegevens van zorgvertrekkers (zoals ze zich in CoBHRA bevinden), ter beschikking stelt van andere zorgverleners om de elektronische communicatie te bevorderen. De requirements werden uitgeschreven en de analyse wordt nu verder uitgewerkt bij Smals. De ontwikkeling moet klaar zijn in 2015 maar voor de uitrol in productie moet de releasekalender worden gerespecteerd. De in productiestelling is voorzien in release 2016.1

Timing: Q2 2016

Wie: Verantwoordelijken: eHealth (ontwikkeling)

AP 17.6 Ontsluiting data in CoBHRA(+) voor zorgorganisaties

Wat : Het via webservices en batch mogelijk maken voor zorgorganisaties (ziekenhuizen, HUB's, thuiszorgorganisaties, ...) betrokken bij de continuïteit van de zorg om een correct overzicht te hebben van actieve zorgorganisaties en zorgverstrekkers .

Dit houdt onder andere in:

opvragen op basis van INSZ, opvragen op basis van Rizivnr, activiteit controleren, praktijkadres opvragen, lijst actieve zorgverstrekkers.

De betrokken actoren bepalen in samenspraak met het COBRHA(+) projectteam

UTILISATION DE DONNEES DE DISPENSATEURS DE SOINS DISPONIBLES DANS COBHRA (+)

PA 17.5. Carnet d'adresses eHealth

Quoi ? Mise en production du carnet d'adresses eHealth qui met à disposition des données de dispensateurs de soins (telles qu'elles se trouvent dans CoBHRA) au profit d'autres dispensateurs de soins afin d'améliorer la communication électronique. Les exigences ont été définies et l'analyse est actuellement réalisée par la Smals. Le développement doit être prêt en 2015 mais pour le déploiement en production, le calendrier de sortie doit être respecté. La mise en production est prévue en 2016.1

Calendrier: T2 2016

Qui: Responsables: eHealth (développement)

PA 17.6 Diffusion de données dans CoBHRA (+) pour les organisations de soins

Quoi ? Via des services web et un lot d'informations, permettre aux organisations de soins (hôpitaux, HUB, organisations de soins à domicile, etc.) associées à la continuité des soins d'avoir un aperçu correct d'organisations de soins et de dispensateurs de soins actifs.

Cela implique notamment:

demandes sur la base du NISS, demandes sur la base du numéro INAMI, contrôle de l'activité, demandes de l'adresse de la pratique, liste des dispensateurs de soins actifs.

<p>welke bevragingen en antwoorden wenselijk zijn en toetsen af met werkgroep architectuur.</p> <p><u>Timing:</u> Analyse en ontwikkeling 2015, Productie Q2/Q4 2016 (Q2/Q4 afhankelijk van beschikbaarheid resources binnen COBRHA(+) team)</p> <p><u>Wie:</u> Verantwoordelijken:Authentieke bronnen, betrokken actoren (Hubs etc...), eHealth (ontwikkeling)</p> <p>AP 17.7. Gebruik van coBHRA + Ehealth Box</p> <p><i>AP 17.7.A : Tegen juni 2016 moet elk Belgisch ziekenhuis de eHealthBox kunnen gebruiken, teneinde een bi directionele communicatie tussen zorgverleners te ondersteunen (of de teams die de zorg voor de patiënt op zich nemen) in het kader van de continuïteit van de zorg (zie AP 17)</i></p> <p>CoBRHA+ moet de metadata omvatten die noodzakelijk zijn voor de verspreiding van berichten binnen het ziekenhuis.</p> <p>Uiterlijk in oktober 2015 moet er een akkoord zijn over die metadata. Deze moeten rekening houden met de organisationele specificiteiten eigen aan de organisaties (individu, specialiteit, dienst..)</p> <p><i>AP 17.7.B. : Tegen juni 2016, moeten de publieke overheden in staat zijn elektronische communicatie te adresseren aan de zorgpersoneel die tewerk gesteld is in ziekenhuizen.</i></p> <p>Teneinde deze doelstelling te behalen, moet elk ziekenhuis zijn adresgegevens meedelen voor het eerste openbare adresboek zodat men de artsen die in ziekenhuizen werken, kan identificeren. (Zie AP 17.2)</p>	<p>Les acteurs concernés déterminent en concertation avec l'équipe de projet CoBRHA (+) quelles questions et réponses sont souhaitables et les examinent avec le groupe de travail architecture.</p> <p><u>Calendrier:</u> Analyse et développement 2015, Production T2/T4 2016 en fonction de la disponibilité des ressources au sein de l'équipe COBRHA (+).</p> <p><u>Qui:</u> Responsables: Sources authentiques, acteurs concernés (Hubs etc.), eHealth (développement)</p> <p>PA 17.7. Utilisation de coBHRA+ et de la Ehealth Box</p> <p><i>PA17.7.A. D'ici à juin 2016, chaque hôpital belge sera en mesure de pouvoir utiliser la Ehealth box pour la communication bi-directionnelle adressée entre les professionnels de la santé (ou les équipes qui prennent soin du patient) dans dans le cadre de la continuité des soins(voir PA 17).</i></p> <p>Cobrha + contiendra les méta-données nécessaires pour dispatcher les messages au sein de l'hôpital.</p> <p>Un accord sur les méta-données nécessaires interviendra pour le mois d'octobre 2015 au plus tard. Celles-ci doivent tenir compte de spécificités organisationnelles propres aux organisations (individu, spécialité, service..)</p> <p><i>PA 17.7.B. D'ici à juin 2016, les autorités publiques seront en mesure d'adresser des communications électroniques au personnel de santé employé par les hôpitaux.</i></p> <p>Afin d'atteindre cet objectif, chaque hôpital sera appelé à fournir ses adresses à insérer dans le premier annuaire public d'adresses permettant d'identifier les médecins travaillant en hôpital. (voir PA 17.2)</p>
---	--

AP 17.7.C. : Webdiensten die toegang hebben tot de sleutelgegevens CoBRHA (bijv.: conventioneringsstatuut) voor een specifieke persoon of meerdere personen, worden tegen eind 2016 ter beschikking gesteld. (Zie AP 17)

Projectleider : FOD volksgezondheid. Andere actoren : Ehealth, gefedereerde entiteiten, Riziv

Meetinstrumenten: Aantal verstuurd adresboeken, aanpassing van CoBRHA+, beschikbaarheid van webdiensten

UNIEK LOKET VOOR ZORFACTOREN (IANUA)

AP 17.7 IANUA

Wat : Ontwikkelen en in productie zetten van IANUA. De Requirements zijn klaar en de ontwikkeling zal gebeuren bij eHealth zelf. De ontwikkeling moet klaar zijn in 2015 maar voor de uitrol in productie moet de releasekalender worden gerespecteerd. De in productiestelling is voorzien in release 2016.1 (Fase 1) en 2016.2 (Fase 2)

Timing: Q2 2016 Fase 1 / Q3 2016 Fase 2

Wie: eHealth (ontwikkeling)

AP 17.8 IANUA / Ontwikkeling onderliggende applicaties

Wat : Ontwikkelen en in productie zetten van onderliggende applicaties in IANUA en leveren van deze gegevens aan CoBRHA. Een aantal ontwikkelingen zullen reeds

PA17.7.C. Les services web permettant d'accéder aux données clés de Cobrha + (par exemple le statut de conventionnement) concernant une personne spécifique ou plusieurs personnes seront mis à la disposition avant la fin de l'année 2016. (voir PA 17)

Chef de projet: SPF Santé Publique. Autres acteurs: Ehealth, Entités fédérées, Inami

Instruments de mesure : nombre d'annuaires envoyés, adaptation de Cobhra +, disponibilité de services web

GUICHET UNIQUE POUR ACTEURS DE SOINS (IANUA)

PA 17.7 IANUA

Quoi ? Développement et mise en production de IANUA. Les exigences sont prêtes et le développement se fera chez eHealth même. Le développement doit être prêt en 2015 mais pour le déploiement en production, le calendrier de sortie doit être respecté. La mise en production est prévue dans le release 2016 1 (Phase 1- et 2016.2 (Phase 2)

Responsables: eHealth (développement)

Calendrier: Q2 2016 Phase 1 / Q3 2016 Phase 2

PA 17 8 IANUA / Développement applications sous-jacentes

Quoi ? Développement et mise en production d'applications sous-jacentes dans

<p>gebeuren in 2015 (Beheer van Praktijkgegevens (RIZIV), ...)</p> <p>Uiteraard heeft een uniek loket zonder deze achterliggende applicaties weinig toegevoegde waarde.</p> <p><u>Timing:</u> 2015-2016</p> <p><u>Wie:</u> RIZIV, FOD, FAGG, ... (de bevoegde overheden)</p> <p>AP 17.9 Promotie IANUA</p> <p><u>Wat :</u> Opzetten informatiecampagne IANUA om dit uniek portaal bij de zorgverleners bekend te maken.</p> <p><u>Timing:</u> 2016</p> <p><u>Wie:</u> FOD / RIZIV / FAGG / Gemeenschappen / eHealth ...</p>	<p>IANUA et fourniture de ces données à CoBHRA. Un certain nombre de développements seront déjà réalisés en 2015 (Gestion de données de pratique (INAMI), etc.)</p> <p>Évidemment un guichet unique sans ces applications sous-jacentes a peu de valeur ajoutée.</p> <p><u>Qui:</u> INAMI, SPF, AFMPS, etc. (les autorités compétentes)</p> <p><u>Calendrier:</u> 2015-2016</p> <p>PA 17.9 Promotion IANUA</p> <p><u>Quoi ?</u> Lancement campagne d'information IANUA afin de faire connaître ce portail unique auprès des dispensateurs de soins.</p> <p><u>Responsables :</u> SPF / INAMI / AFMPS / Communautés / eHealth ...</p> <p>Calendrier: 2016</p>
<p>BIJLAGE: BEGRIPPEN</p>	<p>ANNEXE : CONCEPTS</p>
<p>eHealthBox</p> <p>De eHealthBox is de beveiligde elektronische brievenbus die gratis beschikbaar is voor elke zorgverlener. Ze maakt een veilige elektronische communicatie van medische en vertrouwelijke gegevens mogelijk tussen de zorgactoren in de Belgische gezondheidszorg.</p> <p>De eHealthbox is zowel beschikbaar als webservice en als webapplicatie.</p> <p>De eHealthBox zorgt voor een beveiligde elektronische communicatie tussen</p>	<p>eHealthBox</p> <p>La eHealthBox est la boîte mail électronique sécurisée mise gratuitement à disposition de tous les prestataires de soins. Elle permet la communication de données médicales et confidentielles en format électronique de façon sécurisée entre les différents acteurs de soins du secteur de la santé en Belgique.</p>

actoren in de gezondheidszorg. Ze kan worden gebruikt voor het snel en efficiënt verzenden van vertrouwelijke berichten tussen zorgactoren. Laboresultaten, medische verslagen, ontslagbrieven en andere medische informatie komt via de eHealthBox op een veilige manier bij de juiste bestemming terecht.

Publicatie

Alle actoren in de gezondheidszorg kunnen vertrouwelijke berichten verzenden naar elke andere actor in de gezondheidszorg. Dit bericht kan een document of een nieuwsbrief zijn, en zowel naar individuele als naar groepen van zorgverstrekkers worden verstuurd.

Zo kan bijvoorbeeld

- een overheidsdienst op regelmatige tijdstippen nieuwsbrieven versturen naar bepaalde doelgroepen (bv. alle artsen)
- een ziekenhuis bij opname of ontslag van een patiënt communiceren met de huisarts van de patiënt
- een medisch labo testresultaten versturen naar een ziekenhuis of een huisarts
- een arts communiceren met een collega rond een bepaalde patiënt

Consultatie

Elke zorgverlener heeft toegang (via webapplicatie of webservices) tot zijn eigen, persoonlijke eHealth Box. Hierin vindt hij alle berichten die hem door andere zorgactoren zijn toegezonden. Indien het bericht door de verzender werd geëncrypteerd is men zeker dat alleen de bestemming in staat is om dit te openen.

Zorgverleners kunnen naast hun persoonlijke eHealthBox ook de eHealthbox raadplegen die hen uit hoofde van hun functie in bv. een ziekenhuis wordt toegekend.

La eHealthBox est disponible à la fois en webservice et en web-application.

La eHealthBox permet une communication électronique sécurisée entre les acteurs du secteur de la santé. Elle peut être utilisée pour un envoi rapide et efficace de messages confidentiels entre acteurs de soins. Les résultats de laboratoires, rapports médicaux, lettres de sortie et autres informations médicales arrivent de manière sûre à leur destinataire via le eHealthBox.

Publication

Tous les acteurs des soins de santé peuvent envoyer des messages confidentiels vers tout autre acteur des soins de santé. Il peut s'agir de documents ou de lettres d'information envoyés à un destinataire individuel ou à un groupe de prestataires de soins.

Il est notamment possible :

- Pour un service public, d'envoyer régulièrement des lettres d'informations à un groupe de destinataires (par exemple les médecins)
- Pour un hôpital, de communiquer avec les médecins généralistes lors de l'admission ou de la sortie d'un patient
- Pour un laboratoire, de communiquer les résultats d'analyse à un hôpital ou un médecin généraliste
- Pour un médecin, de communiquer avec un collègue concernant un patient déterminé.

Consultation

Tout dispensateur de soins a accès (via web-application ou webservice) à sa propre eHealthBox personnalisée. Il peut y trouver tous les messages qui lui ont été adressés par d'autres acteurs des soins. Si le message a été encrypté, seuls les destinataires du message pourront l'ouvrir.

Les prestataires de soins peuvent également, à côté de leur eHealthBox personnelle,

Samengevat: eHealthBox is:

- Een gesloten systeem (enkel van eHBox naar eHBox)
- Een elektronisch transportkanaal
- Sterk beveiligd / berichten zijn standaard geëncrypteerd
- Enkel voor geadresseerde communicatie
- van vertrouwelijke/medische gegevens (al dan niet gestructureerd)
- tussen actoren in de zorg (zorgverleners, instellingen, overheden,...)
- Met alle functionaliteiten van een elektronisch berichtensysteem
- Asynchroon

eHealth Addressbook

Op voorstel van de werkgroep eHealthBox wordt een generiek adresboek ontwikkeld voor de Belgische zorgsector.

- De gebruiker (verzender, zowel individu als organisatie) kan door middel van deze webservice gegevens van de zorgverleners opvragen (die zich bevinden in COBRHA) en op basis hiervan zelf beslissen welke de beste communicatiemethode/kanaal is voor een bepaalde ontvanger en voor een bepaalde communicatie. Op die manier kunnen flexibele communicatiestrategieën ontwikkeld worden door de verzenders (bv. Overheden). Deze worden verder uitgewerkt in de communicatieplannen van de verschillende overheden.
Voorbeeld : De verzender kan op basis van het antwoord van de webservice beslissen om een niet versleuteld administratief bericht te versturen naar het alternatieve e-mailadres van de ontvanger. De beslissing blijft steeds bij de verzender
- Vertrouwelijke medische berichten dienen nog steeds versleuteld verzonden te worden via de eHealthBox
- Een Webapplicatie voor het opzoeken van de gegevens van de zorgverleners wordt niet voorzien. De zorgverlener zal zijn eigen

consulten la eHealthBox qui leur a été attribuée (par exemple dans un hôpital) en raison de leurs fonctions.

En résumé, la eHealth Box est :

- Un système fermé (uniquement de eHBox vers eHBox)
- Un canal de transport électronique
- Hautement sécurisé (messages encryptés)
- Uniquement destiné aux communications adressées
- Pour des données confidentielles/médicales (structurées ou non)
- Entre acteurs des soins (prestataires, institutions, autorités, ...)
- Présentant toutes les fonctionnalités d'une messagerie électronique
- Asynchrone.

Carnet d'adresses e-Health

Sur proposition du groupe de travail eHealthBox, un carnet d'adresses générique a été développé pour le secteur belge des soins.

- L'utilisateur (envoyeur, individu ou institution) peut, via le webservice, demander les données de prestataires (repris dans COBRHA) et, sur cette base, choisir le meilleur canal de communication selon le type de destinataire et le type de communication. L'envoyeur (par exemple les autorités) peut donc développer des stratégies de communication flexibles. Celles-ci sont précisées dans les plans de communication des différentes autorités.

Exemple : l'expéditeur peut décider, sur la base de la réponse du webservice, d'envoyer un message non confidentiel vers une autre adresse mail du receveur. La décision revient toujours à l'expéditeur.
- Les messages médicaux confidentiels doivent toujours être envoyés encryptés via la eHealthBox

- gegevens kunnen raadplegen via het uniek lokket.
- Andere applicaties kunnen deze Webservice wel integreren en een User Interface bouwen. Dit is echter buiten scope voor het ontwikkelen van de Webservice.

Het gebruiken van de gegevens voor een centraal adresboek is uiteraard een secundair gebruik van de gegevens in CoBHRA, die in de eerste plaats gebruikt worden voor het gebruikers- en toegangsbeheer van externe toepassingen.

CoBRHA

CoBRHA (Common Base Registry for HealthCare Actor) is de gemeenschappelijke database van de openbare instellingen die bevoegd zijn voor de erkenning van de actoren in de gezondheidszorg in België en bevat de gegevens van de zorgactoren en zorginstellingen. Deze databank wordt ook gevoed en gebruikt door de gemeenschappen en gewesten.

Deze databank zal onder andere dienen als bron voor het eHealth Addressbook voor de zorgsector (voor gebruik met o.a. eHealthBox) en wordt gevoed door de authentieke bronnen.

Deze gegevens zullen door de zorgverleners zelf kunnen worden aangevuld bij de verschillende authentieke bronnen via het uniek portaal IANUA.

COBRHA+

Ook CoBHRA zelf is aan verandering onderhevig. Het project CoBHRA+ heeft tot doel de bestaande databank uit te breiden met extra gegevens..

Het is uiteraard de bedoeling om gegevens die relevant zijn voor de elektronische communicatie mee op te nemen in de verdere evoluties van zowel IANUA als het

- Il n'est pas prévu d'application web pour la recherche de données de prestataires de soins. Un prestataire pourra consulter ses propres données via le guichet unique.
- D'autres applications peuvent intégrer ce webservice et mettre en place un interface utilisateur, mais ceci n'entre pas dans le scope du développement du webservice.

L'utilisation des données pour un carnet d'adresses central est cependant un usage secondaire des données de COBRHA, qui est avant tout destiné à la gestion des utilisateurs et des droits d'accès pour des applications externes.

CoBRHA

CoBRHA (Common Base Registry for HealthCare Actor) est la banque de données commune aux institutions publiques compétentes pour l'agrément des acteurs dans le domaine des soins de santé en Belgique. Cette base de données contient les données des prestataires de soins et des institutions. Elle est également alimentée et utilisée par les communautés et régions.

Cette base de données servira aussi comme source pour le carnet d'adresses eHealth du secteur des soins de santé (notamment utilisable dans le cadre de la eHealthBox) et est alimentée par les sources authentiques.

Ces données pourront être complétées par le prestataire de soins lui-même via les différentes sources authentiques et via le portail unique IANUA.

COBRHA+

<p>eHealth Addressbook.</p> <p>GUICHET UNIQUE</p> <p>Om de gegevens van het adresboek up-to-date te kunnen houden (maar niet enkel voor het addressbook) zal een portaal worden voorzien dat aan de zorgactor toelaat om bepaalde gegevens zelf te raadplegen en aan te passen/aan te vullen. Het ontwikkelen van dit portaal is een noodzakelijk voorwaarde voor een goede werking van bvb het addressbook (te veel onjuiste of niet beschikbare gegevens maken een addressbook onbruikbaar). De gegevens die op deze manier door de zorgactor worden geregistreerd kunnen dan op via de standaard procedure aangeleverd worden aan COBRHA. De noodzakelijk aanpassingen worden steeds gedaan via applicaties die door de bevoegde overheid (authentieke bron) ter beschikking worden gesteld. Het Uniek loket is slechts de deur via welke de zorgverlener toegang krijgt tot deze applicaties.</p>	<p>La banque de données COBRHA est elle-même en mutation. Le projet COBRHA+ a pour objectif d'étoffer la banque de données actuelles avec des données complémentaires.</p> <p>L'intention est en effet d'inclure les données utiles à la communication électronique dans les évolutions futures, tant de IANUA que du carnet d'adresses eHealth.</p> <p>GUICHET UNIQUE</p> <p>Afin de pouvoir tenir à jour les données du carnet d'adresses (mais pas uniquement pour le carnet d'adresses), un portail est prévu qui devra permettre aux acteurs de soins de consulter, adapter ou compléter certaines données. Le développement de ce portail est une condition nécessaire pour le bon fonctionnement, notamment, du carnet d'adresses (trop de données incorrectes ou indisponibles rendent un carnet d'adresses inutilisable). Les données enregistrées de cette manière par les acteurs de soins peuvent ensuite être importées dans COBRHA via les procédures standards. Les adaptations nécessaires sont toujours effectuées via des applications mises à disposition par les autorités compétentes (source authentique). Le guichet unique n'est que la porte via laquelle le prestataire de soins aura accès à ces applications.</p>
<p>ACTIEPUNT 18: INVENTARISATIE EN CONSOLIDATIE VAN REGISTERS</p>	<p>POINT D'ACTION 18 : INVENTAIRE ET CONSOLIDATION DES REGISTRES</p>
<p>HERFORMULERING VAN DE SMART-ACTIEPUNTEN</p>	<p>REFORMULATION DES POINTS D'ACTION SMART</p>
<p>Algemeen: In de versie 2012 van het Actieplan eGezondheid 2013-2018 wordt het Actiepunt 18 sterk gereduceerd tot de registers van het Wetenschappelijk Instituut</p>	<p>En général : Dans la version de 2012 du plan d'action e-Santé 2013-2018, le plan d'action 18 est fortement limité aux seuls registres de l'Institut Scientifique de Santé</p>

Volksgesondheid (WIV). De opgeleverde inventaris geeft weer dat het WIV een substantieel deel van de registers beheert, maar ook dat andere overheden, instellingen en beroepsverenigingen samen een groot aantal registers beheren, en zo mee bijdragen tot de registratielast bij zorgverstrekkers en mogelijks uit zichzelf niet zullen aligneren naar een door de sector gedragen architectuur voor wetenschappelijke gegevensverzameling. Het is daarom belangrijk dat het toepassingsgebied van het Actiepunt 18 zich niet beperkt tot de registers van het WIV, maar tot alle recurrente gegevensverzamelingen in het kader van epidemiologie, vigilantie, en kwaliteit van zorg.

ACTIEPUNTEN

AP18.1 - Een publiek toegankelijke webapplicatie met gedetailleerde inventaris van alle in België bestaande recurrente beleidsondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen in domein van gezondheid en gezondheidszorg, wordt permanent geactualiseerd (<http://www.healthstat.be>)

- Timing: vanaf 2015_Q3
- Wie:
 - **Coördinatie:** WIV, via het HD-platform;
 - **Uitvoering:** verantwoordelijken van wetenschappelijke projecten;
 - **Beheer inventaris:** WIV, via het HD-platform
- Meten: % gegevensverzamelingen waarvan metadata in inventaris jaarlijks gevalideerd werd

AP18.2 – De taak tot aanmelding en actualisatie van inventaris wordt in overeenkomst tussen opdrachtgevende overheid en de projectverantwoordelijken van de beleidsondersteunende wetenschappelijke

Publique (ISP). Or, si l'inventaire montre que l'ISP gère effectivement une part substantielle des registres, d'autres autorités, institutions et organisations professionnelles s'occupent ensemble d'un grand nombre de registres, contribuent à renforcer la charge liée à l'enregistrement des prestataires de soins et ne s'aligneront pas, par eux-mêmes, à l'architecture de recueil scientifique de données supportée par le secteur. Il importe donc de ne pas restreindre le point d'action 18 aux registres de l'ISP, mais de l'ouvrir à toutes les collectes de données récurrentes s'inscrivant dans le cadre de l'épidémiologie, de la vigilance et de la qualité des soins.

POINTS D'ACTION

PA18.1 - Actualisation continue de l'application Web accessible au public reprenant un inventaire détaillé de toutes les collectes de données récurrentes d'appui politique existant en Belgique dans le domaine de la santé et de la santé publique (<http://www.healthstat.be>)

- Timing: à partir de 2015_Q3
- Qui :
 - **Coordination** : ISP, via la plateforme HD
 - **Exécution** : Responsables des projets scientifiques
 - **Inventaire de gestion** : ISP, via la plateforme HD
- Mesure:
 - % de collectes de données dont les métadata sont validées dans l'inventaire, chaque année

PA18.2 – Réalisation de la tâche d'inscription et d'actualisation de l'inventaire en concertation entre les autorités adjudicatrices et les responsables des collectes

<p>gegevensverzamelingen opgenomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: vanaf 2015_Q3 - Wie: Uitvoering: Federale en gefedereerde overheden en instellingen - Meten: % gegevensverzamelingen in inventaris met overeenkomst tussen opdrachtgevende overheid en verantwoordelijken van gegevensverzamelingen met vermelding taak tot aanmelding en actualisatie van inventaris <p>AP18.3 – De procedures (incl. generieke Business Processen, Statistical Disclosure Controle, ...) en criteria voor opstarten van nieuwe en continueren van bestaande recurrente beleidsondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen, worden vastgelegd en ter beschikking gesteld via publiek toegankelijke webapplicatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: vóór einde 2016_Q1 - Wie: Uitvoering: Stuurgroep van het healthdata-platform - Meten: Door Stuurgroep healthdata-platform gevalideerde procedures en criteria voor opstarten van nieuwe en continueren van bestaande recurrente beleids-ondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen <p>AP18.4 – De toepassing van generieke Business Processen op alle (a) nieuwe en (b) bestaande recurrente beleidsondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ vanaf 2016_Q1 (a); ▪ vanaf 2016_Q1 gefaseerd volgens kalender (b: voor allen); ▪ vóór einde 2017_Q4 (b: voor 42 projecten van WIV en RIZIV) - Wie: Coördinatie en uitvoering: WIV, via het HD-platform <p>AP18.5 – De goedgekeurde generieke architectuur van healthdata-platform wordt geïmplementeerd in (a) alle Belgische ziekenhuizen, (b) medische laboratoria,</p>	<p>de données scientifiques d'appui politique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: à partir de 2015_Q3 - Qui: Exécution : Autorités et institutions du fédéral et des entités fédérées - Mesure: % de collectes de données de l'inventaire basées sur une convention entre l'autorité concernée et les responsables des collectes de données, avec mention des tâches d'enregistrement et d'actualisation de l'inventaire <p>PA18.3 – Élaboration et mise à disposition du public, via l'application Web, des procédures (y compris les processus opérationnels génériques et le contrôle de la divulgation de données statistiques) et des critères pour le lancement de nouvelles collectes de données scientifiques récurrentes d'appui politique ou la poursuite de collectes existantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing : Avant fin 2016_Q1 - Qui : Exécution : Comité de pilotage de la plateforme HD - Mesure : Procédures critères validés par le Groupe de pilotage de la plateforme Healthdata pour le démarrage de nouvelles collectes scientifiques ou la poursuite de collectes récurrentes existantes en soutien à la politique <p>PA18.4 – Application de tous les processus opérationnels génériques à toutes les collectes récurrentes de données scientifiques d'appui politique (a) nouvelles et (b) existantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ À partir de 2016_Q1 (a) ▪ À partir de 2016_Q1, par phase, suivant le calendrier (b : pour tous) ▪ Avant fin 2017_Q4 (b : pour les 42 projets de l'ISP et de l'INAMI) - Qui : Coordination : ISP, via la plateforme HD <p>PA18.5 – Implémentation de l'architecture générique approuvée (avec logiciel HD4DP) de la plateforme Healthdata a) dans tous les hôpitaux et b)</p>
---	--

en bij (c) alle Belgische huisartsen.

- Timing:
 - alle Algemene en Universitaire ziekenhuizen : Q2 2016
 - alle Psychiatrische ziekenhuizen Q4 2017
 - alle medische laboratoria Q4 2016
 - bij alle Belgische huisartsen Q4 2017
- Wie:
 - **Coördinatie en uitvoering:** WIV, via het HD-platform
 - **Begeleiding:** Hub- en Kluis-netwerken
- Meten: % Belgische ziekenhuizen, medische laboratoria, en huisartsen waarbij de generieke architectuur geïmplementeerd werd

AP18.6 – De goedgekeurde generieke architectuur van healthdata-platform wordt toegepast op alle (a) nieuwe en (b) bestaande recurrente beleidsondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen

- Timing:
 - vanaf 2015_Q2 (a);
 - vanaf 2016_Q1 gefaseerd volgens kalender (b: voor allen);
 - uitgevoerd vóór einde 2017_Q4 (b: voor 42 projecten van WIV en RIZIV).
- Wie:
 - **Coördinatie:** Stuurgroep van het healthdata-platform;
 - **Uitvoering:** WIV, via het HD-platform, verantwoordelijken van wetenschappelijke gegevensverzamelingen, ziekenhuizen, laboratoria, huisartsen, ...;
 - **Begeleiding:** Hub- en Kluis-netwerken
- Meten:
 - % nieuwe gegevensverzamelingen die middels de generieke architectuur van healthdata-platform gegevens verzamelen;
 - % bestaande gegevensverzamelingen die middels de generieke

laboratoires médicaux belges et c) chez tous les médecins généralistes belges.

- Timing:
 - Tous les hôpitaux généraux et universitaires : Q2 2016
 - Tous les hôpitaux psychiatriques Q4 2017
 - Tous les laboratoires médicaux Q4 2016
 - Tous les généralistes Q4 2017
- Qui :
 - **Coordination et exécution** : ISP, via la plateforme HD
 - **Accompagnement** : Réseaux Hub et « coffre-fort »
- Mesure : % d'hôpitaux, de laboratoires médicaux et de médecins généralistes belges chez qui l'architecture générique est implémentée.

PA18.6 – Application de l'architecture générique approuvée (avec logiciel HD4DP) de la plateforme Healthdata à toutes les collectes récurrentes de données scientifiques d'appui politique (a) nouvelles et (b) existantes

- Timing:
 - À partir de 2015_Q2 (a)
 - À partir de 2016_Q1, par phase, suivant le calendrier (b : pour tous)
 - Exécuté avant fin 2017_Q4 (b : pour les 42 projets de l'ISP et de l'INAMI)
- Qui :
 - **Coordination** : ISP, via la plateforme HD
 - **Exécution** : ISP, via la plateforme HD, responsables des projets scientifiques, hôpitaux, laboratoires, médecins généralistes, etc.
 - **Accompagnement** : Réseaux Hub et « coffre-fort »
- Mesure :
 - % de nouveaux projets pour lesquels le recueil de données passe par l'architecture générique de la plateforme Healthdata
 - % de projets existants pour lesquels le recueil de données passe par

<p style="text-align: center;">architectuur van healthdata-platform gegevens verzamelen;</p> <p>AP18.7 – Het gebruik van goedgekeurde generieke architectuur van healthdata-platform bij (a) nieuwe en (b) bestaande recurrente beleidsondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen wordt in overeenkomst tussen opdrachtgevende overheid en verantwoordelijken van gegevensverzamelingen opgenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: vanaf 2015_Q3 - Wie: Uitvoering: Federale en gefedereerde overheden en instellingen - Meten: % gegevensverzamelingen op healthdata-platform met overeenkomst tussen opdrachtgevende overheid en verantwoordelijken van gegevensverzamelingen met vermelding gebruik goedgekeurde generieke architectuur van healthdata-platform <p>AP18.8 – Alternatieven voor beveiligde elektronische brievenbus als verzendkanaal worden bestudeerd en worden, indien performant, het geen meerkosten in gebruik betreft en de gebruikers vertegenwoordigd zijn in de governance van het alternatief, in gebruik genomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ vóór einde 2016_Q2 (oplevering studie) ▪ vóór einde 2017_Q1 (in gebruikname) - Wie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coördinatie: WIV, via het HD-platform; ▪ Begeleiding en validatie: Werkgroep Architectuur; ▪ Uitvoering: alle betrokken actoren. - Meten: Publicatie van een door WG Architectuur gevalideerde architectuur met alternatief voor beveiligde elektronische brievenbus als verzendkanaal. <p>AP18.9 – Afspraken, architectuur, en planning voor beleidsondersteunende gegevensverzamelingen met meervoudige bestemming (MyCarenet, nationaal implantatenregister, hubs & kluizen, ...)</p>	<p style="text-align: center;">l'architecture générique de la plateforme Healthdata</p> <p>PA18.7 – Réalisation de l'utilisation de l'architecture générique approuvée (avec logiciel HD4DP) de la plateforme Healthdata à toutes les collectes récurrentes de données scientifiques d'appui politique a) nouvelles b) existantes en concertation entre les autorités adjudicatrices et les responsables des collectes de données.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: à partir de 2015_Q3 - Qui : Exécution : Autorités et institutions du fédéral et des entités fédérées - Mesure : % de collectes de données sur la plate-forme Healthdata assorties d'une convention entre l'autorité compétente et les responsables des collectes de données, avec mention de l'utilisation de l'architecture générique approuvée de la plate-forme Healthdata <p>PA18.8 – Formulation d'alternatives pour la boîte aux lettres électronique sécurisée comme canal d'envoi + application en cas de bons résultats, d'absence de surcoût lié à l'utilisation et de représentation des utilisateurs dans la gouvernance en cas de mise en service</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avant fin 2016_Q2 (livraison étude) ▪ Avant fin 2017_Q1 (utilisation) - Qui : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination : ISP, via la plateforme HD ▪ Accompagnement et validation : Groupe de travail Architecture ▪ Exécution : Tous les acteurs concernés - Mesure : Publication d'une architecture validée par le GT Architecture comportant une alternative pour l'envoi électronique sécurisé comme canal d'envoi. <p>PA18.9 – Accords, architecture et planning pour les collectes de données d'appui politique à des fins multiples (MyCarenet, hubs & coffres-forts, registre national des implants, etc.)</p>
---	--

De finaliteit van Vitalink is de digitale gegevensdeling tussen actoren in de zorg faciliteren en de informatie ontsluiten naar de zorggebruiker. Participeren of ondersteunen van (wetenschappelijk) onderzoek of informatie ter beschikking stellen voor beleidsdoelinden behoort hier niet toe. Om deze garantie te hebben, zijn alle gegevens op het Vitalink-platform gecijferd. Concreet betekent dit dat een overheid, of andere organisatie niet in staat is om de informatie te ontcijferen van het Vitalink-platform (databank).

- Timing: vóór einde 2016_Q2
- Wie:
 - **Coördinatie:** WIV, via het HD-platform;
 - **Begeleiding en validatie:** Werkgroep Architectuur;
 - **Uitvoering:** alle betrokken actoren
- Meten: Publicatie van een door WG Architectuur gevalideerde architectuur voor beleidsondersteunende gegevensverzamelingen met meervoudige bestemming

AP18.10 – Afspraken, architectuur, en planning voor verzameling, beheer en ontsluiten van humane Next Generation Sequencing (NGS) data

- Timing: Vóór einde 2016_Q3
- Wie:
 - **Coördinatie:** WIV, via het HD-platform;
 - **Begeleiding en validatie:** Werkgroep Architectuur
- Meten: Publicatie van een door WG Architectuur gevalideerde architectuur voor verzameling, beheer en ontsluiten van humane Next Generation Sequencing (NGS) data.

AP18.11 – Een Belgische adaptatie wordt uitgevoerd voor elke beschikbare specialisme overstijgende en technisch neutrale NFU-NICTIZ Clinical Building Block, en wordt na validatie in een publiek toegankelijke centrale digitale catalogus gepubliceerd (<http://www.healthdata.be/dcd/>) (Zie ook AP2.7 en AP13)

La finalité de Vitalink est de faciliter le partage électronique de données entre acteurs des soins et de donner accès à l'information à l'utilisateur. Participer ou soutenir des recherches (scientifiques) ou mettre de l'information à disposition à des fins de politique ne relève pas de cette finalité. Pour garantir ceci, toutes les données sur la plate-forme Vitalink sont codées. Concrètement, cela signifie qu'une autorité, ou autre organisation n'est pas en mesure de décoder au départ de la plate-forme Vitalink (banque de données).

- Timing: Avant fin 2016_Q2
- Qui :
 - **Coordination** : ISP, via la plateforme HD
 - **Accompagnement et validation** : Groupe de travail Architecture
 - **Exécution** : Tous les acteurs concernés
- Mesure : Publication d'une architecture validée par le GT Architecture pour les collectes en soutien à la politique s'adressant à plusieurs destinataires

PA18.10 – Accords, architecture et planning pour la collecte, la gestion et la communication des données de Next Generation Sequencing (NGS) humaines

- Timing: Avant fin 2016_Q3
- Qui :
 - **Coordination** : ISP, via la plateforme HD
 - **Accompagnement et validation** : Groupe de travail Architecture
- Mesure : Publication d'une architecture validée par le GT Architecture pour la collecte, la gestion et le déverrouillage de données Next Generation Sequencing (NGS)

PA18.11 – Adaptation belge de tous les Clinical Building Blocks NFU-NICTIZ disponibles dépassant les spécialisations et techniquement neutres et, après validation, publication dans un catalogue numérique central disponible au public (<http://www.healthdata.be/dcd/>). (voir aussi PA2.7 et PA13)

- Timing: vóór einde 2016_Q1
- Wie:
 - **Coördinatie:** WIV, via het HD-platform;
 - **Uitvoering:** Nederlandstalige en Franstalige clinici;
 - **Begeleiding en validatie:** WG AP2, Terminologie Centrum (WG AP13), en Werkgroep Structureren van Elementen;
 - **Beheer catalogoog:** WIV, via het HD-platform
- Meten: % van NFU-NICTIZ Clinical Building Block waarvoor een gevalideerde Belgische adaptatie beschikbaar is

AP18.12 – Alle (a) nieuwe en (b) bestaande recurrente beleidsondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen worden inhoudelijk samengesteld doormiddel van de voor België beschikbare gevalideerde Clinical Building Blocks (Zie ook AP2.7).

- Timing:
 - vanaf 2016_Q1 (a);
 - vanaf 2016_Q1 gefaseerd volgens kalender (b: voor allen);
 - uitgevoerd vóór einde 2017_Q4 (b: voor 42 projecten van WIV en RIZIV).
- Wie:
 - **Coördinatie:** WIV, via het HD-platform;
 - **Uitvoering:** verantwoordelijken van wetenschappelijke gegevensverzamelingen.
- Meten: Gemiddeld % parameters per gegevensverzameling die middels CBB's werd geoperationaliseerd

AP18.13 – De waardenlijsten van Clinical Building Blocks in alle (a) nieuwe en (b) bestaande recurrente beleidsondersteunende wetenschappelijke gegevensverzamelingen in domein van gezondheid en gezondheidszorg, worden prioritair met SNOMED-CT concepten opgemaakt (Zie ook AP2.7 en AP13).

- Timing: Avant fin 2016_Q1
- Qui :
 - **Coordination** : ISP, via la plateforme HD
 - **Exécution** : Cliniciens néerlandophones et francophones
 - **Accompagnement et validation** : GT AP2, Centre de terminologie (GT AP13) et GT Structuration des éléments
 - **Gestion du catalogue** : ISP, via la plateforme HD
- Mesure : % des Clinical Building Blocks NFU-NICTIZ pour lesquels une adaptation belge validée est disponible

PA18.12 – Rassemblement (sur la base du contenu) de toutes les collectes récurrentes de données scientifiques d'appui politique (a) nouvelles et (b) existantes à l'aide des Clinical Building Blocks validés disponibles pour la Belgique (voir aussi PA2.7)

- Timing:
 - À partir de 2016_Q1 (a)
 - À partir de 2016_Q1, par phase, suivant le calendrier (b : pour tous)
 - Exécuté avant fin 2017_Q4 (b : pour les 42 projets de l'ISP et de l'INAMI)
- Qui :
 - **Coordination** : ISP, via la plateforme HD
 - **Exécution** : Responsables des projets scientifiques
- Mesure : % moyen de paramètres par collecte de données faisant l'objet d'une opérationnalisation à l'aide de CBB

PA18.13 – Élaboration prioritaire avec les concepts SNOMED-CT des listes de valeurs des Clinical Building Blocks dans toutes les collectes de données récurrentes d'appui politique (a) nouvelles et (b) existantes dans le domaine de la santé et de la santé publique. (voir aussi PA2.7 et PA13)

<ul style="list-style-type: none"> - Timing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ vanaf 2016_Q1 (a) ; ▪ vanaf 2016_Q1 gefaseerd volgens kalender (b: voor allen); ▪ uitgevoerd vóór einde 2017_Q4 (b: voor 42 projecten van WIV en RIZIV) - Wie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coördinatie: WIV, via het HD-platform; ▪ Uitvoering: wetenschappelijk verantwoordelijken van de gegevensverzamelingen; ▪ Begeleiding en validatie: TerminologieCentrum; - Meten: Gemiddeld % parameters per gegevensverzameling waarvoor SNOMED-CT concepten als waardenlijst beschikbaar zijn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Timing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ À partir de 2016_Q1 (a) ▪ À partir de 2016_Q1, par phase, suivant le calendrier (b : pour tous) ▪ Exécuté avant fin 2017_Q4 (b : pour les 42 projets de l'ISP et de l'INAMI) - Qui : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination : ISP, via la plateforme HD ▪ Exécution : Responsables des projets scientifiques ▪ Accompagnement et validation : Centre de terminologie - Mesure : % moyen de paramètres par collecte de données pour lesquels des concepts SNOMED-CT sont présentés en tant que liste de valeurs.
ACTIEPUNT 19 - MOBILE HEALTH	POINT D'ACTION 19 - MOBILE HEALTH
INLEIDING	INTRODUCTION
<p>Mobile health is de benaming voor alle digitale (hard en software) toepassingen die het mogelijk maken voor patiënt, voor zijn omgeving en voor verschillende verstrekkers en stakeholders, om 24/24 u informatie en gegevens met betrekking tot gezondheid en welzijn te verzamelen, te visualiseren, op te slaan, te delen, en verstandig te gebruiken. Het gebruik van M-health kan de gezondheid, het welzijn en het comfort van elke gebruiker sterk verbeteren.</p> <p>Mobile Health omvat alle welzijn- en zorgtoepassingen die mogelijk worden met behulp van mobiele communicatiediensten en -toestellen (Foundation for the national institutes of health en WHO). Mhealth benut gsm's, smartphones, tablets en draagbare toepassingen (polsbanden, stappentellers, smart watches, applicaties</p>	<p><i>Mobile Health</i> est le nom donné à toutes les applications digitales (matériel et logiciel) qui permettent au patient, à son entourage et aux différents dispensateurs et différentes parties prenantes de collecter, de visualiser, de stocker, de partager et d'utiliser intelligemment, 24 heures sur 24, des informations et données relatives à la santé et au bien-être. L'utilisation de la m-Health peut améliorer fortement la santé, le bien-être et le confort de tout utilisateur.</p> <p>La <i>m-Health</i> comprend toutes les applications de bien-être et de santé rendues possibles par les services et appareils de communication mobile (<i>Foundation for the national institutes of health</i> et WHO). La m-Health tire profit des GSM, smartphones, tablettes et autres applications portables (bracelets pour pulsations,</p>

als deel van je kleding, tot en met inplanteerbare toepassingen). De toestellen zijn vaak voorzien van sensoren die parameters i.v.m. levensstijl, welzijn en gezondheid monitoren en daarbij data verzamelen. Denk hierbij aan de 'apps' gericht op levensstijl en welzijn, die op zulke toestellen voorzien zijn, maar ook persoonlijke coachingsystemen, het voorzien van gezondheidsinformatie en geneesmiddelen 'reminder' systemen, bijvoorbeeld per sms. 'Klassieke' telezorg en telegeneeskunde evolueren uiteraard ook meer naar mHealth door mobiele componenten te incorporeren.

De doorgestuurde gegevens worden ofwel lokaal (vb op de smartphone) opgeslagen en verwerkt, maar in sommige gevallen stuurt de smartphone deze meetgegevens ook door naar een centraal platform, dat beheerd wordt door een partner die gespecialiseerd is in de verwerking en aggregatie van deze gegevens. Van hier uit wordt de brug gelegd naar zorgverstrekkers en diverse dienstverleners. Essentieel is het feit dat dienstverlening en interactie tussen zorgverstrekker en zorggebruiker mobiel wordt: ze kan gebeuren op elk moment, op elke plaats, zowel voor zorggebruiker als zorgverlener.

We kunnen een onderscheid maken tussen toepassingen die voornamelijk voor de eindgebruiker zelf bedoeld zijn (zelfmanagement) en toepassingen waarbij een interactie tussen de eindgebruiker met een zorgverlener mogelijk wordt (telemonitoring, telecoaching, telemedicine). Een derde categorie, van toepassingen voor zorgverleners zonder enige interactie met de eindgebruiker.

DOELSTELLINGEN VAN AP 19:

- Betere gezondheid en comfort van burgers (patiënten en gebruikers) realiseren in de Belgische gezondheidszorg door het faciliteren van

podomètres, montres intelligentes, applications intégrées aux vêtements, jusques et y compris les applications implantables). Les appareils sont souvent munis de capteurs qui surveillent des paramètres sur le mode de vie, le bien-être et la santé et collectent les données y afférentes. Pensons ici aux « apps » axées sur le mode de vie et le bien-être, qui sont prévues sur les appareils de ce type mais aussi aux systèmes de coaching personnel, à l'information sur la santé et aux systèmes de rappel pour les médicaments par exemple par SMS. Il va de soi que les systèmes « classiques » de soins et de médecine à distance évoluent aussi davantage vers la m-Health en incorporant des composants mobiles.

Les données transmises sont ou bien stockées localement, par exemple sur smartphone, mais dans certains cas, le smartphone envoie aussi ces données de mesure vers une plate-forme centrale qui est gérée soit par le fabricant du *smart device* soit par un partenaire externe spécialisé dans l'agrégation et le traitement des données tirées d'appareils de différents fabricants.

À partir de là, une passerelle est établie vers des dispensateurs de soins et divers fournisseurs de services.

L'essentiel est que la fourniture de services et l'interaction entre dispensateur et utilisateur de soins devient mobile : elles peuvent se faire à tout moment, à tout endroit, tant pour le dispensateur de soins que pour l'utilisateur de soins.

Nous pouvons distinguer les applications destinées principalement à l'utilisateur final lui-même (autogestion) des applications permettant une interaction entre utilisateur final et dispensateur de soins (télésurveillance, télécoaching, télémedicine). Il existe une troisième catégorie d'applications pour dispensateurs de soins sans aucune interaction avec l'utilisateur final.

OBJECTIFS DU PA 19

- Améliorer la santé et le confort des citoyens (patients et utilisateurs) dans les soins de santé belges en facilitant le soutien de soins efficaces et

effectieve en efficiënte zorgondersteuning gebruik makend van M health toepassingen

- Kader creëren in de zorgsector om Mhealth toepassingen juridisch, financieel en organisatorisch te integreren in de bestaande en nieuwe zorgafspraken
- E-health services mobiel beschikbaar maken
- Kwaliteit en toegankelijkheid van mhealth ondersteunen
- De gebruiker zelf aan het stuur plaatsen van zorg via mhealth-toepassingen
- Een gecoördineerd mhealth-beleid in België realiseren, met een flexibele en administratief eenvoudige toepassing van mhealth in alle regio's

SPECIFIEKE ACTIEPUNTEN:

AP 19.1. In het licht van een nieuw governance model (cfr 13 bis) een kader creëren, afstemmen en coördineren tussen alle beleidsniveau's van mhealth acties, met het oog om dit zo efficiënt, ruim en administratief eenvoudig mogelijk toe te passen.

Onderscheid dient gemaakt tussen M-health toepassingen die in het in het gezondheidszorg systeem worden geïntegreerd (met onder meer uitwisseling naar verstrekkers, en die in het GZ systeem kunnen worden opgenomen), en toepassingen die voornamelijk de levenskwaliteit en het comfort van de patiënt ondersteunen (zonder bv. uitwisseling met verstrekkers). Vooral de Mhealth toepassingen van het eerste type zullen in aanmerking komen voor labeling en voor structurele integratie in het gezondheidszorgsysteem.

Principes : het sociaal zorg-ondernemerschap en de industrie onderzoeken de

efficients qui utilise des applications de m-Health.

- Créer un cadre dans le secteur de la santé pour intégrer les applications de m-Health sur le plan juridique, financier et organisationnel dans les accords de soins existants et nouveaux.
- Rendre les services e-Health disponibles dans les applications mobiles.
- Soutenir la qualité et l'accessibilité de la m-Health.
- Placer l'utilisateur lui-même aux commandes des soins au moyen des applications de m-Health.
- Réaliser une politique de m-Health coordonnée en Belgique au moyen d'une application m-Health souple et simple sur le plan administratif dans toutes les régions.

POINTS D'ACTION SPECIFIQUES

PA 19.1. À la lumière d'un nouveau modèle de gouvernance (cf. 13 bis), créer, harmoniser et coordonner un cadre entre tous les niveaux de pouvoir des actions m-Health, en vue d'en faire une application aussi efficiente, large et administrativement simple que possible.

Une distinction doit être établie entre les applications M-health qui sont intégrées dans le système de santé (avec notamment un échange vers les dispensateurs, et qui peuvent être intégrées dans le système GZ) et les applications qui soutiennent principalement la qualité de vie et le confort du patient (sans échange avec les dispensateurs par exemple). Ce sont surtout les applications M-health du premier type qui entreront en ligne de compte pour une labellisation et pour une intégration structurelle dans le système de soins de santé.

Principes : l'entrepreneuriat social de soins et l'industrie examinent la plus-value

meerwaarde van innovaties die mhealth inzetten; - De overheid, in synergie met het overkoepelende governance model (zie Actiepunt 13bis), staat in voor:

- het vastleggen van algemene principes waaraan Mhealth toepassingen moeten voldoen in een context van geïntegreerde zorg en van terugbetaalde zorg op afstand, type telemonitoring; zo veel mogelijk gebruik makend van internationale voorbeelden en best practices.
- het ondersteunen van de kwaliteit, deontologie, veiligheid en toegankelijkheid van mhealth toepassingen dmv mogelijkheden van het invoeren van standaarden, kwaliteitslabels, onafhankelijke review en gebruikersreview, professionele educatie (zie afzonderlijk actiepunt i.v.m. opleiding), consultatierichtlijnen i.v.m. mhealthgebruik en nuttige doelgroep-specifieke aanpassingen. Specifieke kwaliteitselementen zoals interoperabiliteit, gebruiksvriendelijkheid, eenvoud, data-opslag, betrouwbaarheid vormen de basis van een beoordeling.
- het toetsen van respect voor privacy en aansprakelijkheid van gebruikers en industrie e.a. aan M health toepassingen (zie afzonderlijk actiepunt i.v.m. aansprakelijkheid en verantwoordelijkheden)

AP 19.2. Organiseren van gegarandeerde mobiele toegang voor alle zorgprofessionals, gebruikers en patiënten tot relevante informatie in het kader van de continuïteit van de zorg.

Er dient in overleg met het eHealth platform onderzocht te worden hoe de authenticatie op mobile devices (tablets, smartphones, ...) best gebeurt voor applicaties die eHealth data willen raadplegen. Er moet rekening worden gehouden met de ervaring van die verstrekkers die reeds mobiel toegang hebben. Dit houdt in het inventariseren en uitwerken van de authenticatie mogelijkheden, inventariseren en uitwerken van vereisten voor beschikbaarheid per gebruikersgroep en vastleggen van de architecturale flows .

des innovations qui recourent à la m-Health ; - Les autorités assurent, en synergie avec le modèle de gouvernance de coordination (cf. point d'action 13 bis) :

- La fixation des principes généraux auxquels les applications de m-Health doivent satisfaire dans un contexte de soins intégrés et de soins à distance remboursables, type de télésurveillance : utiliser autant que possible les exemples internationaux et les meilleures pratiques internationales.
- Le soutien de la qualité, de la déontologie, de la sécurité et de l'accessibilité des applications de m-Health au moyen des possibilités d'introduction de normes, de labels de qualité, de revues indépendantes et de revues d'utilisateurs, d'éducation professionnelle (cf. point d'action séparé concernant la formation), directives de consultance relatives à l'utilisation de la m-Health et adaptations utiles spécifiques au groupe cible.
- Le contrôle de la protection de la vie privée et la responsabilité civile des utilisateurs et de l'industrie e.a. par rapport aux applications de m-Health (cf. point d'action séparé concernant la responsabilité civile et les responsables).

AP 19.2. Organiser un accès mobile garanti de tous les professionnels de la santé, utilisateurs et patients aux informations pertinentes dans le cadre de la continuité des soins.

Il convient d'examiner en concertation avec la plate-forme e-Health comment assurer au mieux l'authentification sur les dispositifs mobiles (tablettes, smartphones, ...) pour les applications qui veulent consulter des données e-Health. Il faut tenir compte de l'expérience des dispensateurs qui ont déjà accès à des applications mobiles. Cela implique un inventaire et une mise en œuvre des possibilités d'authentification des exigences de disponibilité par groupe

AP 19.3. Als ondersteuning van het juridische, financiële en administratieve kader inzake mhealth in België, én met het oog op de realisatie van een meer kwaliteitsvolle geïntegreerde gezondheidszorg, worden -niet limitatief- 5 user cases voorgesteld. Deze zijn gekozen op basis van hun impact (aantal patiënten x ernst) en de beschikbare technische tools van Mhealth. Andere waardevolle usecases zijn : IVF, zorgafhankelijkheid (ouderen), functionele beperkingen, IBD, Nierdialyse,...

De usecases omvatten toepassingen van Mhealth die worden beschreven en waarvan de toegevoegde waarde voor patiënt, voor alle betrokken verstrekkers en voor het gezondheidszorgsysteem worden toegelicht. Alle stakeholders worden structureel betrokken in het kader van geïntegreerde zorg.

In de user case moet een link worden gelegd met het PHR, het managementplatform, en de andere actiepunten van het plan. De klinische resultaten en de timing worden per case vastgelegd.

De usecases hebben als specifieke doelstellingen de R&D van innovaties te versnellen, een duidelijk perspectief te bieden voor structurele implementering binnen een stabiel regelgevend kader en als continue feedback te dienen voor het afgesproken kader. Ze werden slim gekozen: voldoende ruim qua doelgroep en impact, voortbouwend op eerdere ervaringen en inspeland op 'quick wins' die generiek kunnen gerealiseerd worden binnen de Belgische gezondheidszorg. Daarenboven spelen zij in op de doelstellingen van geïntegreerde zorg: hogere kosteneffectiviteit, betere patiëntenervaring en betere gezondheid.

We kiezen initieel voor volgende 5 user cases gekoppeld aan geïntegreerde zorg en de nieuwe zorgfinanciering (ELZ en ziekenhuizen) :

- **Stroke** : Het gebruik van mhealth devices voor acute stroke zorg met ultrasnelle snelle en gespecialiseerde behandeling, voor thuisrevalidatie, herintegratie- mobiele toegang, Zelf-management en empowerment van de patiënt en omgeving:

d'utilisateurs et une détermination des flux architecturaux.

AP 19.3. Comme soutien au cadre juridique, financier et administratif en matière de m-Health en Belgique, et en vue de la réalisation de soins de santé intégrés de plus grande qualité encore, 5 user cases sont proposés. Celles-ci sont choisies sur la base de leur impact (nombre de patients x gravité) et des outils techniques disponibles de M-health. Les autres usecases utiles sont: FIV, dépendance aux soins (personnes âgées), limitations fonctionnelles, IBD, dialyse rénale, etc.

Les usecases renferment des applications de M-health qui sont décrites et dont la valeur ajoutée pour le patient, tous les dispensateurs concernés et le système des soins de santé est expliquée. Tous les stakeholders sont concernés structurellement dans le cadre des soins intégrés.

Ces user cases doivent contenir un lien avec le PHR et les autres points d'action du plan. Les résultats cliniques et le calendrier sont établis par case.

Les usecases ont pour objet spécifique d'accélérer la R&D des innovations, d'offrir une perspective claire pour l'implémentation structurelle dans un cadre réglementaire clair et de servir de feed-back continu au cadre convenu. Ils ont été choisis avec intelligence : ils sont suffisamment larges par rapport au groupe cible et à l'impact, s'appuient sur les expériences acquises précédemment et anticipent des bénéfices rapides susceptibles d'être réalisés dans les soins de santé en Belgique. Par ailleurs, ils répondent aux objectifs des soins intégrés : rendement supérieur, meilleure expérience des patients et meilleure santé.

Nous optons au départ pour les 5 user cases suivants, associés à des soins intégrés et au nouveau financement de soins (ELZ et hôpitaux) :

- **Stroke** : L'utilisation de M-health devices pour des soins aigus au moyen d'un traitement ultrarapide et spécialisé, pour la rééducation à domicile, la réintégration, l'accès mobile, l'autogestion et l'empowerment du patient et l'environnement ;

- **Cardiovasculaire zorg** (risicomanagement en care) : apps en smart-apps : lipids, gewicht, BD, ...
- **Diabetes** : telemonitoring, Point-of-care testen en digitale ondersteuning van geïntegreerde zorg.
- **Geestelijke gezondheidszorg** : telezorg en tele-psychotherapie, therapietrouw, combinatie met mobiele teams, art 107,),
- **Chronische pijn** : Multidisciplinaire aanpak van chronische pijn in gespecialiseerd pijncentrum met monitoring van patiënt : inspanning, slaapkwaliteit, pijnintensiteit en therapietrouw.

De werking en de resultaten van deze cases worden publiek gedeeld en worden meteen in een concrete marktsituatie toegepast. Zij krijgen de beleidsgarantie van inbedding in het Belgische zorgsysteem.

NB: Bovenstaand traject doet uiteraard geen afbreuk aan de vrije beschikbaarheid en gebruik van niet-publiek vergoede mhealth toepassingen vanuit een consumentenperspectief, voor zover dat internationale wetgeving over privacy en veiligheid wordt gerespecteerd.

Ook deze kunnen mee gestimuleerd worden, zowel aan de kant van de zorgprofessionals als aan de kant van de burger/gebruiker, als in het kader van de beheersovereenkomsten met de instellingen van sociale zekerheid en hun uitvoerders.

De resultaten van deze laatste inzake mhealth worden ook publiek gedeeld (transparantie en awareness).

PROJECT VERANTWOORDELIJKE EN BETROKKEN STAKEHOLDERS:

- Onder politieke goedkeuring van de regering en ruimer governance model (zie Actiepunt 13bis) inclusief andere stakeholders en organisaties. waarbij

- **Soins cardiovasculaires** (gestion des risques et soins) : apps et smart apps – lipides, poids, BD, ...
- **Diabète** : télésurveillance, tests *point-of-care* et soutien digital des soins intégrés.
- **Soins de santé mentale** : soins et psychothérapie à distance, compliance thérapeutique, combinaison avec des équipes mobiles, art. 107 ;
- **Douleur chronique** : approche multidisciplinaire de la douleur chronique dans des centres de la douleur spécialisés avec surveillance du patient – effort, qualité du sommeil, intensité de la douleur et compliance thérapeutique.

Le fonctionnement et les résultats de ces cases sont rendus publics et appliqués d'emblée dans une situation de marché concrète. Ils reçoivent la garantie politique d'être intégrés dans le système de santé belge.

NB : Le trajet ci-dessus ne déroge bien sûr pas à la libre disponibilité et à la libre utilisation des applications de m-Health remboursables par le secteur non public dans une perspective de consommateurs dans la mesure où la législation internationale est respectée sur le plan de la protection de la vie privée et de la sécurité.

Ceux-ci aussi peuvent être stimulés tant du côté des professionnels de la santé que du côté des citoyens / utilisateurs, comme dans le cadre des conventions de gestion avec les établissements de sécurité sociale et leurs exécutants.

Les résultats de ces derniers en matière de m-Health sont aussi rendus publics (transparence et prise de conscience).

RESPONSABLE DU PROJET ET PARTIES PRENANTES

het volledige redactieteam zich engageert om mhealth mee vorm te geven en te coördineren,

MEETPUNTEN:

- Beschikbaarheid van algemene principes, evaluatiekader en instrumenten voor kwaliteitsondersteuning
- Beschikbaarheid van kader van privacy en aansprakelijkheid
- Operationeel zijn van en concreet gebruik van de mobiele toegang voor zorgprofessionals
- Continue leerpunten vanuit de user cases
- Bijsturing en beschikbaarheid van regelgeving en wetgeving
- Breed operationeel zijn van en concreet gebruik van de mobiele toegang voor gebruikers en patiënten tot publiek vergoede zorg

TIMING:

- Einde 2015:
Ontwerp van de algemene principes, het evaluatiekader en de kwaliteitsondersteuning, in consensus met het ruimere governance model.

Ontwerp van het kader van privacy en aansprakelijkheid.

Gelijktijdige beschrijving van de 5 user cases: beschrijving van meest relevante opportuniteiten- snelle structurele implementatie - maatschappelijke impact.

Plan van aanpak goedkeuren in betrokken organen (cave vertragingen) en omzetten in projecten - combineren met omvorming van zorgfinanciering,

- Sous l'approbation politique du gouvernement et modèle de gouvernance plus large (cf. point d'action 13 bis) y compris d'autres parties prenantes et organisations, l'équipe de rédaction complète s'engageant à donner plus de forme à la m-Health et à la coordonner.

POINTS DE MESURE

- Disponibilité des principes généraux, cadre d'évaluation et instruments de soutien à la qualité
- Disponibilité du cadre de protection de la vie privée et de la responsabilité civile
- Fonctionnalité et utilisation concrète de l'accès mobile pour les professionnels de la santé
- Points d'apprentissage continu à partir des user cases
- Ajustement et disponibilité de la réglementation et de la législation
- Large fonctionnalité et utilisation concrète de l'accès mobile pour les utilisateurs et les patients aux soins remboursés à titre public.

CALENDRIER

- Fin 2015
Projet des principes généraux, du cadre d'évaluation et du soutien de la qualité en accord avec le modèle de gouvernance élargi.

Projet du cadre de la protection de la vie privée et de la responsabilité civile.
Description simultanée des 5 user cases : description des opportunités les plus pertinentes - implémentation structurelle rapide – impact social.
Approuver plan d'approche dans les organes intéressés (attention aux

ziekenhuisfinanciering inbegrepen. (businesscase)

- Einde 2016:
Organiseren van gegarandeerde mobiele toegang voor alle zorgprofessionals, gebruikers en patiënten tot relevante informatie in het kader van de continuïteit van de zorg + mobiele toegang van de patiënt tot zijn PHR
Omzetting in eerste regelgeving en wetgeving

Starten met user cases - cfr plan van aanpak.
Publiek maken van de resultaten van de mhealth inspanningen van de verzekeringsinstellingen inzake vooropgezette doelstellingen (cfr supra)
- Einde 2017:
Eerste evaluatie en initiatieven van bijsturing van regelgeving waar nodig
Continuering van de user cases die de vooropgezette doelstellingen (cfr supra) bereiken en inbedding in het Belgische zorgsysteem.

BIJLAGE:

White paper VOKA

http://www.healthcommunity.be/sites/default/files/u195/Whitepaper%20Health%20Community%20%27mHealth%27_lowres.pdf

Green book EU

<http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>

- Patiënten worden meer 'empowered', met ondersteuning van hun zelfredzaamheid in hun eigen (thuis)omgeving.
- mHealth maakt nieuwe zorgmodellen type „geïntegreerde zorg” mogelijk.

Toepassingen van Mhealth in de zorg verbeteren op een significante wijze de

retards) et traduire en projets – combiner avec transformation du financement des soins, financement des hôpitaux compris (business case).

- Fin 2016
Organiser l'accès garanti pour tous les professionnels de soins, utilisateurs et patients, à l'information pertinente dans le cadre de la continuité des soins + accès mobile du patient à son PHR.
Transposition dans une première réglementation et législation

Commencer par les user cases – cf. plan d'approche
Rendre publics les résultats des efforts m-Health des organismes assureurs concernant la poursuite des objectifs (cf. supra).
- Fin 2017
Première évaluation et initiatives d'ajustement de la réglementation le cas échéant
Continuation des user cases qui atteignent les objectifs avancés (cf. supra) et intégration dans le système de soins belge.

ANNEXE

Livre blanc VOKA

http://www.healthcommunity.be/sites/default/files/u195/Whitepaper%20Health%20Community%20%27mHealth%27_lowres.pdf

Livre vert UE

<http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>

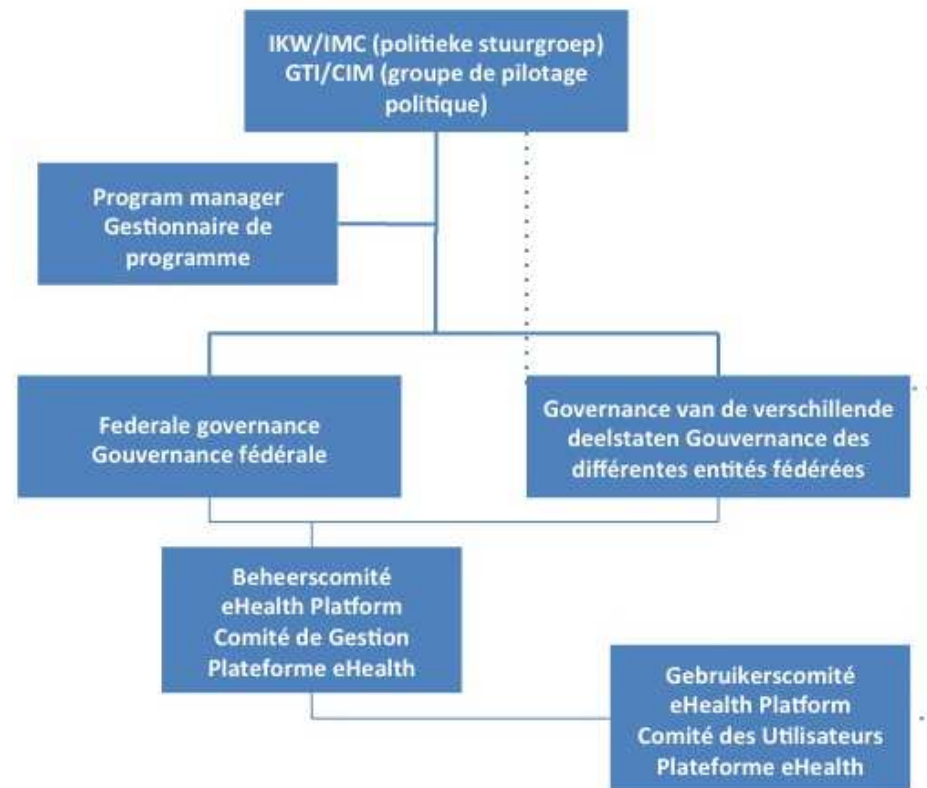
- Les patients sont plus *empowered* avec le soutien de leur autonomie dans leur propre environnement (domestique).
- La m-Health permet de nouveaux modèles de soins de type « soins

<p>gezondheid van de gebruikers :</p> <p><u>- Effect op levensverwachting</u> Meerdere studies tonen aan dat het gebruik van mHealth toepassingen bijdraagt tot een daling van de sterfte bij patiënten met een langdurige aandoening (12 tot 34% reductie in mortaliteit).</p> <p><u>- Effect op preventie en kwaliteit van leven</u> Het gebruik van mHealth heeft een aangetoond positief effect op klinische parameters zoals het gewicht, bloeddruk, glycose en hbA1c (diabetes) en INR (antistollingsmiddelen). Bovendien is er ook een duidelijk verband met een wijziging in gedrag en verbeterde levensstijl m.b.t. fysieke activiteit, voeding en stressniveaus. Sommige mHealth toepassingen verdubbelen de kans op stoppen met roken. Ook bij cardiale rehabilitatie zijn er reeds RCT studies beschikbaar die een positief effect op evidence based kwaliteitsdoelstellingen aantonen. Therapietrouw neemt met mHealth toe met 40 tot 68%. Diverse studies observeren een verbetering in de gemeten tevredenheid en kwaliteit van leven. Kaiser Permanente realiseerde met behulp van mHealth een reductie in middelenmisbruik bij zwangere vrouwen van 7 naar 0,5%, waardoor het aantal miskramen daalde naar 1% en het aantal vroeggeboortes afnam met een factor 2.</p> <p><u>-Effect op hospitalisatie en residentiële zorg</u> We noteren een daling in spoedopnames, een daling in ziekenhuisopnames (20%), een daling in verblijfsdagen (25%) en een daling in heropnames (40%). Sommige studies, zoals bij asthma, wijzen hierbij op een verschuiving naar professionele zorg in de thuissituatie. Ook in ouderenzorg stellen we vast dat 36% van de ouderen langer thuis onafhankelijk kunnen blijven wonen en dat de daling in hospitalisatiegraad binnen de context van woonzorgcentra wordt bevestigd.</p> <p><u>-Effect op zorghitgaven</u> Studies met betrekking tot economische evaluatie zijn zeldzaam, hoewel de bovenstaande bevindingen in termen van efficiëntiewinst quasi voor zich spreken. De studies die wel beschikbaar zijn rapporteren ofwel positieve cijfers over</p>	<p>intégréés ».</p> <p>Les applications de m-Health dans les soins améliorent de manière significative la santé des utilisateurs.</p> <p><u>- Effet sur l'espérance de vie</u> Plusieurs études démontrent que l'utilisation d'applications de m-Health contribue à réduire la mortalité des patients ayant une affection chronique (12 à 34 % de réduction de la mortalité).</p> <p><u>- Effet sur la prévention et la qualité de vie</u> L'utilisation de la m-Health a démontré un effet positif sur des paramètres cliniques comme le poids, la pression artérielle, la glycose, et le HbA1c (diabète) et l'INR (anticoagulants). Par ailleurs, il existe également un lien clair avec une modification de comportement et un mode de vie amélioré en rapport avec l'activité physique, l'alimentation et le niveau de stress. Certaines applications de m-Health doublent la possibilité d'arrêter le tabagisme. Dans la réhabilitation cardiaque aussi, on dispose déjà de certaines études RCT qui démontrent un effet positif sur des objectifs de qualité <i>evidence-based</i>. La compliance thérapeutique augmente de 40 à 60 % avec la m-Health. Diverses études notent une amélioration des mesures de la satisfaction et de la qualité de vie. Kaiser Permanente a réalisé au moyen de la m-Health une réduction de l'abus de produits chez des femmes enceintes de 7 à 0,5 %, qui a pour effet d'abaisser les fausses couches de 1 % et le nombre de naissances prématurées à raison d'un facteur 2.</p> <p><u>- Effet sur l'hospitalisation et les soins résidentiels</u> Nous notons une baisse des admissions d'urgence, une baisse des hospitalisations (20 %), une baisse des journées de séjour (25 %) et une baisse des réadmissions (40 %). Certaines études, comme pour l'asthme, indiquent à cet égard un glissement vers les soins professionnels en milieu domestique. Dans les soins aux personnes âgées aussi, nous constatons que 36 % des personnes âgées peuvent continuer à vivre plus longtemps en autonomie à domicile et que la baisse du taux d'hospitalisation se confirme dans le contexte des centres de soins résidentiels.</p> <p><u>- L'effet sur les dépenses de soins</u></p>
---	---

<p>kosteneffectiviteit (vb ICER 1624 tot 4923 pond per QALY), ofwel kostenbesparingen (vb een studie met een besparing van 8,8% op de uitgaven, tweede studie met besparing van 2000 dollar per patiënt per jaar). ICER drukt uit hoeveel we extra moeten betalen in verhouding tot de extra gezondheidswinst per kwaliteitsvol levensjaar. Des te lager, des te beter. Het resultaat ligt ver beneden internationale normen die vaak op 35.000 pond worden vastgelegd.</p>	<p>Les études relatives à l'évaluation économique sont rares bien que les résultats précités en termes de gain en efficacité sont pratiquement parlants en eux-mêmes. Quant aux études disponibles, elles donnent soit des chiffres positifs sur le rapport coût/efficacité (ex. ICER £1,624 à £4,923 livres par QALY), soit des économies de coût (ex. étude démontrant une économie de 8,8 % sur les dépenses, deuxième étude démontrant une économie de \$2,000 par patient par an). L'ICER exprime combien nous devons payer en plus pour le gain supplémentaire de santé par année de vie dans de bonnes conditions. Plus le supplément est bas, mieux c'est. Le résultat s'affiche loin dessous les normes internationales sont souvent fixées à £35,000.</p>
<p>ACTIEPUNT 20 : GOVERNANCE, ROLLOUT EN MONITORING E-GEZONDHEID</p> <p>Dit actiepunt bevat een luik "Governance" en een luik "Rollout & Monitoring".</p> <p>GOVERNANCE</p> <p>AP20.1 Governance structuur eGezondheid</p> <p><u>Het Governace schema</u></p> <p>De high level strategische en politieke discussies en beslissingen worden genomen door de IKW eGezondheid van de IMC Volksgezondheid.</p> <p>In de context van het Actieplan concentreert het Beheerscomité van het eHealth platform zich op de governance van de actiepunten toegewezen aan het eHealth platform en de opdrachten die vanuit de andere actiepunten aan het eHealth platform toevertrouwd zijn.</p> <p>Bij de sturing wordt ook het werkveld betrokken, dit via adviezen vanuit het Overlegcomité met de gebruikers van het eHealth Platform. De IKW kan</p>	<p>POINT D'ACTION 20 : GOUVERNANCE, MPLÉMENTATION ET MONITORING E-SANTÉ</p> <p>Ce point d'action contient un volet « Gouvernance » et un volet « Implémentation & Monitoring »</p> <p>GOUVERNANCE</p> <p>PA20.1 Structure de gouvernance de l'e-Santé</p> <p><u>Le schéma de gouvernance</u></p> <p>Les discussions et décisions stratégiques et politiques high level sont prises par le GTI e-Santé de la CIM Santé publique.</p> <p>Dans le contexte du Plan d'actions, le Comité de gestion de la Plate-forme e-Health se concentre sur la gouvernance des points d'action confiés à la Plate-forme e-Health et les missions confiées à la Plate-forme e-Health dans le cadre des autres points d'action.</p> <p>Dans le cadre du pilotage, les acteurs de terrains sont concernés via les avis du</p>

rechtstreeks adviezen aan het comité vragen.

Comité de concertation des tilisateurs de la Plate-forme e-Health. Le GTI peut demander des avis au Comité.



Program Manager

De operationele coördinatie en opvolging van de uitvoering van het Actieplan

Gestionnaire de programme

La coordination opérationnelle de l'exécution du Plan d'actions doit être soutenue

<p>moet ondersteund en begeleid worden door één Program Manager.</p> <p>Hij (zij) rapporteert aan de IKW eGezondheid van de IMC Volksgezondheid.</p> <p>De Program Manager heeft geen rechtstreekse operationele verantwoordelijkheid voor de deelaspecten en diensten, maar is wel verantwoordelijk en bevoegd voor het opvolgen en rapporteren van de vooruitgang van elk deelaspect, het identificeren van vertragingen en knelpunten en het uitwerken van oplossingen, alsook de coördinatie van de informatiestroom.</p> <p>De taak van de Program Manager situeert zich dus in essentie tussen de Governance actoren, de Projectleiders / de verantwoordelijken van de diverse eGezondheidsdiensten en de softwareleveranciers.</p> <p>De Program Manager zorgt desgevallend voor synergiën indien er raakvlakken of overlappingen zijn tussen de diverse actiepunten of projecten.</p> <p><u>Leadership en Projectleiders</u></p> <p>Zowel federaal als deelstaten zijn elk verantwoordelijk voor de governance (= het leadership) van de hen toegewezen actiepunten in lijn met hun bevoegdheden. Zij bepalen zelf de vorm en samenstelling van hun Governance structuren.</p> <p>Elke actor die aldus de verantwoordelijkheid krijgt van een actiepunt/werkpakket binnen het Actieplan eGezondheid 2.0 duidt een persoon als Projectleider aan, die rapporteert aan de Program Manager en aan de governancestructuur van de relevante entiteit (federaal/deelstaat).</p> <p>Het 'leadership' behelst de politieke verantwoordelijkheid voor het welslagen van het project en wordt bijgevolg toegewezen aan een administratie en/of voorgedijoverheid.</p> <p>De Projectleider draagt de executieve verantwoordelijkheid voor het welslagen van het project en kan daarvoor rekenen op de nodige ondersteuning door het</p>	<p>et accompagnée par un gestionnaire de programme.</p> <p>Il (elle) rapporte au GTI e-Santé de la CIM Santé publique.</p> <p>Le gestionnaire de programme n'a pas de responsabilité directe par rapport aux éléments de contenu et aux services, mais est responsable et chargé de suivre les progrès de chaque élément et de faire rapport à leur propos, d'identifier les retards et difficultés et rechercher des solutions, ainsi que de coordonner les flux d'information.</p> <p>Les tâches du Gestionnaire de programme se situent dès lors essentiellement entre les acteurs de la gouvernance, les chefs de projets / les responsables des divers services d'e-Santé et les fournisseurs de software.</p> <p>Le gestionnaire de programme veille donc aux synergies à mettre en place en cas de chevauchement ou de superposition entre divers points d'action ou projets.</p> <p><u>Leadership et chefs de projets</u></p> <p>Tant le fédéral que les entités fédérées sont responsables chacun de la gouvernance (= le leadership) des points d'action qui leur sont confiés dans le cadre de leurs compétences. Ils décident eux-mêmes de la forme et de la composition de leurs structures de gouvernance.</p> <p>Tout acteur auquel est attribuée la responsabilité d'un point d'action dans le cadre du Plan d'actions e-Santé 2.0 désigne une personne comme chef de projet, qui fera rapport au gestionnaire de programme ainsi qu'à la structure de gouvernance de l'entité concernée (fédéral / entités fédérées).</p> <p>Le 'leadership' endosse la responsabilité politique de la réussite du projet et est donc confié à une administration et/ou une autorité de tutelle.</p> <p>Le chef de projet endosse la responsabilité exécutive de la réussite du projet et doit</p>
--	---

<p>leadership.</p> <p>De Projectleiders worden aangeduid en gefinancierd door de entiteit die verantwoordelijk is voor het betreffende actiepunt.</p> <p>AP20.2 Juridische onderbouwing eGezondheid</p> <p><i>AP20.2.A registratie, analyse en coördinatie van alle noodzakelijke wetten, decreten, KB, MB, reglementen, akkoorden en wijzigingen</i></p> <p>Vele actiepunten in de roadmap geven aanleiding tot juridische vragen. Andere actiepunten nopen tot aanpassingen van het bestaande wettelijke en reglementaire kader.</p> <p>De bedoeling van dit actiepunt is om</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een structureel overzicht te creëren en opvolging te faciliteren • Eventuele juridische aspecten uit verschillende actiepunten combineren • Een juridische FAQ voor eGezondheid ter beschikking stellen <p><i>Lead:</i> Politieke Stuurgroep.</p> <p>Uitvoerende Projectleiders : aan te duiden door de resp. bevoegde federale- en deelstaat-administraties</p> <p><i>Wanneer & meten:</i> Eerste versie FAQ is beschikbaar op de site < einde Q4 2015.</p> <p><i>AP20.2.B aansprakelijkheid rond gegevensdeling</i></p> <p>Zorgverstrekkers stellen zich vragen over hun strafrechtelijke en burgerrechtelijke aansprakelijkheid. Wat indien ik me baseer op foute gegevens van derden? Wat</p>	<p>pouvoir compter sur le soutien nécessaire de la part du leadership.</p> <p>Les chefs de projets sont désignés et financés par l'entité qui assume la responsabilité du point d'action concerné.</p> <p>PA20.2 Fondements juridiques de l'e-Santé</p> <p><i>PA20.2.A Enregistrement, analyse et coordination de l'ensemble des lois, décrets, AR, AM, règlements, accords et modifications</i></p> <p>De nombreux points d'action de la roadmap mènent à des questions d'ordre juridique. D'autres points d'action supposent des modifications du cadre légal et réglementaire actuel.</p> <p>L'objectif de ce point d'action est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de créer une vue d'ensemble et de faciliter le suivi • de combiner éventuellement les éléments juridiques associés à différents points d'action • de mettre à disposition un FAQ juridique relatif à l'e-Santé. <p>Lead : Groupe de pilotage politique</p> <p>Chefs de projets exécutants : à désigner par les administrations fédérales et fédérées concernées.</p> <p>Quand et instrument de mesure : une première version des FAQ devra être disponible sur le site avant fin Q4 2015.</p> <p><i>PA20.2.B Responsabilité en matière de partage de données</i></p> <p>Les prestataires de soins s'interrogent par rapport à leur responsabilité civile et pénale. Quid si je me base sur des données erronées en provenance de tiers ? quid si des données importantes manquent ? quid si je ne consulte pas des données qui</p>
--	---

<p>indien belangrijke gegevens ontbreken? Wat indien ik niet naar gegevens kijk die wel beschikbaar waren? Hoe groot is mijn aansprakelijkheid en hoe zal er over geoordeeld worden indien een patiënt zich geschaad acht?</p> <p>Ook voor de industrie is het steeds duidelijk in welke mate zij aansprakelijk is voor eventuele fouten, defecten, ... en gezondheidsschade die daar het gevolg van zou kunnen zijn.</p> <p>Deze onderwerpen moeten dringend worden uitgeklaard.</p> <p>Waar nodig worden er noodzakelijke aanpassingen van de aansprakelijkheidswetgeving geformuleerd.</p> <p><i>Lead:</i> FOD Volksgezondheid</p> <p><i>Projectleider:</i> aan te duiden door FOD</p> <p><i>Timing:</i> Voorbereiding Q4 2015 ; uitvoering < Q1 2016.</p> <p><i>Meten:</i> beschikbaarheid van uitgeklaarde concrete voorbeeldcases / vragen inzake verantwoordelijkheid</p> <p>AP20.3 Vereisten infrastructuur eGezondheid</p> <p>Een aantal diensten aangeboden in de context van eGezondheid vereisen een hoge beschikbaarheid van verschillende platformen binnen eGezondheid. Typisch betreft het de ondersteunende infrastructuur voor diensten die omwille van hun functionaliteit en omwille van de momenten waarop de gebruikers van deze diensten actief zijn 24uur op 24 en 7 dagen op 7 gebruikt worden.</p> <p>Het groeiend aantal diensten en de snelle toename van het aantal gebruikers zorgen ervoor dat proactief capaciteitsmanagement noodzakelijk is.</p> <p>Dit actiepunt heeft tot doel</p>	<p>sont disponibles ? quelle est mon niveau de responsabilité et comment sera-t-elle évaluée si un patient porte plainte ?</p> <p>De même, pour l'industrie, il doit être clair dans quelle mesure sa responsabilité est engagée en cas de faute ou de défaut... et si des dommages de santé en découlent.</p> <p>Ces questions doivent être clarifiées d'urgence.</p> <p>Si nécessaire, des adaptations de la législation en matière de responsabilité doivent être formulées.</p> <p>Lead : SPF Santé publique</p> <p>Chef de projet : à désigner par le SPF Santé publique</p> <p>Timing : préparation Q4 2015 ; exécution Q1 2016</p> <p>Instrument de mesure : la mise à disposition, au titre d'exemple, de cas concrets / questions en matière de responsabilité</p> <p>PA20.3 Infrastructure requise en matière d'e-Santé</p> <p>Un certain nombre de services offerts dans le cadre de l'e-Santé exigent une grande disponibilité des différentes plates-formes d'e-Santé. Il s'agit en particulier de l'infrastructure en soutien aux services qui, vu leur fonctionnalité et le moment auquel les utilisateurs y ont recours, sont utilisés 24h sur 24 et 7 jours sur 7.</p> <p>Le nombre croissant de services et l'augmentation du nombre d'utilisateurs ont pour effet qu'une gestion proactive des capacités est nécessaire.</p> <p>Ce point d'action a pour objectif</p> <ul style="list-style-type: none"> • De suivre les exigences en matière de disponibilité
--	---

- de beschikbaarheidsvereisten op te volgen
- antwoorden te geven op veranderende vereisten
- oplossingen en voorstellen te formuleren voor verbetering van de beschikbaarheid

Dit actiepunt heeft tot doel de evolutie van de capaciteitsvereisten van alle eGezondheidsdiensten op te volgen om proactief in te spelen op de evoluties.

Lead: eHealth platform

Uitvoering: alle organisaties en instanties die diensten aanbieden die gebruik maken van het eHealth platform

Timing: Inventaris Q4 2015

Metten:

- Significante daling van onbeschikbaarheid bij het monitoren van diensten.
- Significante daling van het aantal klachten over onbeschikbaarheid van diensten.

ROLLOUT VAN DIENSTEN EN MONITORING VAN HET ACTIEPLAN

Het huidige systeem vertoont vier gebreken :

- te weinig flexibiliteit in de tijd (de situatie blijft onveranderd gedurende 2 jaar; onrealistische inschatting van de tijd nodig voor effectieve uitrol van eGezondheidsdiensten);
- gebrek aan coördinatie voor het uitrollen van (nieuwe) eGezondheidsdiensten; (gelijktijdige implementatie van nieuwe reglementeringen en diensten

- De donner réponse aux exigences qui se modifient
- De formuler des solutions et propositions d'amélioration en termes d'amélioration de la disponibilité.

Ce point d'action a donc comme objectif de suivre les exigences de capacité de tous les services d'e-Santé afin de pouvoir intervenir de façon proactive par rapport aux évolutions.

Lead : Plate-forme e-Health

Exécution : toutes les organisations et instances qui offrent des services qui font appel à la Plate-forme e-Health

Timing ; inventaire en Q4 2015

Instruments de mesure :

- Réduction significative de l'indisponibilité des services
- Réduction significative du nombre de plaintes pour indisponibilité des services.

IMPLEMENTATION DES SERVICES ET MONITORING DU PLAN D' ACTIONS

Le système actuel présente quatre défauts:

- Trop peu de flexibilité dans le temps (la situation reste inchangée pendant 2 ans ; estimations irréalistes du temps nécessaire pour l'implémentation effective des services d'e-Santé)
- Manque de coordination pour l'implémentation de (nouveaux) services d'e-Santé ; (l'implémentation simultanée de nouvelles réglementations et services

- zorgen voor een te grote workload bij de softwareleveranciers);
- de leveranciers implementeren de gehomologeerde versies niet; (de eindgebruikers / zorgverstrekkers zijn te weinig vragende partij, vooral bij nieuwe eGezondheidsdiensten, waarvan ze de toegevoegde waarde nog niet onderkennen. Softwareleveranciers geven daarom onvoldoende prioriteit aan het ontwikkelen van eGezondheidsdiensten);
 - gebrek aan het vastleggen en systematisch monitoren van duidelijke KPI's die toelaten de effectieve uitrol en het daadwerkelijke gebruik van eGezondheidsdiensten efficiënt op te volgen; (bij gebrek aan effectieve monitoring is het vandaag onmogelijk om objectief vast te stellen of de gebruikers van een bepaald softwarepakket al dan niet effectief (kunnen) gebruik maken van een eGezondheidsdienst).

Om hieraan te remediëren worden volgende deelacties gepland:

- Uitwerken van een raamakkoord tussen de overheid en de diverse softwareleveranciers
- KPI's voor de verschillende diensten binnen eGezondheid en monitoring hiervan
- Planning van de releases en de rollout van de verschillende diensten binnen eGezondheid
- Registratie van software pakketten, tele-geneeskunde en mobile health

AP 20.4 Raamakkoord tussen de overhead en de softwareleveranciers

Het uitwerken van een akkoord tussen overheid en de diverse softwareleveranciers voor het verbeteren van de coördinatie bij de planning van de uitrol van eGezondheidsdiensten en het meer efficiënt maken van de registratie en opvolging van de uitrol van softwarepakketten. Dit omvat:

- betrokkenheid bij de planning van releases en rollout van (nieuwe) eGezondheidsdiensten;

provoquent une charge de travail excessive pour les fournisseurs de logiciels) ;

- Les fournisseurs n'implémentent pas les versions homologuées ; (les utilisateurs finaux / prestataires de soins ne sont eux-mêmes pas demandeurs, surtout en cas de nouveau service d'e-Santé, dont ils méconnaissent encore la valeur ajoutée. Les fournisseurs de logiciels donnent dès lors trop peu de priorité au développement de services d'e-Santé) ;
- Manque de définition de KPI's clairs et de monitoring systématique qui permettrait de suivre l'implémentation effective et l'utilisation réelle des services d'e-Santé ; (vu le manque de monitoring effectif, il est aujourd'hui impossible d'établir de façon objective si les utilisateurs d'un logiciel sont ou non à même d'utiliser effectivement les services d'e-Santé).

Afin de remédier à ces difficultés, les actions suivantes sont planifiées :

- Etablir un accord cadre entre les autorités et les divers fournisseurs de logiciels
- Fixer des KPI's pour les différents services d'e-Santé et en faire le monitoring
- Planifier la mise à disposition des différents services d'e-Santé
- Enregistrer les logiciels, les applications de télémédecine et de mobile health.

PA20.4 accord cadre entre les autorités et les divers fournisseurs de logiciels

L'élaboration d'un accord-cadre entre les autorités et les fournisseurs de logiciels afin d'améliorer la coordination du planning d'implémentation des services d'e-Santé et permettre un enregistrement et un suivi de l'implémentation des logiciels plus efficaces. Ceci implique :

- Une implication dans la planification des implémentations et déploiements de (nouveaux) services d'e-Santé
- Des accords pour définir ensemble des indicateurs (KPI's) traduisant

<p>- afspraken voor het gezamenlijk vastleggen van de indicatoren (KPI's) die de voortgang aantonen van de rollout van alle actiepunten van het actieplan (effectieve software rollout en daadwerkelijk gebruik door de zorgverstrekkers).</p> <p>- afspraken rond de manier van registreren en de 'toelating' om een eGezondheidsdienst aan te bieden.</p> <p><i>Lead:</i> Politieke Stuurgroep.</p> <p><i>Uitvoering:</i> Program Manager.</p> <p><i>Timing:</i> Akkoord < einde Q4 2015. Operationeel in werking vanaf Q1 2016</p> <p>AP 20.5 KPI's voor de verschillende diensten binnen eGezondheid en monitoring ervan</p> <p>Vastleggen van de indicatoren die de voortgang aantonen van de rollout van alle actiepunten van het actieplan, zowel wat betreft de daadwerkelijke rollout als het effectieve gebruik. De indicatoren worden gedefinieerd in aantallen, percentages en datums, niet in tendensen.</p> <p>6-maandelijkse actualisering van de KPI's.</p> <p>Monitoring op basis van deze KPI's en 2-maandelijkse rapportering van de stand van zaken aan alle actoren, beschreven in het Governance Schema.</p> <p><i>Lead:</i> eHealth platform</p> <p><i>Timing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2015 Q4: herziening en vervolledigen van de KPI's in het rapportering van het eHealth platform: "Actieplan eGezondheid 2013-2018: globale monitoring" 	<p>l'état d'avancement de l'implémentation de tous les points d'action du Plan d'Actions (implémentation effective des logiciels et utilisation réelle par les prestataires de soins).</p> <p>- Des accords concernant l'enregistrement et l'autorisation d'offrir un service e-Santé sur le marché.</p> <p><i>Lead :</i> le groupe de pilotage politique</p> <p><i>Exécution :</i> le gestionnaire de programme</p> <p><i>Timing :</i> accord pour fin Q4 2015 ; opérationnel à partir de Q1 2016</p> <p>PA 20.5 KPI's pour les différents services d'e-Santé et en faire le monitoring</p> <p>Fixer des indicateurs permettant de traduire l'avancement dans l'implémentation de tous les points d'actions du Plan d'actions, tant en ce qui concerne l'implémentation réelle qu'en ce qui concerne l'utilisation effective. Les indicateurs sont définis en chiffres, pourcentages et dates et non en termes de tendances.</p> <p>Actualisation des KPI's tous les 6 mois.</p> <p>Monitoring sur la base de ces KPI's et rapport sur l'état des lieux tous les deux mois vers l'ensemble des acteurs décrits dans le schéma de gouvernance.</p> <p><i>Lead :</i> Plate-forme e-Health</p> <p><i>Timing :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Q4 2015 : les KPI's retenus dans le système de rapportage de la Plate-forme e-Health « Plan d'actions e-Santé 2013-2018 : monitoring global » sont revus et complétés • Q1 2016 : premier rapport basé sur ces KPI's
---	--

- 2016 Q1: eerste rapportering van deze KPI's

AP20.6 Planning van de releases en de rollout van de verschillende diensten binnen eGezondheid

Om een gecoördineerde evolutie van de diensten van eGezondheid wordt de in productiestellingen samengebracht in vooraf gedefinieerde releases. De releases zijn gegroepeerd per gebruikersgroep (zorgberoepen, instellingen, ...).

Om te vermijden dat de diensten binnen eGezondheid in concurrentie gezet worden bij de uitrol, wordt per zorgberoep een rollout plan uitgewerkt dat 3-maandelijks opgevolgd, geëvalueerd en bijgestuurd wordt.

Lead: eHealth platform

Uitvoerende coördinatie: Program Manager

Timing:

- < einde Q4 2015: eerste versie concreet release- en rolloutplan (per maand) voor 2016
- < einde 2016 Q1: eerste versie jaarplanning 2016 – 2018

AP 20.7 Registratie van software pakketten, tele-geneeskunde en mobile health

De registratie van softwarepakketten die eGezondheidsdiensten aanbieden wordt gestroomlijnd en uniform gemaakt voor alle zorgberoepen en instellingen. Het omvat twee elementen:

- een basisregistratie voor alles wat betrekking heeft op de gegevensveiligheid, de naleving van de privacy, de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid, etc.;

AP20.6 Planning de mise à disposition et d'implémentation des différents services d'e-Santé

Pour assurer une évolution coordonnée des services d'e-Santé, les mises en production sont planifiées dans un schéma de mise à disposition préalablement établi. Les mises à dispositions sont regroupées par groupe d'utilisateurs (professionnels de soins, institutions, ...)

Pour éviter que les services d'e-Santé viennent en concurrence au moment de leur implémentation, un plan d'implémentation par type de professionnels est établi et suivi, évalué et adapté trimestriellement.

Lead : Plate-forme e-Health

Exécutant : le gestionnaire de programme

Timing :

- Avant fin Q4 2015 : première version du plan de mise à disposition et d'implémentation (mensuel) pour 2016
- Avant fin Q1 2016 : première version du planning annuel 2016-2018

PA20.7. Enregistrement des logiciels, des applications de télémédecine et de mobile health

L'enregistrement des logiciels offrant des services d'e-Santé sera réalisé de façon unifiée et uniforme pour toutes les professions de soins et institutions. Il contiendra deux éléments :

- Un enregistrement de base pour tout ce qui concerne la sécurité des données, le respect de la vie privée, le caractère utilisable et convivial de l'application, etc.

<ul style="list-style-type: none"> - een specifieke toelating per eGezondheidsdienst, alvorens de gebruikerssoftware de dienst mag aanbieden. Al naar gelang de noodwendigheid wordt een intensievere begeleiding en monitoring voorzien van de ontwikkeling, het testen en de uitrol van softwarepakketten. <p>Deze twee opties moeten gelinkt worden met het beleid inzake incentives, wetende dat vanaf 2016 elk incentive zal gepaard gaan met het effectief gebruik van de diensten door de zorgverstrekkers. De incentives kunnen gekoppeld zijn met het gebruik van eGezondheidsdienst vanuit het federaal niveau alsook vanuit de betrokken deelstaten.</p> <p>Elk bedrijf beslist zelf of het de basisregistratie aanvraagt en de overheden stellen de lijst op van de eGezondheidsdiensten die getest moeten worden en een toelating moeten krijgen. Deze toelatingen zijn beperkt in de tijd.</p> <p>Wat de applicaties m-Health en Telegeneeskunde betreft, wordt er voorgesteld om ook</p> <ul style="list-style-type: none"> - een basisregistratie te voorzien (naleving van de privacy, gegevensveiligheid, enz.) - testen van de semantische interoperabiliteit, het gebruik van de standaarden, de gebruiksvriendelijkheid van de producten, het evidence-based karakter... <p>Dit wordt uitgewerkt in de context van AP19.Mobile Health.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une autorisation spécifique par service d'e-Santé, préalable à la mise sur le marché du logiciel. En fonction des besoins, un accompagnement et un monitoring plus intensif des développements, tests et implémentations des softwares est prévu. <p>Ces deux options doivent être mises en relation avec la politique en matière d'incitants, sachant que, à partir de 2016, tout incitant sera associé à une utilisation effective des services par les prestataires de soins. Les incitants peuvent être liés à l'utilisation des services d'e-santé tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées.</p> <p>Chaque entreprise décide si elle demande ou non l'enregistrement de base et les autorités dressent la liste des services d'e-Santé qui doivent faire l'objet de tests et doivent recevoir une autorisation. Les autorisations sont limitées dans le temps.</p> <p>En ce qui concerne les applications m-Health et de télémédecine, il est proposé de prévoir également :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un enregistrement de base (respect de la vie privée, sécurité des données, etc.) - des tests relatifs à l'interopérabilité sémantique, l'usage de standards, le caractère convivial des produits, le caractère evidence-based, ... <p>Ceci sera réalisé dans le cadre du point d'action 19 Mobile Health.</p>
--	--