

| | |
|--|--|
| Protocole d'accord <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Plan d'actions e-Santé 2019-2021 </div> | Protocolakkoord <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Actieplan e-Gezondheid 2019 -2021 </div> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Aldus overeengekomen te Brussel op 28 januari 2019 | Ainsi conclu à Bruxelles, le 28 janvier 2019 |
|--|--|

Pour l'Etat fédéral,
Voor de Federale Staat,

M. DE BLOCK,
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,

J. VANDEURZEN,
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Région Wallonne,

A. GREOLI,
Vice-Présidente, Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Égalité des chances, de la Fonction
publique et de la Simplification administrative

Pour la Communauté Française,

R. DEMOTTE,
Ministre-Président

Pour la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad,

D. GOSUIN,
Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de la Santé, les Finances, le Budget, la
Fonction publique, le Patrimoine et les Relations extérieures

G. VANHENGEL,
Lid van het Verenigd college, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Financiën, de Begroting, het
Openbaar Ambt, het Patrimonium en de Externe Betrekkingen

Pour le Collège de la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale,
Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,

C. JODOGNE

Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de
Santé

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,
Pour la Communauté germanophone,

A.ANTONIADIS,

Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales

Nederlandstalige versie

| | |
|--|----|
| Positionering | 9 |
| Scope van het actieplan | 9 |
| Principes inzake het gebruik van basisdiensten en basisbouwstenen | 10 |
| Opbouw | 10 |
| Continuïteit | 11 |
| Agility | 11 |
| Hergebruik | 11 |
| Clusters | 12 |
| Project-types | 12 |
| Herziening van het actieplan | 13 |
| Opvolging van concept- en uitvoeringsprojecten | 14 |
| Financiering | 15 |
| Governance structuur | 16 |
| Verdeling over de project-categorieën | 20 |
| Klemtonen van gefedereerde overheden | 23 |
| Vlaanderen | 23 |
| Wallonië | 24 |
| Brussel | 24 |
| Duitstalige gemeenschap | 25 |
| Clusters | 26 |
| Cluster 0 Fundamenten | 26 |
| 0.1 Geïnformeerde toestemming | 27 |
| 0.2 Toegangsmatrix, therapeutische, zorg- en andere relaties | 29 |
| 0.3 Basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer | 32 |
| 0.4 Regels voor ‘kluis van e-Gezondheid’ en taakverdeling tussen authentieke bronnen | 34 |
| 0.5 Informatiestandaarden | 37 |
| 0.6 Terminologie | 39 |
| 0.7 CobrHa Next Generation & UPPAD | 41 |
| 0.8 Strategisch onderzoek naar efficiënte samenwerkingsmodellen met externe betrokkenen | 44 |
| Cluster 1 Transversaal | 46 |
| 1.1 Communicatie | 46 |
| 1.2 Programma-monitoring | 48 |
| Cluster 2 Ondersteuning | 51 |
| 2.1 Incentives | 51 |
| 2.2 Juridisch ondersteunde gedragscode & richtlijnen over delen van persoonlijke gezondheidsgegevens | 53 |

| | |
|---|-----|
| Cluster 3 Operational Excellence | 55 |
| 3.1 Basisarchitectuur..... | 56 |
| 3.2 SLA's en Service Management..... | 58 |
| 3.3 Business continuity..... | 59 |
| 3.4 Documentatie, help desk & support..... | 61 |
| 3.5 Testomgevingen : omgevingen, flows, processen, data..... | 63 |
| 3.6 Kwaliteit van gezondheidssoftware..... | 65 |
| 3.7 Opleiding & vorming..... | 68 |
| 3.8 Administratieve werklastverlaging bij zorgactoren in e-Gezondheid..... | 70 |
| Cluster 4 Zorgverstrekkers en zorginstellingen..... | 71 |
| 4.1 Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling | 71 |
| 4.2 Multi-disciplinaire functionaliteiten | 73 |
| 4.3 Elektronisch voorschrift..... | 76 |
| 4.4 VIDIS – evolutie van elektronisch voorschrijven | 78 |
| 4.5 Beslissingsondersteunend platform..... | 80 |
| 4.6 BelRAI..... | 82 |
| 4.7 Arbeidsongeschiktheid (Mult-eMediatt) | 86 |
| 4.8 MEDEX in e-Gezondheid | 88 |
| 4.9 EPD in alle Ziekenhuizen | 89 |
| 4.10 Publicatie van gestructureerde informatie | 91 |
| 4.11 Registers | 93 |
| 4.12 Communicatie over en planning van zorg | 95 |
| 4.13 Connecting Europe Facility (CEF) project gedeelte « Patient Summary » | 97 |
| 4.14 Modulatie van patiënttoegang door zorgaanbieders | 99 |
| Cluster 5 Patiënt als copiloot..... | 100 |
| 5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal | 100 |
| 5.2 Digitaal Verwijsplatform | 104 |
| 5.3 Orgadon..... | 106 |
| Cluster 6 eGezondheid met Mutualiteiten | 107 |
| 6.1 eAttest voor de tandartsen, artsen-specialisten, kinesisten en logopedisten | 108 |
| 6.2 Facturatie 3 ^e betaler voor medische huizen, kinesisten en logopedisten..... | 109 |
| 6.3 Raadpleging van ledengegevens | 110 |
| 6.4 Digitalisering van revalidatie-overeenkomsten | 111 |
| 6.5 Digitalisering van akkoorden Hoofdstuk IV | 112 |
| 6.6 Abonnementen bij Medische Huizen..... | 113 |
| 6.7 Digitalisatie van de kiné-akkoorden..... | 114 |
| Version française | |
| Positionnement | 115 |
| Champ d'application du plan d'action..... | 115 |
| Principes régissant l'utilisation des services et éléments de base | 116 |
| Structure..... | 116 |
| Continuité..... | 117 |

| | |
|--|-----|
| Agility | 117 |
| Réutilisation..... | 117 |
| Clusters..... | 118 |
| Types de projet..... | 119 |
| Révision du plan d'action | 120 |
| Suivi des projets conceptuels et des projets d'exécution | 121 |
| Financement..... | 121 |
| Structure de gouvernance..... | 123 |
| Répartition dans les différentes catégories de projet | 127 |
| Accents mis par les autorités fédérées..... | 130 |
| Flandre | 130 |
| Wallonie..... | 131 |
| Bruxelles | 131 |
| Communauté germanophone | 132 |
| Clusters..... | 133 |
| Cluster 0 Fondements..... | 133 |
| 0.1 Consentement éclairé | 134 |
| 0.2 Matrice d'accès, relations thérapeutiques, de soins et autres | 136 |
| 0.3 Service de base de gestion des utilisateurs et des accès | 139 |
| 0.4 Règles d'application au « coffre-fort de l'e-Santé » et répartition des tâches entre les sources authentiques..... | 141 |
| 0.5 Normes d'information..... | 144 |
| 0.6 Terminologie..... | 146 |
| 0,7 CobrHa Next Generation & UPPAD..... | 148 |
| 0.8 Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes... | 152 |
| Cluster 1 Transversalité | 154 |
| 1.1 Communication..... | 154 |
| 1.2 Surveillance du programme | 156 |
| Cluster 2 Support..... | 159 |
| 2.1. Incitants | 159 |
| 2.2 Code de conduite juridique de soutien & lignes directrices sur le partage des données à caractère personnel sur la santé | 161 |
| Cluster 3 Excellence opérationnelle..... | 163 |
| 3.1 Architecture de base | 164 |
| 3.2 SLA et Service Management | 166 |
| 3.3 Business continuity..... | 167 |
| 3.4 Documentation, helpdesk & support | 169 |
| 3.5 Environnements de test : environnements, flux, processus, données | 171 |
| 3.6 Qualité des logiciels de santé | 173 |
| 3.7 Formation et éducation | 176 |
| 3.8 Réduction de la charge de travail administrative pour les fournisseurs de soins | 178 |
| Cluster 4 Prestataires de soins et institutions de soins | 179 |
| 4.1 Échanges d'informations multidisciplinaires | 179 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 4.2 | Fonctionnalités pluridisciplinaires..... | 182 |
| 4.3 | Prescription électronique..... | 184 |
| 4.4 | VIDIS - Evolution de la prescription électronique..... | 186 |
| 4.5 | Plate-forme d'aide à la décision..... | 188 |
| 4.6 | BelRAI..... | 190 |
| 4.7 | Incapacité de travail (Mult-eMediatt)..... | 194 |
| 4.8 | MEDEX dans l'e-Santé..... | 196 |
| 4.9 | DPI dans tous les hôpitaux..... | 197 |
| 4.10 | Publication d'informations structurées..... | 199 |
| 4.11 | Registres..... | 201 |
| 4.12 | Communication sur et planification des soins..... | 203 |
| 4.13 | Projet Européen Connecting Europe Facility (CEF), partie « Patient Summary »..... | 205 |
| 4.14 | Modulation accès patient par les prestataires de soins..... | 207 |
| Cluster 5 | Le patient en qualité de copilote..... | 208 |
| 5.1 | Portail personnel de santé..... | 208 |
| 5.2 | Plate-forme de référence numérique..... | 212 |
| 5.3 | Orgadon..... | 214 |
| Cluster 6 | e-Santé et Mutualités..... | 215 |
| 6.1 | e-Attest pour les dentistes, les spécialistes, les kinés et les logopèdes..... | 216 |
| 6.2 | Facturation tiers-payant pour les Maisons Médicales, les kinés et les logopèdes..... | 217 |
| 6.3 | Consultation des Données du membre..... | 218 |
| 6.4 | Digitalisation des conventions de revalidation..... | 219 |
| 6.5 | Digitalisation des accords Chapitre IV..... | 220 |
| 6.6 | Abonnements en Maisons Médicales..... | 221 |
| 6.7 | Digitalisation des accords kinés..... | 222 |

Nederlandstalige versie

Positionering

Het actieplan 2019-2021 wordt gepositioneerd als een (logisch) vervolg op het actieplan 2013-2018 met als klemtonen:

- Uitbreiding van bestaande concepten naar andere doelgroepen of andere toepassingsgebieden
- Verderzetten van lopende projecten, met extra focus op het concrete gebruik in de praktijk
- Uitwerken van een omkadering en beheermodel voor het gebruiken van bestaande systemen die door de overheid en/of de private sector gebouwd zijn
- Focus op 'Operational Excellence': ondersteuning van het gebruik, rapportering over gebruik (KPI's, e.d.), over beschikbaarheid en performantie, verbetering van test-faciliteiten, ...
- Connectie met Europa en internationale initiatieven en programma's
- Bijsturen van lopende projecten, stoppen van niet langer relevante projecten, starten van nieuwe projecten beperkt tot projecten die de lopende projecten kunnen consolideren, harmoniseren en stabiliseren.

Volgende richtlijnen zijn van toepassing tijdens de uitvoering van het actieplan eGezondheid:

- Focus op afwerken van bestaande systemen, zowel functioneel als technisch.
- Een vernieuwde aligering, explicitering en éénduidige implementatie van de basisconcepten/fundamenten zoals therapeutische en zorgrelaties, COT (Circle-of-Trust), 'Toegang tot gegevens': het belang en de impact van deze concepten is duidelijk geworden door het gebruik en het is prioritair om hierover een heldere en éénduidige detaillering uit te werken
- Aandacht voor de evolutie naar aligering met wat er Europees en internationaal gebeurt: bij de start van het vorige actieplan 2013-2018 werden eigen, Belgische standaarden, regels en protocollen ontwikkeld, o.a. door het noodzaak om snel voortgang te maken en omdat internationale standaarden nog onvoldoende uitgeklaard en voldragen waren.
Ondertussen zijn internationaal, en zeker op Europees niveau, vele aspecten uitgekristalliseerd en is het nu een uitgelezen moment om een transitie-plan uit te werken zodat enerzijds mee-gesurft kan worden op de inspanningen op Europees niveau en anderzijds een isolatie van de Belgische oplossing kan vermeden/opgelost worden.
- Aligering met de gefedereerde overheden: in het nieuwe actieplan worden de klemtonen van de gefedereerde overheden expliciet opgenomen zodat duidelijk is dat het plan ermee gealigneerd is.

Scope van het actieplan

Dit actieplan heeft betrekking op de projecten die in de periode 2019-2021 zullen worden uitgevoerd. Voor elk project worden de doelstellingen beschreven, en de stappen om tot de realisatie ervan te komen. Zoals verder in het document beschreven, wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen 2 projecttypes: concept-projecten en uitvoeringsprojecten.

Op het vlak van eGezondheid bestaan reeds een belangrijk aantal diensten:

- Enerzijds zijn er de basisdiensten aangeleverd door het eHealth-platform, en een aantal basisbouwstenen aangeleverd door de beheerders van gezondheidskluzen of van authentieke gegevensbanken.
- Anderzijds zijn er de zgn. diensten met toegevoegde waarde die aangeboden worden aan eindgebruikers en vaak gebruik maken van meerdere basisdiensten.

Deze diensten worden beschreven in dienstfiches, met service level agreements inzake o.a. performantie en beschikbaarheid.

Het beheer, het onderhoud en de permanente evolutie van deze diensten is de verantwoordelijkheid van de aanbieders van deze diensten en behoort niet tot de scope van dit actieplan.

Het actieplan bevat wel een aantal concept-projecten om eventuele aanpassingen door te voeren aan bepaalde diensten die de gewone permanente evolutie overstijgen.

Tenslotte is eGezondheid in België gebaseerd op een in samenspraak vastgelegde functionele, organisatorische en ICT-technische architectuur. Deze architectuur is beschreven in reglementen (bv. inzake de geïnformeerde toestemming, het bewijs van therapeutische relaties of de toegangsmatrix) en architectuurfiches (bv. inzake de taakverdeling tussen authentieke bronnen).

Deze architectuur wordt uitgewerkt binnen het kader van de organen ingesteld door de wet tot oprichting van het eHealth-platform en overeenkomstig de principes vervat in het protocolakkoord van 29 april 2013 tussen de federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten met het oog op het optimaal elektronisch uitwisselen en delen van informatie en gegevens tussen de actoren bevoegd inzake de gezondheids- en welzijnssector en de bijstand aan personen. Dit geschiedt onder coördinatie van het eHealth-platform, dat aldus de rol opneemt van 'enterprise architect' inzake de eGezondheidsarchitectuur, in nauw overleg en co-creatie met de actoren. Het vastleggen en permanent laten evolueren van de architectuur behoort evenmin tot de scope van het actieplan. Het actieplan bevat wel een aantal concept-projecten om bepaalde architectuurkeuzes te evalueren en, zo nodig aan te passen.

Principes inzake het gebruik van basisdiensten en basisbouwstenen

De basisdiensten aangeboden door het eHealth-platform en bepaalde basisbouwstenen aangeboden door andere organisaties, of bepaalde onderdelen ervan kunnen worden gebruikt voor alle projecten die worden beschreven in het actieplan.

Voor elk van deze basisdiensten en basisbouwstenen worden service level agreements vastgelegd o.a. op het vlak van performantie en beschikbaarheid.

Bij de uitbouw van de basisdiensten en de basisbouwstenen wordt een voldoende modulariteit betracht, gericht op maximaal hergebruik.

Meer concreet gaat het, naast de basisdiensten aangeboden door het eHealth-platform, om volgende basisbouwstenen:

- de eGezondheidskluizen Brusafe, Intermed en Vitalink, als facilitator van gegevensdeling van gezondheidsgegevens;
- de authentieke bronnen zoals CobrHa en SAM v2, of nieuwe authentieke bronnen uitgewerkt in uitvoering van dit plan;
- de Hubs en het Hub/Metahub-systeem.

Wanneer het voor een project, opgenomen in het actieplan, nodig is een beroep te doen op dergelijke basisdiensten of basisbouwstenen, of op bepaalde onderdelen ervan, zorgen de aanbieders ervan dat dit binnen een redelijke termijn mogelijk is, waarbij de planning van de implementatie ervoor binnen 2 maanden opgeleverd wordt.

Opbouw

Het actieplan 2019-2021 is de volgende stap in het logische traject dat al enkele jaren gevolgd wordt: van een idee naar projecten en verder naar 'diensten' en het gebruik ervan.

Explicitering hiervan is enerzijds de inkanteling van projecten in operationele organisaties (administraties zowel federaal als Gefedereerde entiteiten, partners ...) en anderzijds ook de integratie van alle relevante systemen in een voor eindgebruikers goed bruikbaar geheel (vb. VIDIS waar het medicatiedossier (kluizen) en het voorschrijven (Recip-e) een geïntegreerd geheel zal zijn).

Dit actieplan legt het overzicht van de projecten, gegroepeerd in clusters, vast. Voor ieder project is de noodzaak beschreven ("waarom willen we dit project realiseren") samen met de verwachte 'output' (globale doelstellingen) ("wat willen we bereiken door dit project te realiseren").

Het actieplan bepaalt niet in detail welke specifieke acties in een project genomen moeten worden om de doelstellingen te bereiken. Dit wordt overgelaten aan de projectleider en het projectteam, opgevolgd door de Program Board.

Bovendien is het plan een 'rollend' plan geworden met een tijdswindow van drie jaar.

Tijdens de realisatie van dit actieplan wordt ieder project in detail beschreven in een projectplan. Dit projectplan bevat een uitwerking van de acties, samen met de afspraken over de budget, scope, planning, specifieke governance en het verwachte eindresultaat. Dit gebeurt door een projectteam, onder verantwoordelijkheid van een projectleider.

Op deze manier wordt de nodige flexibiliteit gegeven om met veranderende omstandigheden om te gaan en toch de gevraagde doelstellingen te bereiken.

Continuïteit

Het actieplan e-Gezondheid 2019-2021 bouwt verder op het aflopende actieplan e-Gezondheid 2013 – 2018. De relevante, lopende, onafgewerkte projecten worden verder gezet, eventueel met beperkte herformulering van het doel en de weg ernaartoe.

Bij eventuele heroriëntering van lopende projecten en/of opstarten nieuwe projecten zal worden toegelaten dat regio's kunnen deelnemen op basis van verschillende snelheden (m.a.w. projecten worden niet uitgesteld door de traagste partner). Uiteraard geldt dit enkel voor projecten waarbij er geen blokkerende afhankelijkheden zijn. Bovendien zal het mogelijke snelheidsverschil ook transparant gecommuniceerd worden. Als een regio gedurende een project besluit in te stappen of in een gerealiseerd project instapt, maakt de regio een contributie in de realisatie van de dienst.

Ook strikt federale of strikt (inter-)regionale projecten, die op één of andere manier gebruik maken van één van de basisdiensten van het eHealth-Platform, of andere basisdiensten, worden via het e-Health platform transparant zichtbaar gemaakt aan alle partners.

Agility

De afgelopen jaren is er vanuit ICT-hoek een antwoord gekomen op de druk voor snellere 'time-to-market' en op de terechte kritiek dat projecten een te lang doorlooptijd hebben tussen initiële vraag en de finale oplevering én dat de opgeleverde oplossing meestal sterk afwijkt van de initiële vraag en probleemstelling. Dit antwoord is 'agile', te begrijpen als 'wendbaar'.

Het basisidee is dat een project incrementeel werkt en zeer frequent deel-functionaliteiten oplevert zodat snel, indien nodig, bijgestuurd kan worden én snel al, zij het gedeeltelijk, resultaat kan bereikt worden.

In e-Gezondheid is vooral frequente, incrementele opleveringen belangrijk.

Daarom worden de projecten van het actieplan 2019-2021 gestimuleerd in minstens 2x/jaar een concrete oplevering te doen zodat het project zichtbaarheid krijgt én dat er bijstellingen voor de volgende fases kunnen gebeuren.

Hergebruik

Er is de vaststelling dat bepaalde componenten voor vele projecten herbruikbaar kunnen zijn maar tot nu toe steeds opnieuw door elk project van nul ontwikkeld worden.

Voorbeelden hiervan zijn enerzijds technische componenten maar ook concepten en systematieken, bv.

- website-gerelateerde componenten,
- operationeel-support mechanisme met achterliggende helpdeskstructuren,
- end-to-end monitoring-systeem,
- elektronisch voorschrijven en verwijzen
- een generiek juridisch kader
- een communicatie methodiek naar stakeholders
- instrumenten om standaarden te implementeren

Een aantal van die herbruikbare componenten kunnen ook door externe systemen geïntegreerd worden. Bij een veralgemeend gebruik kunnen dergelijke componenten evolueren naar zowel eHealth basisdiensten als algemene applicaties eGezondheid (in principe gratis ter beschikking van alle betrokkenen).

Uitgangspunt is dat projecten beroep kunnen doen op deze componenten en systematieken om een antwoord te bieden aan terugkerende struikblokken.

M.a.w. zowel tijdens de ontwikkeling van projecten en systemen als nadien in de operationele modus kunnen gemeenschappelijke componenten gebruikt worden zodat de kwaliteit verhoogt (best-practices), de doorlooptijd en kostprijs van projecten vermindert (door gebruik van 'prefab'-elementen) en de onderhoudbaarheid verbetert. In andere bedrijfsdomeinen is dit hergebruik-principe al enige tijd ingeburgerd.

Clusters

Om de samenhang tussen de verschillende projecten aan te duiden en een intensere samenwerking tussen gerelateerde projecten te ondersteunen, wordt de notie 'cluster' gebruikt.

Een cluster is een bundeling van sterk samenhangende projecten.

Een cluster bundelt de projecten die elk hun eigen, specifieke doelstellingen hebben maar die, samen, nog een extra dimensie toevoegen bij de realisatie van de strategische doelstellingen van het programma.

Het principe van clusters vereenvoudigt de sturing en opvolging door de governance-organen door een overzichtelijkere rapportering toe te laten en een duidelijker escalatie-traject bij blokkerende issues.

Het principe van clusters moet ook toelaten om gemakkelijker middelen (budget, projectmensen, experts, ...) uit te wisselen tussen de projecten binnen de cluster.

Tot slot kan het principe van clusters ook de overhead verminderen die door een projectmatige aanpak wordt geïntroduceerd, zonder de ontegensprekelijke voordelen van projectmatig werken (nl. opvolging, planning, transparantie, voorspelbaarheid over timing, budget en scope) te verliezen.

Het is immers niet meer noodzakelijk om elk project met een volledige projectmethodiek aan te pakken, dit kan ook op niveau 'cluster' gebeuren.

De keuze tussen de toepassing van de projectmethodiek op niveau project of op niveau cluster wordt gemaakt met volgende criteria:

- grootte van het project (in scope, budget of werklast)
- impact op andere projecten en het programma
- aantal verschillende betrokkenen

Het moet duidelijk zijn dat het concept 'cluster' geen extra managementlaag introduceert: er is 1 programma manager en projectleiders die ofwel één project leiden ofwel één of meerdere projecten binnen een cluster.

Project-types

De projecten in het actieplan zijn niet enkel qua inhoud uiteenlopend maar ook qua aanpak, bedoeling en het te bereiken resultaat. De indeling van projecten in twee types, namelijk concept en uitvoering verduidelijkt en laat toe een efficiëntere opvolging en sturing van de projecten te hebben.

Niet enkel "hoe" een project start is belangrijk, maar ook "wanneer" het project stopt is belangrijk om af te spreken, en hoe het eventueel evolueert naar een eGezondheidsdienst.



Volgende project-types worden onderscheiden:

➤ **'Concept'-projecten**

- Dit project-type wordt gebruikt bij de uitwerking van een 'ruw idee' naar een uitvoerbaar projectplan. Anderzijds wordt dit type ook gebruikt bij her-evaluaties van bestaande basis-bouwstenen om na te gaan of deze basis-bouwstenen nog volledig voldoen aan de behoeften.
- Typisch zijn vele brainstorm- en afstemmingsmeetings met vele stakeholders, zowel intern als extern. Meestal maakt een 'business-analyse' deel uit van dit project-type.
- Het eindresultaat van dit project-type is een gedetailleerde project-beschrijving, incl. scope-afbakening, high-level kost-inschatting van de implementatie, high-level business-flows, e.d.
- Dit type van projecten hebben een grote strategische dimensie.

- Het logische vervolg van concept-projecten is een uitvoerings-project waarbij de uitgewerkte concepten in praktijk worden toegepast.

➤ **Uitvoeringsprojecten**

- Dit project-type wordt gebruikt bij het realiseren van een concreet projectplan waar de probleemstelling, scope-afbakening, timing en doorlooptijd in grote mate van detail beschreven zijn.
- Projecten van dit project-type starten vaak met een 'functionele analyse', gebaseerd op de business-analyse van het voorafgaand concept-project.
- Projecten van dit type kunnen vlot opgevolgd worden omdat er een gedetailleerd, afgesproken projectplan is met scope, budget (incl. werklast) en timing, met fases en meetbare mijlpalen,
- Binnen dit project-type zijn er 2 varianten die verschillen in de profielen van de projectleiding en projectmedewerkers:
 - Business: de klemtoon ligt op organisatorische, niet-IT activiteiten (bv. project 'Incentives', project 'Opleiding' Dit betekent niet dat er geen IT-activiteiten zijn in zulke projecten maar de meeste werklast en focus gaat naar business-topics.
 - IT: de klemtoon ligt op IT-gerelateerde activiteiten zoals technische analyse, applicatieontwikkeling, testen, in-productie-name

Herziening van het actieplan

eGezondheid is intussen dermate op kruissnelheid dat een jaarlijkse update van het actieplan vanuit een tweejarenperspectief aangewezen is.

Vanaf maart 2020 zal een jaarlijkse bevraging gebeuren op initiatief van de program manager en de enterprise architect om projecten te evalueren en nieuwe toe te voegen. Dit gebeurt door relevante stakeholders te vragen om de projecten die ze nodig achten, mee te delen via projectfiches.

Afhankelijk van het project-type worden de projectfiches anders ingevuld. De templates van de projectfiches wordt uitgewerkt door de program manager.

Bij de indiening van meerdere projectfiches door eenzelfde indiener wordt ook een prioritering gevraagd.

De bevroegde stakeholders zijn o.a. de ministers van gezondheid op de verschillende overheidsniveaus, FOD VVVL, RIZIV, FAGG, e-Health-platform, de bevoegde gemeenschaps- en gewestadministraties, NIC, Recip-e, ...

Tijdens mei en juni wordt aan stakeholders gevraagd om in een gestandaardiseerde template concept-projecten en/of uitvoerings-projecten in te dienen bij de program manager. Een concept-project bevat de probleemstelling en een motivatie voor de prioriteit. Een uitvoerings-project bevat een projectplan (projectfiche) en een motivatie voor de prioriteit.

Voor eind augustus van elk jaar consolideert de program manager, ondersteund door experts (bv. enterprise architect) en met advies van de relevante governance-organen eGezondheid, dit tot een gecoördineerd en volledig voorstel van programma voor de volgende periode (sliding window). Dit wordt besproken op de Program Board.

In september wordt het voorstel van programma voor de volgende periode besproken, zo nodig aangepast en gevalideerd op de IKW. Daarna volgt een bekrachtiging op de IMC.

Vanaf oktober is er een informatieve toelichting van het plan met alle stakeholders in het Beheerscomité eHealth-platform, en worden de governance organen van andere eGezondheidsdiensten geïnformeerd.

Schematisch overzicht 'herziening actieplan'

| | |
|---|---------------|
| Initiatief programma manager & Enterprise architect | Maart |
| <i>Vraag aan stakeholders naar nieuwe projecten (vooruitzicht 2 jaar; 1^e keer in 2020)</i> | |
| Indienen nieuwe projecten door stakeholders | Mei & juni |
| <i>Volgens template per type project (concept of uitvoering)</i> | |
| Consolidatievoorstel door Programma manager & Enterprise Architect | Eind augustus |
| <i>Resulteert in een nieuw volledig en aangepast actieplan (prioriteiten van bestaande projecten kunnen ook aangepast zijn)</i> | |
| Bespreking en validatie door IKW & IMC | September |
| <i>Validatie door IKW</i> | |
| <i>Bekrachtiging door IMC</i> | |
| Toelichting aan alle stakeholders in beheerscomité eHealth-platform en relevante governance-organen van andere eGezondheidsdiensten | Oktober |

Opvolging van concept- en uitvoeringsprojecten

Een intensieve opvolging van de stand van zaken en voortgang van de projecten is noodzakelijk. Dit betekent dat de principes van een projectmethodiek toegepast moeten worden, zonder een specifieke methodiek formeel en dwingend op te leggen.

Deze principes gelden zowel voor concept- als uitvoeringsprojecten.

De principes zijn o.a.

- bij de start van een project of cluster
 - o duidelijke beschrijving van de scope en de te realiseren doelen
 - o opmaak projectplan met timing, werklast en milestones, incl. testscenario's a.d.h.v. use-cases
 - o bepaling van het toegekend/nodige budget, gebaseerd op een detail-schatting van de verschillende kost-componenten van het project
 - o vastleggen van de financiering van het nodige budget: wie betaalt welk deel van de voorziene kosten? (cf. financieringsmatrix werkgroep Budget van de IKW eGezondheid)
 - o duidelijke beschrijving van de governance-structuur van het project (dit zal uiteraard gebaseerd zijn op een structuur die op niveau Actieplan vastgelegd wordt.
- tijdens de uitvoering van een project
 - o rapportering over scope, timing, budget en werklast met een voortschrijdende vergelijking met het initieel plan: initieel <-> actueel <-> ETC (estimate to complete)
 - o rapportering realisatie- en realiteit-toetsen a.d.h.v. de use-cases en testscenario's
 - o afwijkingen van het initieel plan (scope, budget, timing, werklast) moeten formeel bevestigd worden door de governance-organen met volgende delegaties:
 - afwijkingen van max. 5%: beslissing door project leider/stuurgroep
 - afwijkingen van max 20%: beslissing door program manager /Program Board
 - afwijkingen > 20%: beslissing door strategische beslissingsorganen (zie hoofdstuk Governance)

- bij de oplevering van het project
 - o uitgewerkt testplan incl. acceptatie-testen door gebruikers (voor zover dit relevant is, nl. vooral bij projecten met een IT-component)
 - o gedetailleerde beschrijving en uitvoering van de overdracht van het project naar de operationele organisatie die het beheer van de opgeleverde toepassing of systeem zal verzorgen.

Financiering

Voor elk project in het actieplan wordt het nodige budget als de nodige mandagen voor elk nodig profiel vooraf zoveel mogelijk gedetailleerd. Dit omvat ook, indien mogelijk, de kosten en mandagen bij nauw-betrokken basissystemen (bv. e-Health basisdiensten, kluizen, hubs).

Voor de projecten die in het vorige plan al gestart zijn en doorlopen in het nieuwe plan wordt een stand van zaken van het budget ('voorzien', 'reeds gebruikt', 'nog nodig') opgemaakt. Een project wordt maar gestart als vooraf met de organisatie, die uiteindelijk de ingekantelde toepassing (resultaat van het opleveren van het project) in zijn/haar dienstverlening opneemt, de (financiële) consequenties voor het beheren van de toepassing goed is afgestemd.

De financiering van het nodige budget is gespreid: vanuit het actieplan worden de directe kosten van de projecten gefinancierd, de ontwikkelkosten van de betrokken systemen (zoals kluizen, hubs, eHealth, ...) worden door die systemen zelf voorzien.

De directe kosten van (sommige van) de projecten van het actieplan worden gefinancierd in een co-financieringsmechanisme waarbij alle overheden (zowel federale als gefedereerde) volgens een afgesproken verdeelsleutel bijdragen aan de kosten. (cf. financieringsmatrix werkgroep Budget van de IKW eGezondheid)

Voor een bijdrage aan de financiering van een project door een overheid, zijn overheden gebonden aan een begrotingscyclus. De bijdrage aan een project door een overheid is dus afhankelijk van wat een overheid een jaar op voorhand heeft voorzien om het gehele actieplan eGezondheid te ondersteunen. Dankzij de jaarlijkse herziening van het actieplan waarbij altijd een horizon van 2 jaar wordt verwacht, is het mogelijk om in de begrotingscyclus hierop adequaat te anticiperen.

Een aandachtspunt is dat de budgetcyclus van de betrokken administraties en overheden niet gesynchroniseerd is met het actieplan: de budget-voorzieningen voor het volgende jaar moeten immers al juni van het jaar voordien vastgelegd worden. Overheden werken volgens systeem van enveloppefinanciering voor eGezondheid in zijn geheel, wat betekent dat realisatie van projecten hieraan afhankelijk is.

Het is cruciaal dat bij de start van een project formeel nagekeken en bevestigd wordt dat de financiering van het nodige budget beschikbaar is, maar ook dat de nodige mandagen én geschikte profielen (bv. business analyst, developer, tester, ...) vrijgemaakt zijn, zowel voor het project zelf als bij de andere betrokken systemen die aanpassingen moeten doen (bv. eHealth, kluizen, Hubs, Recip-e, ...).

Het is dan ook mogelijk om de doelstellingen van een project te prioriteren en/of aan te passen zodat binnen het beschikbare budget, timing of workload gebleven wordt.

Governance structuur

De globale strategische doelstelling van eGezondheid bestaat er, overeenkomstig de wet tot inrichting van het eHealth-platform en het protocolakkoord tussen de federale staat, de gemeenschappen en de gewesten, in om

- de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorgverstrekking te optimaliseren
- de veiligheid van de patiënt te optimaliseren
- de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg te vereenvoudigen
- en het gezondheidszorgbeleid degelijk te ondersteunen

door

- een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling te bevorderen en te ondersteunen tussen alle actoren in de gezondheidszorg
- met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener en het respect van het medisch beroepsgeheim

Dit actieplan wil deze globale strategische doelstelling verder uitvoeren. De governance-structuur bepaalt hoe en door wie beslissingen i.v.m. projecten in het actieplan eGezondheid en de Enterprise Architectuur inzake eGezondheid genomen worden. Deze beslissingen gaan over strategische en operationele doelstellingen, projecten en architectuur om deze te realiseren, hun timing en scope, en het budget.

Naast het nemen van beslissingen, wil de governancestructuur ook informatiedoorstroming en transparantie verzekeren over de verschillende stakeholders heen, en onderlinge consistentie en co-creatie vanuit een 'coalition of the willing' bevorderen.

Governance wordt georganiseerd op 3 niveaus:

- **Strategisch**
op dit niveau wordt de globale strategische doelstelling geconcretiseerd in strategische deeldoelstellingen; deze vloeien voort uit de beleidskeuzes gemaakt door de federale overheid en de gefedereerde entiteiten; er wordt over gewaakt dat enerzijds het actieplan eGezondheid, en anderzijds de Enterprise Architectuur inzake eGezondheid, en de basisdiensten en basisbouwstenen, deze strategische doelstellingen ondersteunen
- **Tactisch**
op dit niveau worden de strategische doelstellingen omgezet in operationele doelstellingen, worden de operationele doelstellingen vertaald naar concept- en uitvoeringsprojecten, wordt het actieplan met deze projecten beheerd en bewaakt, wordt de Enterprise Architectuur¹ inzake eGezondheid vastgelegd, en wordt afgesproken, binnen het kader van de regelgeving, wie welke basisdiensten en basisbouwstenen aanlevert
- **Operationeel**
op dit niveau worden de projecten uitgevoerd, en worden de basisdiensten, basisbouwstenen en diensten met toegevoegde waarde aangeleverd overeenkomstig de Enterprise Architectuur en SLA's.

De governance geschiedt door de bestaande organen, met respect voor hun wettelijke opdrachten, in goede onderlinge samenwerking. Deze organen zijn

- de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC): de IMC is ingesteld om het overleg en de samenwerking te bevorderen tussen de federale staat, de gemeenschappen en de gewesten inzake volksgezondheid, en in dat kader gemeenschappelijke diensten en instellingen te beheren, eigen bevoegdheden gezamenlijk uit te oefenen, en gemeenschappelijke initiatieven te ontwikkelen; de IMC bestaat uit de ministers bevoegd voor volksgezondheid van de onderscheiden overheidsniveaus;
- de Interkabinettenwerkgroep Volksgezondheid (IKW): de IKW bereidt de IMC politiek voor; de IKW bestaat uit kabinetsleden van de onderscheiden ministers bevoegd voor volksgezondheid van de onderscheiden overheidsniveaus, eventueel bijgestaan door een expert naar keuze, de program manager van het eGezondheidsplan en een vertegenwoordiger van het eHealth-platform met de rol van enterprise architect inzake eGezondheid;

¹ Enterprise Architectuur is een coherente, consistente verzameling principes, uitgewerkt in uitgangspunten, regels, richtlijnen en standaarden die beschrijft hoe de organisatie, de informatievoorziening, de applicaties en de infrastructuur hun vorm hebben gekregen en hoe zij zich voordoen in het gebruik. (<https://nl.wikipedia.org/wiki/Enterprisearchitectuur>)

- beheersorganen van overheidsdiensten of diensten van algemeen belang op de diverse overheidsniveaus, zoals de beheersorganen van het RIZIV, van de FOD Volksgezondheid, van VASGAZ (Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg², beheerder van Vitalink), van de Réseau Santé Wallon of van Abrumet: deze organen zijn verantwoordelijk voor de besluitvorming over inhoudelijke aspecten van gezondheidsbeleid of gezondheidszorg, en/of voor het beheer van de betrokken basisdiensten of basisbouwstenen; ze hebben een diverse samenstelling;
- het beheerscomité van het eHealth-platform (BC): het BC is eindverantwoordelijk voor het beheer van het eHealth-platform bij de uitvoering van zijn wettelijke opdrachten; het BC is tripartite samengesteld: vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers en –instellingen, vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, en vertegenwoordigers van de ministers bevoegd voor volksgezondheid en van de overheidsadministraties actief in de sector van de gezondheid van de onderscheiden overheidsniveaus; de program manager van het eGezondheidsplan wordt als waarnemer uitgenodigd op de vergaderingen van het BC;
- het Gebruikerscomité van het eHealth-platform en zijn werkgroepen (o.a. WG Architectuur en WG Toegang): het Gebruikerscomité staat het beheerscomité van het eHealth-platform bij op een aantal wettelijk vastgelegde domeinen
- de federale stuurgroep: dit is een orgaan ingesteld om de federale projecten inzake eGezondheid te coördineren tussen de betrokken administraties; de stuurgroep bestaat uit eindverantwoordelijken van de onderscheiden federale administraties bevoegd voor volksgezondheid en de eGezondheidsadviseur van de federale minister voor volksgezondheid;
- de Program Board van het eGezondheidsplan (zie lager)
- het Overlegorgaan met de softwareleveranciers: dit informeel orgaan voorziet in een regelmatig overleg tussen de overheid, de zorgactoren en de softwareleveranciers om een goed georganiseerde evolutie van eGezondheid in het belang van de patiënt en de zorgactoren te waarborgen, met respect van de rol van elkeen en van de bevoegdheden van de andere organen inzake inhoudelijke besluitvorming; de overheid zet hierbij vooral in op beleidsbepaling, regie en ondersteuning, de zorgactoren op behoeftedefinitie en het effectief gebruik van eGezondheidsdiensten, en de softwareleveranciers op het aanbieden van kwalitatief hoogstaande en betaalbare eindgebruikerssoftware en technologische innovatie; het Overlegorgaan is samengesteld uit vertegenwoordigers van overheidsadministraties van de onderscheiden overheidsniveaus bevoegd voor eGezondheid, de program manager van het eGezondheidsplan, representatieve vertegenwoordigers van de zorgactoren en representatieve vertegenwoordigers van leveranciers van software voor zorgverstrekkers en –instellingen

Het strategische niveau wordt ingevuld door

- de onderscheiden ministers van volksgezondheid, elk op hun domein;
- de IMC, ondersteund door de IKW, voor wat betreft de strategische deeldoelstellingen die overheidsniveau-overschrijdend zijn;
- de beheersorganen van de overheidsdiensten verantwoordelijk voor de beleidsvoorbereiding en –uitvoering inzake gezondheid(zorg), wat betreft het inhoudelijk beleid, elk op hun domein.

Het tactische niveau wordt ingevuld door

- de Program Board van het eGezondheidsplan, voor wat betreft de projecten vervat in het actieplan;
- het beheerscomité van het eHealthplatform, bijgestaan door het Gebruikerscomité en de administratie van het eHealth-platform, voor wat betreft de Enterprise Architectuur inzake eGezondheid.

Het operationele niveau wordt ingevuld door

- de program manager van het eGezondheidsplan en de onderscheiden projectleiders, voor wat betreft de projecten vastgelegd in het plan;
- de aanbieders van basisdiensten en basisbouwstenen inzake eGezondheid, voor wat betreft die diensten en de uitvoering van Enterprise Architectuur.

Zoals hoger beschreven, worden in het actieplan 2 types van projecten onderscheiden: ‘concept’-projecten en ‘uitvoerings’-projecten. Daarnaast wordt elk project, ongeacht tot welke categorie het behoort, toegewezen aan één van deze 3 groepen:

- strikt federaal (A)
- strikt (inter)gefedereerde entiteiten (B)
- interfederaal (C)

² <https://www.departementwvg.be/wie-wat-het-agentschap>

De toewijzing wordt voorgesteld door de interfederale Program Board en bekrachtigd in de IMC. In een volgend hoofdstuk is de verdeling gemaakt voor de projecten in het actieplan 2019-2021.

De Program Board van het eGezondheidsplan is een orgaan voor tactisch overleg inzake de opstelling en de uitvoering van het eGezondheidsplan, en wordt georganiseerd door een program manager. De Program Board kan worden gebruikt voor de inhoudelijke voorbereiding van de bijeenkomsten van de IMC, via de IKW, en de federale stuurgroep inzake de projecten uit het actieplan.

De Program Board is niet verantwoordelijk voor de uitwerking van de Enterprise Architectuur van eGezondheid, voor de taakverdeling inzake aanbod van basisdiensten of basisbouwstenen of voor de operationele opvolging van het aanbod van deze diensten en bouwstenen. Dit geschiedt in het beheerscomité van het eHealth-platform, dat terzake kan worden gebruikt voor de inhoudelijke voorbereiding van de bijeenkomsten van de IMC, via de IKW.

Afhankelijk of het project strikt federaal (A), strikt (inter-)Gefedereerde entiteiten (B) of een interfederaal/Gefedereerde entiteiten (C) project is, is de samenstelling van de Program Board verschillend:

(A) Strikt federaal projecten (7 deelnemers):

- Programma manager eGezondheidsplan
- eHealth-platform-vertegenwoordiger
- eHealth-adviseur federale minister volksgezondheid
- Afgevaardigde Federale administratie FOD volksgezondheid
- Afgevaardigde Federale administratie RIZIV
- Afgevaardigde Federale administratie FAGG

(B) Strikt (inter)gefedereerde projecten (3 + x deelnemers)

- Programma manager eGezondheidsplan
- eHealthPlatform-vertegenwoordiger
- x afgevaardigden van de gefedereerde entiteiten

(C) Interfederale projecten (7 + 3 deelnemers)

- Samenstelling groep (A)
- Afgevaardigde Regio Vlaanderen
- Afgevaardigde Regio Wallonië
- Afgevaardigde Regio Brussel

De agenda en de notulen van alle 3 Program Boards worden verspreid aan alle stakeholders die in de Program Board zitten om redenen van transparantie. Alle Program Boards worden genotuleerd door het secretariaat van de programma manager.

De Program Board levert de agendapunten betreffende de projecten uit het actieplan aan de IKW/IMC. Voor concept-projecten zijn dit zowel uitgewerkte en door Program Board breed gedragen projecten als concept-projecten die niet gedragen zijn door de volledige Program Board leden, zodat een maximale gedragenheid kan worden bekomen. Voor uitvoeringsprojecten worden enkel projecten ter discussie aangeleverd krijgen die in de Program Board geen oplossing vindt binnen het toegelaten afwijkingspercentage (zie lager).

De program manager van het eGezondheidsplan staat in voor het dagelijks coördineren en aansturen - op het vlak van samenhang en algemeen functioneren - van de portfolio aan projecten uit het eGezondheidsplan binnen de afgesproken strategieën en doelstellingen en binnen de projecttoleranties (budget, high-level mijlpalen, scope...) zoals goedgekeurd door de IKW/IMC. Dit is de directe opvolging en operationele/tactische sturing van uitvoeringsprojecten, met een maximumafwijking van 20% volgens wat werd afgesproken. Verder staat de program manager in voor de dispatching van issues/problemen naar het juiste beslissingsorgaan, hierin bijgestaan door de Program Board. Hij volgt op en stuurt bij van programma en projecten volgens genomen beslissingen.

De program manager geeft rapportering/informatie over de voortgang van het actieplan aan de IKW/IMC, de federale stuurgroep en het beheerscomité van het eHealth-platform. Ook staat hij in voor de voorbereiding van de bijeenkomsten van de federale stuurgroep en de IKW/IMC in dat verband. De program manager neemt geen beslissingen over 'wat' en 'hoe' over Enterprise Architectuur. De programma manager wordt vanuit het gemeenschappelijke eGezondheid-budget gefinancierd en heeft een standplaats in één van de federale administraties.

De enterprise architect staat in voor het uitwerken en behouden van de functionele samenhang van de systemen en projecten in eGezondheid en een duidelijk overzicht hierin te bewaken ('Enterprise Architecture'). Hij laat zich bijstaan door de diverse architectuur-gerelateerde werkgroepen (WG architectuur, WG toegang, ...). De enterprise architect en de (roulerende) voorzitter van de eHealth-platform werkgroep architectuur werken zeer nauw samen; de voorzitter van de eHealth-platform werkgroep architectuur is het eerste aanspreekpunt in de contacten met de verschillende architectuur-georiënteerde werkgroepen. De enterprise architect neemt beslissingen over 'wat' en 'hoe' over architectuur. De enterprise-architect wordt vanuit het gemeenschappelijke eGezondheid budget gefinancierd en heeft een standplaats in één van de federale administraties (bij voorkeur eHealth-platform).

Projecten hebben, indien nuttig, een eigen stuurgroep die binnen de gegeven scope, budget en timing kan beslissen, en tot maximum 5% afwijken van wat werd afgesproken. Projecten maken gebruik van project-specifieke adviescomités en/of, begeleidingsgroepen e.d. om alle betrokkenen te laten bijdragen op inhoudelijke vlak.

In het actieplan eGezondheid zijn projecten opgenomen die worden uitgevoerd door het federale beleidsniveau (strikt federaal) en die geen impact hebben op eGezondheidsdiensten en netwerken voor gegevensdeling van de gefedereerd entiteiten. Deze projecten worden gecoördineerd en opgevolgd in een federale stuurgroep die alle betrokken partners (RIZIV, FOD Volksgezondheid, FAGG, eHealth-platform, e.a.) samenbrengt. De stuurgroep neemt autonoom beslissingen en voeren escalaties uit met een strategische beleidscomponent op federaal vlak of escalaties m.b.t. uitvoeringsprojecten tussen federale administraties (bv. budget en beschikbaarheid projectmedewerkers).

Als een project gebruikt maakt van of een impact heeft op basisdiensten of basisbouwstenen, dan moet een project hiermee rekening houden. In bijzonder als er aanpassingen of uitbreidingen nodig zijn. Ze doet dit door de specifieke governance organen van de te betrokken basisdiensten of basisbouwstenen te betrekken. Voorbeelden zijn: voor Vitalink het Vlaams agentschap voor samenwerking rond gegevensdeling tussen de actoren in de zorg betrekken, hubs, kluizen, ...

Elk bovenstaand governance orgaan van het eGezondheidsplan kan beroep doen op experten en advies vragen aan andere overlegorganen (bv. CCU van eHealth-platform, werkgroep Architectuur en toegang van eHealth-platform, Medico-Mut, Federale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen, Verzekeringscomité, ...) om een beslissing met kennis van zaken te kunnen nemen. Een dergelijk, niet bindend advies bevestigt een draagvlak of een motivatie voor een bepaalde keuze. Genoemde organen zijn vanzelfsprekend vrij om beroep te doen op gespecialiseerde andere organen (vb. IHE Belgium).

Verdeling over de project-categorieën

Zoals al aangegeven worden projecten opgedeeld in 3 categorieën

- louter federaal
- inter-federaal waarbij zowel de federale als de regionale overheden functioneel betrokken zijn
- louter (inter-) gefedereerde entiteiten.

De verdeling in de 3 categorieën is gebaseerd op de beslissingsbevoegdheden enerzijds en anderzijds functionele en inhoudelijke bijdragen tijdens het project; Het gebruik nadien van de doelstellingen van het project, noch het gebruik of uitbreiding van basisdiensten (eHealth-basisdiensten, kluisen, hub-metahubstelsysteem, ...) zijn criteria in de verdeling.

Alle projecten maken deel uit van het interfederaal actieplan e-Gezondheid en worden uitgevoerd met een collectieve verantwoordelijkheid

Het is dus evident dat deze verdeling niet betekent dat projecten geïsoleerd uitgevoerd worden: overleg, besprekingen en raadplegingen van alle betrokkenen, zowel federale als regionale administraties, blijven hoekstenen van de uitvoering van de projecten van het actieplan.

Deze verdeling geldt enkel voor de projectfase: na de oplevering van de projecten, bij operationeel gebruik van de opgeleverde systemen, worden alle overheden ingeschakeld en betrokken.

Hieronder een overzicht van de projecten, opgedeeld in de afgesproken categorie.

| | | | | Governance | | |
|---------------------------------|-----|---|--|------------|----------------|-------------------------|
| | | | | Federaal | Inter-Federaal | Gefedereerde entiteiten |
| Cluster | | | | | | |
| 0 Fundamenten | | | | | | |
| | 0.1 | Informed Consent | | | X | |
| | 0.2 | Toegangsmatrix, therapeutische, zorg- en andere relaties | | | X | |
| | 0.3 | Basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer | | | X | |
| | 0.4 | Regels voor Kluis van e-Gezondheid | | | X | |
| | 0.5 | Informatie-standaarden | | X | | |
| | 0.6 | Terminologie | | X | | |
| | 0.7 | Cobrha Next Generation & UPPAD | | | X | |
| | 0.8 | Strategisch onderzoek naar efficiëntere samenwerkingsmodellen met externe betrokkenen | | | X | |
| 1 Transversaal | | | | | | |
| | 1.1 | Communicatie | | | X | |
| | 1.2 | Programma-monitoring | | | X | |
| 2 Ondersteuning | | | | | | |
| | 2.1 | Incentives | | X | | |
| | 2.2 | Gedragcode & richtlijnen over delen van persoonlijke gezondheidsgegevens | | | X | |
| 3 Operational Excellence | | | | | | |
| | 3.1 | Basisarchitectuur | | | X | |
| | 3.2 | SLA's en Service Management | | X | | |
| | 3.3 | Business Continuity | | X | | |
| | 3.4 | Documentatie, help desk & support | | X | | |
| | 3.5 | Testomgevingen, flows, processen, data | | | X | |
| | 3.6 | Kwaliteit van gezondheidssoftware | | | X | |
| | 3.7 | Opleiding en vorming | | | | X |
| | 3.8 | Administratieve werklastverlaging voor zorgverleners | | X | | |

| | | | | Governance | | |
|---|------|--|--|------------|----------------|-------------------------|
| | | | | Federaal | Inter-Federaal | Gefedereerde entiteiten |
| Cluster | | | | | | |
| 4 Zorgverstrekkers en zorginstellingen | | | | | | |
| | 4.1 | Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling | | X | | |
| | 4.2 | Multi-disciplinaire functionaliteiten | | | X | |
| | 4.3 | Electronisch voorschrift | | X | | |
| | 4.4 | VIDIS - evolutie van electronisch voorschrijven | | X | | |
| | 4.5 | Beslissingsondersteunend platform | | X | | |
| | 4.6 | BelRAI | | | X | |
| | 4.7 | Arbeidsongeschiktheid (Mult-eMediatt) | | X | | |
| | 4.8 | MEDEX | | X | | |
| | 4.9 | EPD in alle hospitalen | | X | | |
| | 4.10 | Publicatie van gestructureerde informatie | | X | | |
| | 4.11 | Registers | | X | | |
| | 4.12 | Communicatie over en planning van zorg | | | X | |
| | 4.13 | Europees CEF | | | X | |
| | 4.14 | Modulation accès patient par les prestataires de soins | | | X | |
| 5 Patient als co-piloot | | | | | | |
| | 5.1 | Persoonlijk gezondheidsportaal | | X | | |
| | 5.2 | Digitaal Verwijsplatform | | X | | |
| | 5.3 | Orgadon | | X | | |
| 6 eGezondheid met Mutualiteiten | | | | | | |
| | 6.1 | e-Attest voor arts-specialist, tandarts, kiné & logopedisten | | X | | |
| | 6.2 | eFac pour maison médicales, kiné & logopédes | | X | | |
| | 6.3 | Consultation des données du membre | | X | | |
| | 6.4 | Digitalisation des conventions de revalidation | | X | | |
| | 6.5 | Digitalisation des accord Chapitre IV | | X | | |
| | 6.6 | Inscription en Maison Médicales | | X | | |
| | 6.7 | Digitalisation des accord kinés | | X | | |

Zoals aangegeven als één van de principes is het nieuwe actieplan een voortzetting van het vorige. De mapping van de vorige projecten naar de projecten in het nieuwe actieplan is als volgt:

| Actieplan 2013-2018 | | Actieplan 2019-2021 | |
|---------------------|---|----------------------|---|
| Actiepunt | | Cluster&Project | |
| AP01 | GMD = EMD => SUMEHR / DMG = DMI => SUMEHR | 4.1 | Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling |
| AP02 | ZIEKENHUIS-EPD / DPI HOSPITALIER | 4.9 | EPD in alle hospitalen |
| AP03 | MEDICATIESHEMA / SCHEMA DE MEDICATION | 4.4 | VIDIS - evolutie van elektronisch voorschrijven |
| AP04 | ELEKTRONISCH VOORSCHRIFT / PRESCRIPTION ELECTRONIC | 4.3 | Elektronisch voorschrift |
| AP05 | Gegevens delen via het systeem hubs & metahub algemeen | 4.10 | Publicatie van gestructureerde informatie |
| AP06 | Delen om samen te werken / PARTAGER AFIN DE COLLABORATION | 4.1 | Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling |
| AP07 | Psychiatrische en andere instellingen en het systeem hubs | 4.10 | Publicatie van gestructureerde informatie |
| AP08 | BELRAI : UNIFORM EVALUTIE-INSTRUMENT / UN INSTRUMENT | 4.6 | BelRAI |
| AP09 | INCENTIVES VOOR GEBRUIK / INCITANTS A L'UTILISATION | 2.1 | Incentives |
| AP10 | TOEGANG TOT DE GEGEVENS DOOR DE PATIËNT (PHR) / ACCÈS | 5.1 | Persoonlijk gezondheidsportaal |
| AP11 | COMMUNICATIE / COMMUNICATION | 1.1 | Communicatie |
| AP12 | OPLEIDING EN ICT-ONDERSTEUNING VAN ZORGVERSTREKERS | Operationele Service | |
| AP13 | STANDAARDEN EN TERMINOLOGIEBELEID / STANDARDS ET | 0.5 en 0.6 | Informatie-standaarden & Terminologie |
| AP14 | MYCARENET | Cluster 6 | eGezondheid met Mutualiteiten |
| AP15 | ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING / SIMPLIFICATION | 4.7 | Arbeidsongeschiktheid (Mult-eMediatt) |
| AP16 | TRACEERBAARHEID VAN DE IMPLANTATEN EN VAN DE GEVE | Operationele Service | |
| AP17 | VERALGEMEEND GEBRUIK VAN DE EHEALTHBOX EN GEGEV | 0.7 | Cobrha Next Generation & UPPAD |
| AP18 | INVENTARISATIE EN CONSOLIDATIE VAN REGISTERS / INVE | 4.11 | Registers |
| AP19 | MOBILE HEALTH | Operationele Service | |
| AP20 | GOVERNANCE, ROLL OUT EN MONITORING E-GEZONDHEID | 1.2 | Programma-monitoring |

Klemtonen van gefedereerde overheden

Dit hoofdstuk geeft de invalshoek van elke gefedereerde entiteit op het plan e-Gezondheid 2019-2021. Elke gefedereerde overheid geeft hier aan welke eigen projecten binnen de gefedereerde overheden gebruik (zullen) maken van de realisatie van de projecten van het actieplan e-Gezondheid 2019-2021.

Vlaanderen

Rol van Vitalink

Vitalink is een Vlaamse project voor onder andere het delen van zorg- en welzijnsgegevens, in eerste instantie voor de eerste lijn en de patiënt, gekoppeld met de tweede lijn en de residentiële zorg. De gegevens worden gedeeld vanuit de software van de zorg- en welzijnsactoren. Via de koppeling met de MyHealthViewer van het Vlaams Intermutualistisch College worden al deze gegevens op één plaats consulteerbaar voor de patiënt.

We zetten verder in op een gezamenlijke uitvoering van het plan eGezondheid. Vitalink heeft tot doel om de samenwerking rond efficiënte en veilige gegevensdeling, en in het bijzonder het delen van persoonsgegevens, tussen alle actoren in de zorg onderling te faciliteren met het oog op een continue en kwaliteitsvolle zorgverstrekking aan zorggebruikers. Dit conform het decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor gegevensdeling tussen actoren in de zorg, aangenomen door het Vlaams Parlement op 23 april 2014.

Zorg- en ondersteuningsplan

De Vlaamse overheid heeft als doel om een gedeeld digitaal zorg- en ondersteuningsplan aan te bieden zodat multidisciplinaire samenwerking en gegevensdeling in het kader van zorg en welzijn worden ondersteund. Men streeft naar een integrale zorg waarbij de zorgnoden en – doelstellingen van de persoon als uitgangspunt genomen worden.

Het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP) is in de eerste plaats een communicatie- en planningsinstrument om de zorg voor zorgbehoevende patiënten te ondersteunen. Alle relevante gegevens die beschikbaar zijn over/van een persoon met een zorgnood zijn beschikbaar voor alle betrokken zorgverleners en voor de persoon en zijn omgeving.

Een digitaal zorg- en ondersteuningsplan (werktitel) dient tot doel om zelfmanagement, zorgcoördinatie en casemanagement te faciliteren en mee mogelijk te maken en dit doorheen alle lagen van de zorg met name thuiszorg, woon- en ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, welzijnszorg, de samenwerking tussen eerste, tweede en derdelijnszorg, etc. De digitalisering van de onderliggende zorgprocessen is nodig om de continuïteit van de zorg te garanderen, de zorgcoördinatie te vergemakkelijken maar ook om de persoon (of diens vertegenwoordiger) zelf aan het stuur te zetten van zijn zorg.

Het digitaal zorg – en ondersteuningsplan is een digitale tool die kan gebruikt worden voor en door elke burger, patiënt of mantelzorger en zorgverlener in het ondersteunen van de zorg.

Healthmonitor

Uitwerken van een healthmonitor, verder bouwend op de eerste Vlaamse Healthmonitor van 2017. Deze monitor komt er nu best op landelijk niveau waar de indicatoren per regio worden opgenomen.

Evolutie van de Sumehr, delen om beter samen te werken

Op korte termijn is het objectief voorzien dat de aangepaste Sumehr v2 is geïmplementeerd in de kluisen en de software van de huisartsen is hiervoor aangepast zodat deze gebruikt wordt.

De volgende stap is de informatie uit de Sumehr te delen in afzonderlijke gegevensblokken. Deze verschillende care-sets die voor de verschillende disciplines gedeeld worden, zal worden ondersteund door het project Vitalink. Ook het project gegevensdeling tijdens de zwangerschap van Kind & Gezind wordt breed uitgerold.

Medicatieschema (focus op samenwerking VIDIS, medicatieschema ziekenhuizen, WZC)

De regionale kluisen ondersteunen het medicatieschema, de software van de huisartsen, apothekers en verpleegkundigen is aangepast en hiervoor werd ook aan alle interoperabiliteitscriteria voldaan die getest werden door de drie kluisen. Het medicatieschema is ingepast in het VIDIS concept en verder uitgerold naar

de ziekenhuizen (niet alleen consultatie maar ook publicatie schema's). Ook vanuit de woonzorgcentra kan men de medicatieschema's consulteren.

Publicatie via Hub/Metahub-systeem van documenten van de woonzorgcentra

BelRai

Vlaanderen zal de implementatie van BelRAI in specifieke sectoren verder ondersteunen. Vlaanderen streeft op termijn naar het gebruik van BelRAI als uniek inschalingsinstrument in alle sectoren van de Vlaamse Sociale Bescherming. In eerste instantie zal de BelRAI-screener worden geïmplementeerd in de sectoren van het woonzorgdecreet (met name de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg) en voor de toekenning van het Vlaams zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

Toegang voor de patiënt (MyHealthViewer)

Vlaanderen heeft het samenwerkingsverband van mutualiteiten ondersteund in het aanbieden van een website zodat de burger gegevens uit Vitalink kan raadplegen.

Opleiding van professionelen en coördinatie helpdesk (eenlijn.be, TransEL)

Vlaanderen wil optimaal inzetten op integrale zorg voor personen met een zorg- en ondersteuningsnood. ICT-ontwikkelingen in de verschillende projecten worden horizontaal ondersteund en begeleid via het continu aanbieden van permanente opleidingen (Webinar & klassikaal) met focus op alle aspecten van integrale, multidisciplinaire zorg.

Mobile Health

Vlaanderen zet mee in op mobiele toegang tot de gegevens. En dit niet alleen via de MyHealthViewer, maar heeft ook een validatieprocedure beschikbaar voor de industrie om apps ikv preventieve gezondheidszorg te screenen. Deze validatieprocedure schakelt zich in de validatiepiramide die in het vorige actieplan eGezondheid in het project Mobile Health (API9) ontwikkeld werd.

CobrHa+

Voor het Departement WVG is vooral de kruispuntbank voor de zorg (CobrHa+) van belang, incl. het unieke ID in CobrHa+, maar ook voor de integraties met de sociale kaart / zorgzoeker.

Wallonië

De Waalse regering onderschrijft de actiepunten van het nieuwe actieplan met volgende specifieke klemtonen:

- De verdere ontwikkeling van BelRAI die als basis zal dienen voor de zelfstandige Waalse zorgverzekering.
- De noodzaak om de opslag van gegevens bij de hulp- en zorgprofessionals te behouden.
- De automatisering van rust- en verzorgingshuizen en de deling van gegevens van deze instellingen met andere zorgverstrekkers via de Hub.
- De opleiding van zorgverstrekkers rond Sumehr V2

Brussel

Rol van Brusafe+

Brusafe+ heeft een standaard gemaakt met gezondheidsgegevens, tussen artsen en andere belanghebbenden en met patiënten in continuïteit van zorg.

Het doel is om gegevensuitwisseling mogelijk te maken:

- gestructureerd
- volgens sommige IHE-profielen erkend door de Europese Commissie

De verbinding met Brusafe + voor overleg en / of publicatie is gepland met behulp van bedrijfssoftware.

Evolutie van Brusafe+

- Connectie via Itsme.
- Publicatie en consultatie van foto's.

Abrumet App

Bestemd voor zorgaanbieders die nog geen aangesloten bedrijfssoftware hebben, maar ook patiënten. In een eerste stap ontwikkelen we een prototype-versie die in open-source-modus kan worden uitgewisseld met elk ontwikkelaarsbedrijf. De ontwikkeling van een gebruikersinterface is ook gepland.

Cross Enterprise Document Workflow (XDW)

Een eerste pilootproject heeft aangetoond dat Brusafe + kan worden gebruikt als een infrastructuur om verzoeken van I tot N te verzenden (type een beoordelingsverzoek voor een patiënt gericht aan N-ziekenhuizen)

We hebben deze dienst voorgesteld als doorverwijzingsplatform voorgesteld aan de andere gewesten en aan de federale overheid.

Europees project (Connecting Europe Facilities = CEF)

Het Europese project heeft tot doel een patiëntenoverzicht (= PS) uit te wisselen. Aan de ene kant om het uit het buitenland te halen (PS B) en aan de andere kant om het te verzenden (PS A).

Voor de eerste fase (wave 2) zijn we van plan een patiëntoverzicht te lezen. Vervolgens (wave 3) om naar het buitenland te sturen om te lezen.

Duitstalige gemeenschap

De Duitstalige gemeenschap onderschrijft volledig de actiepunten van het nieuwe actieplan.

Clusters

Cluster 0 Fundamenten

De projecten in deze cluster verbeteren of verduidelijken basisconcepten van eGezondheid. eGezondheidsdiensten zijn hiervan afhankelijk om veilige en betrouwbare gegevensdeling te realiseren.

eGezondheid wordt ondersteund door een aantal basisdiensten die worden aangeleverd door het eHealth-platform. Deze basisdiensten zijn uitgebreid gedocumenteerd op het eGezondheidsportaal

Binnen het Overlegcomité met de Gebruikers, het Beheerscomité van het eHealth-platform en het Sectoraal Comité Sociale Zekerheid en Gezondheid, dat inmiddels is vervangen door de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het Informatieveiligheidscomité, is reeds een globaal organisatorisch kader uitgewerkt. uitgewerkt voor deze basisconcepten en -diensten. Dat organisatorisch kader ligt vevat in een aantal documenten zoals

- het reglement betreffende de uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen gezondheidssystemen verbonden via het verwijzingsrepertorium van het eHealth-platform;
- de nota betreffende de geïnformeerde toestemming in het Hub & Meta-hub-project;
- de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie;
- de toegangsmatrix.

Deze cluster bevat de projecten betreffende van het organisatorisch kader, van de basisdiensten, van de technische en terminologiestandaarden, van de authentieke bron CobrHa en van de samenwerkingsmodellen met softwareleveranciers.

De realisaties van deze projecten hebben op zichzelf niet steeds een directe toegevoegde waarde voor de actoren (burgers/patiënten, individuele zorgverstrekkers en zorgverleners, instellingen) maar zijn wel essentieel om een efficiënte zorg- en hulpverlening te kunnen uitbouwen.

Deze projecten realiseren het concept 'Master Data'³ voor de e-gezondheidszorg in België. Ze zorgen voor de basisfuncties identificatie/authenticatie van de gebruiker (patiënt / burger / zorgverlener / zorginstelling) en autorisatie (toegang tot gegevens).

Sleutelen aan reeds bestaande basisconcepten en basisdiensten vereist grote zorgvuldigheid en bijzondere aandacht voor de transitie van een bestaande naar een gewenste situatie. Als algemene regel geldt dat een 'big-bang' overgang niet toegelaten is en dat een 'backward compatibility' voor een absoluut redelijke termijn moet verzekerd worden.

Na introductie van de e-Gezondheid-architecturen ruim 10 jaar geleden is het aangewezen om ze opnieuw onder de loep te nemen met eventuele architectuur-wijzingen tot gevolg.

Voor de implementatie en gebruik van de aangepaste fundamenten wordt voldoende tijd gegeven aan alle betrokken systemen (bv. 6 maanden tot 1 jaar) maar wordt het wel verplicht.

³ 'Master Data' zijn de kerngegevens die essentieel zijn voor de werking van processen. Master Data zijn meestal eerder statisch, niet-transactioneel en ondersteunen vaak transactionele processen en bewerkingen.

0.1 Geïnformeerde toestemming

Probleem

Dit project heeft tot doel na te gaan of de bestaande geïnformeerde toestemming al dan niet dient te evolueren, en, zo ja, de basisdiensten en het organisatorisch kader daaraan aan te passen.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| X | | | X | | | X |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|----------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

De algemene verordening gegevensbescherming heeft als uitgangspunt dat verwerking gegevens over gezondheid verboden zijn (artikel 9, lid 1). Dit is niet van toepassing als wanneer aan bepaalde voorwaarden is voldaan (artikel 9, lid 2). Eén van die voorwaarden is wanneer de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden.

Gezondheidsgegevens mogen krachtens artikel 9 AVG o.a. worden verwerkt voor de toepassing van het sociaal recht, de bescherming van vitale belangen, het verstrekken van preventieve of curatieve zorg, voor redenen van volksgezondheid of mits de uitdrukkelijke, specifieke toestemming van de betrokkene.

Artikel 6 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) voorziet in verschillende rechtsgronden waarvoor persoonsgegevens kunnen worden verwerkt: de uitvoering van een wettelijke verplichting, de uitvoering van een overeenkomst, de bescherming van vitale belangen, de uitvoering van een taak van algemeen belang of de uitdrukkelijke, specifieke toestemming van de betrokkene.

De verwerking van persoonsgegevens in het kader van de bestaande eGezondheidsdiensten kan quasi volledig worden gebaseerd op andere rechtsgronden dan de uitdrukkelijke, specifieke toestemming in de zin van de AVG.

Om het vertrouwen van alle stakeholders in de elektronische uitwisseling van persoonsgegevens inzake de gezondheid te bevorderen, is echter een reglement uitgevaardigd dat stelt dat elektronische gegevensdeling enkel kan geschieden mits een geïnformeerde toestemming van de patiënt. De burger geeft een geïnformeerde toestemming tot het elektronisch en beveiligd delen van zijn gezondheidsgegevens tussen de personen die hem/haar behandelen. Het delen van deze gegevens vindt uitsluitend plaats in het kader van de continuïteit en de kwaliteit van de geneeskundige verzorging. Deze geïnformeerde toestemming geldt in principe voor heel België: alle zorgverleners, alle ziekenhuizen en alle gezondheidsnetwerken van het land zijn er dus bij betrokken, ongeacht hun locatie. Nochtans bestaan er verschillende implementaties. Er wordt gestreefd naar

één, generieke geïnformeerde toestemming die op een eenvormige wijze wordt geïmplementeerd door alle zorginstellingen en –verstrekkers.

Daarnaast moet worden nagegaan hoe de geïnformeerde toestemming kan worden gekaderd bij transnationale gegevensuitwisseling, in het bijzonder binnen de EU en de Benelux. Ook moet worden nagegaan of er nood is aan het beheer van specifieke toestemmingen van de betrokkene in situaties waarin geen andere rechtsgrond voorzien is in de AVG en hoe deze specifieke toestemming op een efficiënte en gebruiksvriendelijk manier door de betrokkene kunnen worden beheerd.

Tenslotte moet duidelijk worden bepaald welke verwerking geen onderdeel uitmaken van de generieke geïnformeerde toestemming tot het delen van gegevens in het kader van de continuïteit en kwaliteit van de geneeskundige zorg.

Doelstellingen

0.1.1 Functionele en organisatorische definitie van ‘Informed Consent’

Dit objectief bestaat uit verschillende aspecten:

- Analyse van de wenselijke evolutie van de bestaande geïnformeerde toestemming
- Analyse van de wenselijke evolutie van de wijze waarop een burger zijn/haar geïnformeerde toestemming op een eenvoudige wijze kan verstrekken en intrekken
- Inventarisatie van de bestaande implementaties en hun verschillen
- Analyse van de wijze om verschillen in implementaties weg te werken
- Analyse van supranationale aspecten

0.1.2 Analyse van eventuele nodige aanpassingen voor een éénduidig ‘Informed Consent’

Dit objectief detailleert hoe het concept van een éénduidig ‘Informed Consent’ gerealiseerd moet worden, zodat alle betrokkenen en systemen op een uniforme manier ervan gebruik kunnen/zullen maken.

- Analyse van de nodige aanpassing van de architectuur en de basisdiensten
- Analyse van de nodige aanpassing van de process-flows
- Aanpassing van het organisatorisch en juridisch kader

0.1.3 Voorbereiding uitvoeringsproject van éénduidig ‘Informed Consent’

Dit objectief inventariseert de kost en timing van het uitvoeringsproject voor de implementatie in praktijk van het éénduidig ‘Informed Consent’, volgens de architectuur- en process-flows die in de vorige doelstelling vastgelegd en bevestigd werden.

- Inventarisatie van de nodige aanpassingen (impact, werklast, doorlooptijd, budget, mankracht) van de bestaande systemen om te aligneren met de éénduidige definitie.
- Opslag van het ‘Informed Consent’
- Ontsluitings-services voor lezen/wijzigen/toevoegen van het ‘Informed Consent’, rekening houdend met privacy, security en toegangsrechten.

0.2 Toegangsmatrix, therapeutische, zorg- en andere relaties

Probleem

Dit project heeft tot doel na te gaan of de bestaande toegangsmatrix en de elektronische bewijsmiddelen van therapeutische, zorg- of andere relaties al dan niet dient te evolueren, en, zo ja, de basisdiensten en het organisatorisch kader daaraan aan te passen.

Het concept moet de uitbreiding met andere types relaties toelaten.

Klemtone

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|------------|-----------|------------------------|-------------------------|
| X | | | X | X | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Het concept 'therapeutische en zorgrelatie' staat beschreven in Beraadslaging nr. 11/088 van 18 oktober 2011, laatst gewijzigd op 3 juli 2018, met betrekking tot de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie. Een aanpassing van de draagwijdte van het concept zorgrelatie is gerealiseerd en een aanpassing van de beraadslaging en nota werd uitgevoerd in december 2018. De uitwerking ervan moet nog worden gerealiseerd. De voornaamste prioriteiten bij de uitwerking zijn:

- registreren en beheren van zorgrelatie tussen een organisatie in de gezondheid of de zorg en een patiënt
- voorzien in bewijsmiddelen voor de registratie van de zorgrelatie

Naast therapeutische en zorgrelatie bestaan er nog andere relatie in het kader van zorg. Actueel is er geen overzicht van deze relaties. Wat bestaat voor registreren en beheren van dergelijke relaties willen we verfijnen, zodat de patiënt een globaal/uniform/algemeen overzicht heeft (met uitzondering voor de relaties met zorg- of hulpverleners binnen organisaties).

De toegangsmatrix bepaalt welke soorten zorgverstrekkers en –instellingen toegang hebben tot welke soorten gegevens over een zorgzoekende. De nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie bepaalt hoe een relatie kan bewezen worden en hoe lang ze geldt.

De toegangsmatrix en de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische of zorgrelatie moeten jaarlijks evolueren in functie van nieuwe projecten van elektronische gegevensdeling, zoals de Caresets of BelRai. Over de projecten heen dient consistentie te bestaan en de implementatiemethoden moeten generiek en uniform zijn.

In verschillende projecten van het actieplan 2013-2018 was het concept 'therapeutische relatie' en/of 'zorgrelatie' een essentieel onderdeel om de privacy van de patiënt/zorggebruiker en de toegang tot (onderdelen van) de gedeelde gezondheidsinformatie te definiëren en te implementeren.

In de loop van het actieplan 2013-2018 zijn er, in verschillende systemen en op verschillende manieren, implementaties hiervan uitgevoerd. Deze verschillende implementaties hebben niet geleid tot een eenvoudige, gelijkvormige en unieke definitie en uitvoering van het concept 'therapeutische relatie'.

De plaats en methode van beheer en opslag van de therapeutische en zorgrelaties moet desgevallend kunnen evolueren.

Ook andere type relaties ontstaan of zullen ontstaan en worden ook in dit project verder uitgewerkt. Dit betekent niet noodzakelijk dat hiervoor een andere type 'relatie' moet voorzien worden (misschien is er een andere manier om de relatie en de daaraan verbonden toegang tot bepaalde al-dan-niet medische data van een patiënt te regelen).

Deze concepten zijn een cruciale stap in de richting van multidisciplinaire gegevensdeling. De geregistreerde relatie met de patiënt zal samen met de Informed Consent de sleutel vormen om toegang te krijgen tot de beschikbare digitale patiënt-informatie. De noodzaak is o.a. zeer duidelijk bij de zorg voor chronisch zieken en in het kader van geïntegreerde zorg. Geïntegreerde zorg veronderstelt met name een samenwerking/interactie/coördinatie tussen alle zorg- en hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg van een patiënt (alsook met de patiënt).

Hoewel de regeling met betrekking tot de therapeutische relaties en de zorgrelaties pas is aangepast (beraadslaging nr. 11/088 van 18 oktober 2011, laatst gewijzigd op 3 juli 2018, met betrekking tot de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie), kan de implementatie ervan in de diverse systemen verschillen. Dubbelzinnigheid en incoherentie moeten worden vermeden. Hoe moet bovendien aan de patiënt een duidelijk overzicht van al zijn relaties (en uitsluitingen) worden gegeven en van de manier waarop hij die op een eenvoudige en gebruiksvriendelijke manier kan beheren? Wie krijgt toegang tot de lijst van de authentieke bronnen op basis waarvan een relatie tussen een organisatie of een individuele actor met een patiënt tot stand kan worden gebracht en gegarandeerd en hoe krijgt de patiënt toegang?

Wat de toegangsmatrix betreft, idem. We beschikken over een algemeen kader, een soort minimale basis. Maar elk Gewest kan in functie van zijn projecten beslissen om verder te gaan in het beheer van de toegangen volgens het type actor of type gegevens waarvoor er een uitwisseling plaatsvindt. Dit geeft vaak aanleiding tot een communicatie aan de patiënt. Inspanningen voor meer coherentie of op zijn minst voor meer duidelijkheid over de verschillende toegangen volgens de systemen en de manier waarop ze worden goedgekeurd zijn welkom.

Ook moet er bijzondere aandacht worden besteed aan het beheer en de authenticatie van de mantelzorgers, de wettelijke vertegenwoordigers en de vertrouwenspersonen.

De plaats en methode van beheer en opslag van de therapeutische en zorgrelaties moet desgevallend kunnen evolueren. Daarom wordt in de doelstellingen expliciet opgenomen om te onderzoeken welke technologie best gebruikt wordt.

Er moet tenslotte een algemeen kader bestaan met richtlijnen, dat aangeeft hoe de toegang tussen de systemen is geregeld, met respect voor de autonomie bestaande eGezondheidsdiensten en bestaande afspraken i.v.m. de toegang tot gegevens. Een periodieke evaluatie en de handhaving van de na te leven [kernprincipes van informatieveiligheid en privacy](#) door eGezondheidsdiensten is nodig.

Doelstellingen

0.2.1 Analyse van de gewenste evolutie van de toegangsmatrix en de bewijsmiddelen van 'therapeutische relatie' en 'zorgrelatie'

Dit objectief bestaat uit verschillende aspecten:

- Analyse van de wenselijke evolutie van de bestaande toegangsmatrix
- Analyse van nieuwe soorten therapeutische en zorgrelaties waaraan een behoefte tot bewijs bestaat
- Analyse van de wenselijkheid tot evolutie van de bestaande bewijsmiddelen van therapeutische en zorgrelaties
- Inventarisatie van de bestaande implementaties en hun verschillen
- Analyse van de wijze om verschillen in implementaties weg te werken
- Analyse van de wenselijkheid tot gebruik van nieuwe technologieën voor het beheer en de opslag van therapeutische en zorgrelaties
- Analyse van supranationale aspecten

0.2.2 Niet-professionele relaties

Dit objectief bestaat uit verschillende aspecten:

- Inventarisatie van de verschillende types andere relaties waarvoor een behoefte bestaat
- Uitwerken van een eenduidig definitie, incl. een analyse hoe andere Europese en/of andere landen dit probleem oplossen.
- Inventarisatie van de implementatie-aanpak (impact, werklast, doorlooptijd, budget, mankracht) en opmaak van projectplan

0.2.3 Analyse van de nodige aanpassingen

- Analyse van de nodige aanpassing van de architectuur en de basisdiensten
- Analyse van de nodige aanpassing van de processflows
- Aanpassing van het organisatorisch en juridisch kader
- Inventarisatie van de impact, werklast en doorlooptijd, en inplannen van budget en mankracht voor de implementatie van de nodige aanpassingen

0.3 Basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer

Probleem

Dit project heeft tot doel na te gaan of de bestaande basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer al dan niet dient te evolueren, en, zo ja, de basisdienst en het organisatorisch kader daaraan aan te passen.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| X | | | X | X | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Medische data zijn bijzonder gevoelige data en het is dan ook niet meer dan logisch dat in alle projecten bijzondere aandacht is voor de vertrouwelijkheid ervan.

Een belangrijk principe is het reguleren van de toegang tot deze gegevens en het reguleren van het gebruik van eGezondheidsdiensten. We willen dat burger het gebruiken van eGezondheidsdiensten vertrouwt. Dit vertrouwen is ook belangrijk om gegevens over gezondheid te raadplegen van patiënten uit andere Europese landen.

De basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer van het eHealth-platform ondersteunt volgende functionaliteiten:

- identificatie van de gebruikers;
- authenticatie van de identiteit van de gebruikers op basis van de Federal Authentication Service (FAS);
- verificatie van relevante hoedanigheden in authentieke bronnen, zoals CobrHa;
- verificatie van relevante relaties, zoals bijvoorbeeld therapeutische en zorgrelaties of de aansluiting bij bepaalde actoren in de sociale sector in de verwijzingsrepertoria rond de Kruispuntbank Sociale Zekerheid;
- autorisatie, hetzij op basis van expliciet toegekende rollen (groepen van autorisaties), hetzij op basis van de verificatie van autorisatieregels vastgelegd door de aanbieders van de onderscheiden toepassingen.

Bij het gebruik van eGezondheidsdiensten (webservices) gebeurt gegevensdeling, het gebruikers- en toegangsbeheer en het beheer van loggings op basis van na te leven [kernprincipes van informatieveiligheid en privacy](#) door de betrokken actoren. Zo ontstaan cirkels van vertrouwen ('COT', circle-of-trust) tussen de onderscheiden betrokken actoren.

Concreet wordt daarbij afgesproken welke authenticatiemiddelen van de identiteit van gebruiker kunnen worden aanvaard, wie welke relevante hoedanigheden en relaties controleert, wie de autorisaties toekent en wat gedurende welke tijd wordt gelogd.

Single-Sign-On moet voor de eindgebruiker wordt gewaarborgd. Hergebruik van reeds bestaande authenticatie-mechanismes (bv. systeem van sociale zekerheid) moet het uitgangspunt zijn.

Doelstellingen

0.3.1 Circle-of-trust

Dit objectief definieert (of verheldert want de definitie bestaat) wanneer op basis van vertrouwen eGezondheidsdiensten gebruikt mogen worden, hoe [kernprincipes van informatieveiligheid en privacy](#) geïmplementeerd moeten worden en welke controlemechanismen moeten voorzien worden.

Wanneer een instelling of dienst zelf zorgt voor de identificatie van de gebruiker (aanmaken, onderhouden en verwijderen van gebruikers), is een noodzakelijke voorwaarde dat de instelling of dienst zich verbindt aan het naleven [kernprincipes van informatieveiligheid en privacy](#).

Dit kan impliceren dat er een geïntegreerd systeem voorzien wordt waarin de organisaties, hun departementen en de leden van die departementen toegankelijk zijn (de authentieke bron van deze informatie blijft elke organisatie die werkt op basis van een vertrouwen).

Een dergelijk centraal systeem kan ook andere issues oplossen (bv. de communicatie tussen 1^e-lijns-zorgverstrekkers en specialisten via eHealthbox).

0.3.2 Analyse van de gewenste evolutie van de basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer

- Analyse van de wenselijke evolutie van de bestaande basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer
- Analyse van de federatie van de bestaande basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer met gelijkaardige basisdiensten in andere omgevingen (sociale zekerheid, Gemeenschappen en Gewesten)
- Analyse van de wenselijke evolutie van de cirkels van vertrouwen
- Vaststelling van de authentieke bronnen voor verificatie van relevante hoedanigheden en relaties
- Inventarisatie van de bestaande implementaties en hun verschillen
- Analyse van de wijze om verschillen in implementaties weg te werken
- Analyse van de wenselijkheid tot gebruik van nieuwe technologieën voor de authenticatie van de identiteit
- Analyse van supranationale aspecten, zoals eIDAS

0.3.3 Analyse van de nodige aanpassingen op basis van de resultaten van punt 0.3.2

- Analyse van de nodige aanpassing van de architectuur en de basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer
- Analyse van de nodige aanpassing van de process-flows
- Aanpassing van het organisatorisch en juridisch kader
- Inventarisatie van de impact, werklust en doorlooptijd, en inplannen van budget en mankracht voor de implementatie van de nodige aanpassingen

0.4 Regels voor 'kluis van e-Gezondheid' en taakverdeling tussen authentieke bronnen

Probleem

De verschillende, bestaande en toekomstige opslagstructuren van patiënt-gerelateerde gegevens moeten gestandaardiseerd worden op het vlak van privacy, toegankelijkheid, toegangsbeveiliging. Dit project heeft ook tot doel na te gaan of de bestaande taakverdeling tussen authentieke bronnen en de regels voor de 'kluis van eGezondheid' al dan niet dient te evolueren, en, zo ja, de diensten en het organisatorisch kader daaraan aan te passen.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|------------|-----------|------------------------|-------------------------|
| | | X | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

In het ecosysteem e-Gezondheid zijn er momenteel heel wat plaatsen waar patiënt-gerelateerde gegevens opgeslagen worden. (o.a. Vitalink, RSW, BruSafe(+)) maar ook BelRai, Recip-e, de registers (Quermid, Orthoprïde, ...), federale systemen zoals Orgadon en Wilsbeschikking.

Het is van groot belang dat goed wordt vastgelegd welke gegevens worden opgeslagen in welke authentieke bron en dat redundante opslag maximaal wordt vermeden.

Systemen die onderling samenwerken, delen informatie op basis van een wederzijds vertrouwen. Vertrouwen dat gebruikers op een bepaalde wijze zich authenticeren, vertrouwen dat ze op een transparante wijze de toegang reguleren, een vertrouwen dat ze een minimaal veiligheidsniveau handhaven, e.a. Een zelfde wederzijdse vertrouwen is niet enkel op niveau van België nodig, maar is ook een vereiste om gegevensdeling tussen Benelux landen te kunnen realiseren. Om dit vertrouwen te bekomen zijn er afspraken nodig voor de systemen die deel willen uitmaken van eGezondheid in België.

Voor systemen (eerstelijnskluisen en hubs) die gebruik maken van het verwijzingsrepertorium, bestaat reeds een reglement waarin afspraken zijn vastgelegd. Dit is een goede basis, om te verruimen naar alle systemen van eGezondheid. Vanuit de praktijkervaring moet er bijzondere aandacht zijn om interoperabiliteit te garanderen. Ook gegevensbronnen voor eGezondheid moet voldoen aan bepaald kader. Er dienen aldus gezamenlijke regels te worden opgesteld waaraan moet worden voldaan om als gegevensbank voor eGezondheid te kunnen functioneren.

Belangrijke nood is te weten welke systeem welke informatie voor een bepaalde persoon verwerkt. Er is een verwijzingsrepertorium die deze finaliteit heeft, maar actueel maken enkel de hubs en kluisen hier gebruik van. In de Metahub wordt aangegeven in welke kluis of kluisen informatie beschikbaar is over welke persoon. Een ruimer gebruik voor alle systemen eGezondheid is de vraag.

De verschillende, bestaande en toekomstige structuren voor de opslag van de patiëntengegevens moeten maximaal worden gestandaardiseerd op het vlak van vertrouwelijkheid, toegankelijkheid en veiligheid van de toegangen.

In het bijzonder indien bestaande of nieuwe kluisen worden aangeduid als opslagplaats, dient deze opslag volgens de in het actieplan vastgelegde planning en op een gestandaardiseerde wijze te kunnen geschieden. De bestaande kluisen moeten beschouwd worden als basisdiensten aangeboden door de Gemeenschappen en Gewesten, waarvan de inhoud niet alleen door Gewesten en Gemeenschappen kan worden bepaald, maar ook op een gecoördineerde en tijdige wijze moet worden voldaan aan opslagbehoeften van andere instanties, die worden vastgelegd in het kader van het actieplan. De beheersstructuur van de kluisen moet daarop worden afgestemd en de financieringscontinuïteit gewaarborgd.

Er moet bovendien gewaarborgd worden dat softwarepakketten voor zorgverleners of -instellingen de gegevens in de onderscheiden kluisen op een gestandaardiseerde wijze kunnen raadplegen en/of wijzigen aan de hand van gestandaardiseerde beveiligingsregels.

Er dienen aldus gezamenlijke regels te worden opgesteld waaraan moet worden voldaan om als 'kluis'⁴ voor eGezondheid te kunnen functioneren.

In de Metahub wordt aangegeven in welke kluis of kluisen informatie beschikbaar is over welke persoon.

Het is duidelijk dat het niet mogelijk of wenselijk is om alle patiënt-gerelateerde gegevens in & of enkele mastodont-gegevensbanken op te slaan: niet enkel creëert dit een bottleneck bij de ontwikkeling van nieuwe systemen maar het geeft ook een hoog risico voor de performantie, beschikbaarheid, complexiteit van het beheer, onderlinge beïnvloeding van zulke 'single-points-of-failure'.

De verschillende, bestaande en toekomstige structuren voor de opslag van de patiëntengegevens moeten maximaal worden gestandaardiseerd op het vlak van vertrouwelijkheid, toegankelijkheid en veiligheid van de toegangen.

eGezondheid in België omvat op dit ogenblik een veelheid aan systemen, netwerken, authentieke bronnen, verwijzingsrepertoria, gateways, basisdiensten, enz. al naargelang de specifieke doeleinden. Veel van die systemen zijn op elkaar aangesloten of zijn van elkaar afhankelijk. Door deze complexe structuur is er geen globaal en volledig overzicht.

⁴ Een kluis ('coffre-fort') is een al-dan-niet versleutelde opslagstructuur voor medische gegevens van patiënten/burgers met een gedefinieerde programmatorische toegang, gebaseerd op een afgesproken toegangsmatrix (wie mag welke informatie lezen/wijzigen/toevoegen?).

Doelstellingen

0.4.1 Vastleggen van de regels voor 'gegevensbank of kluis van e-Gezondheid'

Dit objectief definieert aan welke regels opslagstructuren moeten voldoen om in aanmerking te komen als een gegevensbank of kluis van e-Gezondheid.

Deze regels zijn bv. de permanente, veilige en uptime-garanderende toegankelijkheid van de gegevens, het volgen van de e-Gezondheid-toegangsregels, de beschikbaarheid voor alle burgers en zorgverleners, de governance, het gebruik van de gestandaardiseerde interface, encryptie van gegevens, logging, historiek, traceerbaarheid, vastleggen BCP-vereisten, e.d.

- Vastleggen van de gedetailleerde regels om als basisdienst 'kluis voor e-Gezondheid' te kunnen functioneren
- Definitie van een universele toegangslaag tot de bestaande kluizen zodat gebruikers van de kluizen (softwareleveranciers) slechts één connectie moeten ontwikkelen
- Definitie van de universele toegangslaag voor de correcte dispatching
- Analyse, in functie van de resultaten van de vorige punten, van de noodzaak om al dan niet een 'federale kluis' uit te bouwen
- Analyse om de aanwezigheid van gegevens over een persoon in een kluis te publiceren in het bestaande verwijzingsrepertorium van het eHealth-platform

0.4.2 Implementatie van de uniforme toegangslaag tot de kluizen

Dit objectief realiseert de implementatie van een uniforme interface-laag die de specifieke API's van de huidige kluizen afschermt zodat een software slechts 1, uniforme aanspreek-methode heeft.

- Implementatie van een universele toegangslaag tot de bestaande kluizen door alle kluizen
- Implementatie van de universele toegangslaag voor de correcte dispatching
- Implementatie van de publicatie van de aanwezigheid van gegevens over een persoon in het bestaande verwijzingsrepertorium van het eHealth-platform

0.5 Informatiestandaarden

Probleem

Het is wenselijk dat de verdere uitbouw van eGezondheid maximaal wordt gebaseerd op open, state-of-the-art internationale standaarden, met redelijke waarborgen op backward compatibility. Dit zal zeker het geval moeten zijn bij nieuwe projecten.

Standaarden moeten een evolutie naar de aansluiting met internationale systemen, de toegankelijkheid van de markt voor internationale softwareleveranciers en de toegang voor Belgische softwareleveranciers tot de internationale markt mogelijk maken.

Klemtone

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | | | X | X | X |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Een informatiestandaard beantwoordt de nood aan een verzameling van afspraken die er voor moeten zorgen dat de zorginformatie met de juiste kwaliteit kan worden vastgelegd, opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen (interoperabiliteit).

Dit project focust op informatiestandaarden in het domein van use cases (processen), datasets (gegevens) en communicatiestandaarden.

Deze nood is sterk aanwezig bij de procesmatige benadering van zorg, waarbij gegevens interdisciplinair worden uitgewisseld. Verschillende projecten zullen hiervoor nieuwe datasets nodig hebben, samen met de behoefte om het proces op te volgen. De actuele KMEHR-standaard is hiervoor niet voldoende geschikt.

We willen kunnen aansluiten bij internationale informatiestandaarden, in combinatie met een gebruik van de bestaande Belgische standaarden zoals KMEHR.

Dit zou bv. kunnen betekenen:

- Toepassen van IHE Profile and Design Principles voor de specifieke beschrijving van een praktijksituatie in de zorg. Zodat we voor een concrete situatie het vastleggen en uitwisselen van informatie beschrijven aan de hand van actoren (mensen, systemen) en transacties (welke informatie wordt wanneer uitgewisseld).
- Toepassen van HL7-FHIR voor nieuwe datasets, als uniforme definitie om alle gegevens die binnen de context van een specifiek zorgproces en de daarbij gedefinieerde use cases worden vastgelegd en/of uitgewisseld.

Dit is ook een vereiste om gegevens te kunnen uitwisselen tussen Europese landen. Buitenlandse ICT-leveranciers zijn vragende partij voor internationale informatiestandaarden. Het laat ook toe dat Belgische ICT-leveranciers vlot toegang krijgen tot internationale markten.

Daarbij hoort ook een implementatiehandleiding die het voor de leveranciers mogelijk maakt om dit daadwerkelijk in te bouwen in hun informatiesystemen.

De informatica-technische onderbouw van de projecten in het actieplan e-Gezondheid hebben in grote mate bijgedragen tot de groei en uitbreiding van e-Gezondheid.

De uitbouw van eGezondheid in België is grotendeels gebaseerd op internationale technische standaarden inzake interoperabiliteit en informatieveiligheid (XML, SOAP, ...). Op sommige vlakken maken echter inmiddels andere standaarden opgang (REST, JSON, OAuth, ...).

Verder bouwend op de bestaande situatie is eGezondheid in België qua boodschappenstructuur gebaseerd op de Belgische KmeHR-standaard. Inmiddels zijn er ook op dit vlak internationale standaarden, zoals HL7-CDA, HL7-FHIR

Het is wenselijk dat de verdere uitbouw van eGezondheid maximaal wordt gebaseerd op open, state-of-the-art internationale standaarden, met redelijke waarborgen op backward compatibility. Dit zal zeker het geval zijn bij nieuwe projecten.

In dat verband is het wenselijk dat de Belgische KmeHR-standaard evolueert naar internationale standaarden.

Dat wordt een noodzaak op internationaal vlak en is ook een vraag van de softwareleveranciers.

Ook hier kunnen best practices in andere landen, zoals Nederland met Nictiz, of internationale standaarden als voorbeeld dienen.

Een algemene randvoorwaarde voor dit project is dat vooraf de impact voor bestaande eGezondheidsdiensten wordt ingeschat en dat nieuwe technologie eventueel wordt uitgetoet in een piloot.

Doelstellingen

0.5.1 Communicatie- en berichtstandaarden

- Analyse van de wenselijke evolutie van de standaarden
- Analyse van de impact van de evolutie van de standaarden
- Analyse van supranationale aspecten

0.5.2 Analyse van de nodige aanpassingen

- Analyse van de nodige aanpassing van de architectuur en de basisdiensten
- Analyse van de nodige aanpassing van de process-flows
- Aanpassing van het organisatorisch en juridisch kader
- Inventarisatie van de impact, werklast en doorlooptijd, en inplannen van budget en mankracht voor de implementatie van de nodige aanpassingen
- een gedetailleerd overzicht over hoe lang bestaande standaarden in welke situatie ondersteund worden en wanneer de nieuwe standaarden ingevoerd en verplicht worden.

0.6 Terminologie

Probleem

De gegevensuitwisseling tussen eGezondheidssystemen vereisen gestandaardiseerde informatie-coderingen.

Klemtonen

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
| | X | | | | | X |

Project-type

| | | |
|---------|---------------------|---------------|
| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
| X | | |

Project-categorie

| | | |
|----------|----------------|-------------------------|
| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
| X | | |

Beschrijving

De hoofddoelstelling die met dit project ondersteund wordt, is **“het betekenisvol uitwisselen van gegevens tussen zorgactoren”**.

Dit project is nauw verwant met het vorige project (0.5 Informatiestandaarden) want het bepaalt de gebruikte standaarden op het vlak van data-inhoud.

Een goed uitgewerkt terminologiebeleid moet bijdragen 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 helpt ook bij de vermindering van de administratieve last door het verantwoord afleiden van informatie voor secundair gebruik (zoals facturatie, kwaliteitscontrole, wetenschappelijk onderzoek en beleidsinformatie).

In het actieplan 2019-2021 loopt dit project verder met als high-level doelstellingen

- Het uitbouwen van een operationeel coördinatie- en expertisecenter bij FOD Volksgezondheid over terminologie (o.a. SNOMED CT als centrale terminologie-standaard)
- De ondersteuning van andere projecten bij het gebruik van gecodeerde, betekenisvolle opslag van gezondheidsinformatie.

De opdracht van het terminologiecentrum bestaat erin het gebruik van terminologiestandaarden in de Belgische gezondheidszorg te definiëren, coördineren, faciliteren en stimuleren. Door middel van een gefaseerde aanpak wordt gestreefd, op lange termijn, naar een volledige implementatie van de terminologiestandaard SNOMED CT in de Belgische gezondheidszorg.

De fasering bestaat erin dat eerst de focus gelegd wordt op de tweede en derde lijn en pas in een later stadium de 1e lijn.

Voor de periode 2019-2021 gaat de prioriteit naar volgende projecten:

- Uitbreiding van de nationale release SNOMED CT: focus op de ziekenhuizen (EPD)
- LOINC (labos)

- Ondersteuning van specifieke, concrete business flows
 - Care set Kind en Gezin
 - Mult-eMediatt: arbeidsongeschiktheid

Doelstellingen

0.6.1 Uitbouw operationeel coördinatie- en expertisecenter

Deze doelstelling is gerealiseerd als

- binnen FOD Volksgezondheid een structurele cel bestaat die als primaire opdracht heeft om de terminologie-standaarden in de gezondheidszorg in België te coördineren, het beleid te bepalen en te ondersteunen;
- de cel beschikt over de nodige faciliteiten (medewerkers, budget, software-tools) om zijn opdracht te kunnen uitvoeren;
- de cel zal actief inspiratie en input uit de (internationale) industrie en zorgsectoren omarmen en onderbrengen in de nationale terminologie-bibliotheken.

0.6.2. Gevalideerde vertaling van SNOMED CT

Een toekomstig-gericht EPD is gebaseerd op een doorgedreven structurering en codificatie: op deze manier kunnen de verschillende business-processen binnen een ziekenhuis geoptimaliseerd en efficiënt geïmplementeerd worden. Deze structurering en codificatie is volledig transparant voor de gebruikers (artsen, verpleegkundigen, administratieve en logistieke medewerkers, directie en management) en om deze transparantie te bereiken, is een nuttige, gevalideerde vertaling in Nederlands en Frans van de SNOMED CT-concepten noodzakelijk.

Deze doelstelling verzekert de vertaling van de bestaande SNOMED CT-catalogoog in Nederlands en Frans van alle termen die in het Belgisch zorglandschap gevraagd zijn en gebruikt worden.

0.6.3 LOINC-subset

Deze doelstelling zorgt voor een gevalideerde en exhaustieve inventaris van de LOINC-codes die in België mogen/moeten gebruikt worden in de rapportering van labo-resultaten, zowel intra- als extra-muros. Deze inventarisatie is momenteel al bezig maar nog niet volledig.

0.6.4 Terminologie-ondersteuning

Dit objectief loopt tot het einde van het actieplan 2019-2021 en moet verzekeren dat andere projecten op een efficiënte manier beroep kunnen doen op de cel terminologie.

Daarvoor zal de cel terminologie voldoende tijd en capaciteit voorzien. De cel terminologie zal daarom op geregelde tijdstippen met de andere projecten overleggen zodat hun noden voor ondersteuning duidelijk en tijdig in kaart gebracht worden.

De cel terminologie ontwikkelt een stappenplan, gebaseerd op de noden van de andere projecten, over de verdere uitwerking van de terminologie-standaarden, o.a. over de prioriteiten tussen de verschillende aanvragers en projecten.

0.7 CobrHa Next Generation & UPPAD

Probleem

Om de toegevoegde waarde van het bestaande systeem CobrHa in proces-kwaliteit en –efficiëntie te verhogen, zijn extra functionaliteiten vereist zoals historiek, publish-and-subscribe.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| X | X | | | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Dit project heeft tot doel om een centraal register van zorginstellingen, zorgactoren en zorgverleners te implementeren en op die manier een uniforme en eenduidige toegang tot de gegevens te garanderen. Dit project zal de correctheid en consistentie van deze gegevens garanderen door de authentieke bronnen voor elk type gegeven te determineren, de input van de authentieke bronnen te verwerken en kwaliteitscontroles te doen.

CobrHa is de unieke, gegarandeerde plaats waar de meest recente en correcte informatie over zorginstellingen en zorgverleners beschikbaar is. Anders gezegd: als een gegeven in CobrHa staat, is het correct en als het niet in CobrHa staat, is het niet-geldig. Een belangrijke nood is de waarborg op correcte en actuele informatie in CoBrHa.

Het gebruik van dit bestaande systeem wordt uitgebreid door het raadplegen van de gegevens te vergemakkelijken door o.a. een publish-and-subscribe mechanisme aan te bieden.

CobrHa is een essentieel onderdeel van de optimalisatie van de administratieve stromen tussen (bestaande) authentieke bronnen: zo kunnen authentieke bronnen inschrijven op het notificatie-systeem en op basis van een ontvangen event-notificatie interne processen opstarten. Een concreet voorbeeld:

- Een arts studeert af en vraagt aan FOD Volksgezondheid een visum aan
- FOD Volksgezondheid brengt, na goedkeuring van het visum, de nieuwe arts in CobrHa
- CobrHa stuurt een notificatie over de creatie van een nieuwe arts
- RIZIV heeft ingeschreven op deze notificatie-dienst en pikt het creatie-event op
- RIZIV start zijn interne processen om een RIZIV-nummer toe te kennen
- RIZIV publiceert een update van de arts-gegevens in CobrHa, nl. voegt het RIZIV-nummer toe
- CobrHa stuurt een notificatie over de aanpassing van de arts-gegevens
- Geïnteresseerde ontvangers pikken dit event op en starten, al dan niet, een eigen verwerking (bv. aanpassing van hun gegevens)

De Vlaamse overheid heeft 2 initiatieven die hier mee een antwoord kunnen op bieden:

- Een publiek toegankelijke CobrHa-viewer (<https://publiek.departementwvg.be/CobrHa/>)
- De toepassing Sociale Kaart (<https://www.desocialekaart.be>) die verschillende gegevensbronnen met informatie over actoren in de zorg en hulpverlening combineert en visualiseert. Er is ook een mogelijkheid om informatie te laten corrigeren.

Dit project moet een unieke identificatie invoeren zodat elk atomaire eenheid (een individuele zorgverstreker, een specifieke functie op een specifieke site van een specifieke instelling, een specifieke samenwerkingsvorm (bv. wachtdienst), e.d.) uniek kan geïdentificeerd worden en er geen 'oneigenlijk' gebruik van bestaande nummeringsystemen (bv. RIZIV-nummers, e.d.) noodzakelijk is.

Belangrijk hierbij is de 'backward compatibility' zodat de bestaande systemen niet verplicht onmiddellijk moeten aanpassen.

Een sterk projectmanagement is noodzakelijk om de integratie met de erkende 'authentieke bronnen'-management te overtuigen om volgens de juiste argumenten en standaarden de gegevens via CobrHa+ aan alle relevante projecten aan te reiken.

Het proces om nieuwe authentieke bronnen te bepalen en toe te laten om gegevens in CobrHa in te brengen, bestaat al via de eHealth-governance-organen.

UPPAD verleent de individuele zorgverleners⁵ toegang tot hun persoonlijke administratieve gegevens die de verschillende overheden bevoegd voor gezondheidszorg bijhouden.

Deze centrale toegangspoort is een venster op de CobrHa-gegevens en biedt de zorgprofessional de mogelijkheid om zowel zijn persoonlijke als administratieve gegevens te raadplegen (naam, visum, erkenning, conventionering, ...).

Een volgende stap is UPPAD uitbreiden voor de zorginstellingen (ziekenhuizen, apotheken, woonzorgcentra, ...).

Het doel is dat iemand, vergelijkbaar met de individuele zorgverlener, de administratieve gegevens kan raadplegen in UPPAD maar ook aanpassen, uiteraard binnen de gedefinieerde machtigingen.

De ontwikkeling van de achterliggende applicaties valt buiten de scope van dit project maar is wel noodzakelijk om een meerwaarde te creëren en de zorginstellingen te overtuigen om effectief gebruik te maken van UPPAD.

Doelstellingen

0.7.1 Beheer van het centraal basissysteem

Dit objectief is het uitbouwen van een operationeel coördinatie- en beheerscentrum bij FOD Volksgezondheid voor het dagelijks, functioneel beheer van het CobrHa-systeem, inclusief kwaliteits- en consistentie-controles en ondersteuning voor bestaande en nieuwe authentieke bronnen bij het invullen van het CobrHa-register.

Als CobrHa als basis-databank meer en meer gebruikt zal worden, zullen er uitbreidingen en nieuwe toepassingen ervan ontstaan en gevraagd worden. Dit coördinatiecentrum zal deze aanvragen verzamelen en voorstellen voor nieuwe projecten of wijzigingen voorbereiden voor het beslissingsorgaan (Business Decision Group).

0.7.2 Historiek

Deze doelstelling voorziet

- Het bijhouden in CobrHa van alle wijzigingen aan gegevens in de CobrHa-database met extra gegevens over de wijziging zoals tijdstip van wijziging en bron van de wijziging.
- Het voorzien van specifieke opvraagfuncties zodat de situatie op een bepaald moment in de tijd kan opgevraagd worden.

⁵ Het gaat hier om de zorgberoepen opgenomen in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015.

0.7.3 Publish-and-subscribe

Dit objectief voorziet

- De mogelijkheid voor externe systemen om in te schrijven op een update-dienst van CobrHa om specifieke wijzigingen in het CobrHa-register quasi onmiddellijk te ontvangen
- De mogelijkheid voor externe systemen om, op simpele aanvraag, een volledige, meest recente lijst te krijgen van specifieke informatie in CobrHa.

0.7.4 CobrHa-nummer / Unieke identificatie

Dit objectief heeft 2 aspecten:

- Het uitwerken van de functionele analyse, de technische design en implementatie in het CobrHa-register van een uniek ID, met behoud van de bestaande compatibiliteit voor zowel de aanleverende authentieke bronnen als voor de opvragende externe systemen.
- Het uitwerken van een projectplan om het uniek-id in te voeren in alle authentieke bronnen en in de ontvangende systemen. Hierbij wordt de aanpak, de werklast en doorlooptijd in kaart gebracht. Ook de kost van het ondersteuning van de 'backward compatibility' wordt berekend. De effectieve uitvoering van dit migratie-project zit NIET in dit objectief en moet deel uitmaken van specifieke, aparte projecten.

M.a.w. deze doelstelling zorgt voor een unieke identificatie in het CobrHa-systeem maar zorgt er niet voor dat alle omliggende systemen effectief van dit CobrHa-nummer gebruik maken.

0.7.5 Administratieve vereenvoudiging

UPPAD beoogt een administratieve vereenvoudiging voor de instellingen door alle informatie en applicaties die zich nu bij verschillende overheden bevinden, via één centraal portaal beschikbaar te maken. Dit omvat volgende aspecten:

- Een inventarisatie van alle relevante gegevens die men via CobrHa in UPPAD wil tonen en van de reeds bestaande applicaties
- Een gebruiksvriendelijke en aangename look-and-feel

Hiervoor zullen een grondige business en technische analyse uitgevoerd te worden vooraleer er van start wordt gegaan met de ontwikkeling van start kan gaan. Ook zullen gebruikerstests georganiseerd worden waarna bijgestuurd wordt waar nodig.

Hoewel het ontwikkelen van applicaties buiten de scope valt van dit project, is het interessant om ook na te denken over nieuwe applicaties die een meerwaarde betekenen.

0.7.6 Eenvoudig toegang krijgen

Er wordt een systeem gekozen waarmee de gebruiker op een eenvoudige wijze toegang kan aanvragen, en waarbij toegangen gemakkelijk overgedragen kunnen worden, bv. bij personeelsswissels. Er wordt zoveel mogelijk gekeken naar reeds bestaande systemen voor gelijkaardige applicaties. Er wordt eveneens onderzocht of en hoe de bevoegde overheden toegang krijgen tot UPPAD en daarin de gegevens van een instelling kunnen raadplegen.

0.7.7 Transparante communicatie

UPPAD zal de communicatie met tussen de zorgactoren en de administraties verbeteren.

Er zal ook aandacht besteed worden aan de communicatie naar de gebruikers. De nodige documentatie zal voorzien worden.

Er zal gekeken worden hoe een gebruiker geïnformeerd kan worden over de wijzigingen die hij doorvoert, aangezien die (momenteel) niet onmiddellijk zichtbaar zijn in UPPAD.

Tot slot zal er ook een procedure worden uitgewerkt voor het stellen van vragen. Hiervoor wordt een eenvoudig online formulier ter beschikking gesteld, dat nadien naar de verantwoordelijke overheid verstuurd wordt zodat die contact kan opnemen met de gebruiker.

Voor de lancering wordt een communicatiecampagne ontwikkeld (zie cluster 1).

0.8 Strategisch onderzoek naar efficiënte samenwerkingsmodellen met externe betrokkenen

Probleem

De federale administraties, gefedereerde entiteiten, zorgverleners en organisaties actief in de zorg hebben nood aan een betere en grotere impact te hebben op de ontwikkeling van nieuwe en bijkomende functionaliteiten door de softwareleveranciers van e-Gezondheidssystemen en de softwareleveranciers willen efficiëntere financiering voor de ontwikkeling van nieuwe systemen en functionaliteiten.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | X | X | X | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

De actuele pijnpunten van de ICT-leveranciers zijn:

- gebrek aan een lange termijn visie eGezondheidsdiensten maakt het moeilijk om een investeringsstrategie uit te werken;
- de aansturing van ICT-leveranciers per project of per eGezondheidsdienst is niet werkbaar. Dit leidt tot een veelvoud van overleg en ongecoördineerde acties in relatie met andere projecten of eGezondheidsdiensten
- een niet transparante of versnipperde governance eGezondheid, waar diverse en ongecoördineerde beslissingen worden genomen zonder vooraf de impact in te schatten;
- een aanbod van steunmaatregelen, ook financieel, voor ICT-leveranciers ontbreekt;
- een Competence Center eGezondheid ontbreekt waar ICT-leveranciers een beroep kunnen op doen;
- een opleidingsaanbod, voor technische profielen, voor integratie & implementatie van eGezondheidsdiensten en basisdiensten van het eHealth-platform ontbreekt;

De actoren in de zorg zijn afhankelijk van:

- voldoende aanbod van kwalitatieve & gebruiksvriendelijke ICT-oplossingen
- en onderliggend, een continue beschikbaarheid van eGezondheidsdiensten en basisdiensten van het eHealth-platform

Grootste frustratie voor actoren in de zorg blijft ontbreken van een voldoende aanbod van kwalitatieve & gebruiksvriendelijke ICT-oplossingen. Actueel is er een aanbod, maar deze voldoet niet aan de verwachtingen wanneer gebruikt om interdisciplinair samen te werken en gegevens te delen.

Niet uitsluitend zorg- en hulpverleners hebben vorming en opleiding nodig. Ook ondernemingen actief in eGezondheid zijn op zoek naar informatie, begeleiding en advies. De mogelijkheden worden onderzocht, eventueel betalend. Dit gaat over aanbieden van begeleidingstrajecten voor de transformatie van bestaande ICT-oplossingen, aanbieden van een doorlichting van ICT-oplossingen op vlak van gebruiksvriendelijkheid, informatieveiligheid ..., coaching en advies. Een nood waar dit van toepassing is, is voor gebruik en integratie basisdiensten van het eHealth-platform.

In samenspraak met gefedereerde entiteiten gaan we na of het mogelijk is om een aanbod van financierings- en steunmaatregelen uit te werken voor ondernemingen die investeren in een aanbod van gebruiksvriendelijke software die actuele werkprocessen van actoren in de zorg ondersteunen, met een bijzondere focus op digitale gegevensdeling. Dit is een vorm van incentive voor ondernemingen actief in eGezondheid.

Doelstellingen

0.8.1 Financieringsmethodes

Deze doelstelling werkt verschillende manieren uit om via financiële ondersteuning het gebruik van de systemen en de ontwikkeling van nieuwe toepassingen en functionaliteiten op de meest efficiënte manier te ondersteunen.

Dit kan op de tot-nu-toe klassieke manier van directe financiële betaling aan de zorgverlener maar kan bv. ook door de financiering van de ontwikkeling van systemen die nadien aan voordelig tarief aan de zorgverleners ter beschikking worden gesteld

0.8.2 Samenwerking bij ontwerp van e-Gezondheidssystemen

Deze doelstelling zorgt voor een werkwijze en/of model om nieuwe systemen of functionaliteiten te ontwerpen waarbij de overheid en de betrokken softwareleveranciers (of hun vertegenwoordigers via de beroepsorganisatie(s)) samen werken.

Vragen die in deze doelstelling o.a. aangepakt worden, zijn:

- wat is een optimale taakverdeling tussen de overheid en softwareleveranciers inzake ontwikkeling van deeldiensten of componenten?
- wat is de wijze van aansturing van softwareleveranciers door de overheid?
 - vrije markt en testen ? lastenboek?
 - enkel financiering van eindgebruikers of ook rechtstreekse financiering van softwareleveranciers?

Cluster I Transversaal

1.1 Communicatie

Probleem

De externe communicatie van het actieplan en de projecten ervan heeft geen coherente strategie en plan van aanpak.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| X | | | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

In het actieplan e-Gezondheid 2013-2018 was er een project API I Communicatie maar dit kreeg niet voldoende aandacht. Nochtans is meermaals gebleken, meest recent met API0-Personal Health Viewer, dat communicatie naar de 'buitenwereld' bijzonder belangrijk is en dat een gecoördineerd plan, uitgewerkt en goedgekeurd vooraf aan de realisatie van een project, noodzakelijk is.

Dit project focust op externe communicatie, m.a.w. naar zorgactoren, zorginstellingen, organisaties in de gezondheid of de zorg, softwareontwikkelaars en de burger.

Communicatie tussen de projecten, tussen de administraties en de kabinetten is niet in-scope: dit wordt aangepakt binnen het program-governance.

Via de governance van het actieplan eGezondheid worden overheden, gefedereerde entiteiten, partners, projectleiders, administraties en de kabinetten geïnformeerd over de voortgang van de projecten. Deze communicatieacties maken geen deel uit van dit project.

De realisatie van het actieplan eGezondheid gebeurt in co-creatie. Voor de inter-federale projecten is communiceren hierover een inter-federale aangelegenheid, waarbij de betrokken partners in het project gezamenlijk communiceren en niet elk afzonderlijk.

Er is een grote behoefte aan en vraag naar meer en efficiënte communicatie rond de voordelen van het delen van patiëntengegevens en het gebruik van diverse eGezondheidsdiensten, alsook rond de verantwoordelijkheden van elkeen in het proces.

Die vraag leeft sterk bij de zorgverstrekkers, die in de vuurlijn staan om patiënten aan te moedigen maar zich te weinig communicatief ondersteund voelen.

Een dergelijke communicatie zal aan volgende aspecten moeten voldoen:

- Geen eenmalige campagne maar bij wijze van spreken een constante stroom van diverse initiatieven, via diverse kanalen.
- De bestaande kanalen en initiatieven (bv. van ziekenfondsen, ziekenhuizen, enz.) moeten zeker blijven bestaan.
- Men moet nieuwe, moderne communicatiekanalen inzetten
- De boodschap moet gaan over wat de patiënt (en zorgverleners met UPPAD) erbij te winnen heeft wanneer hij zichzelf en zijn zorgverstrekkers aanspoort om zijn gegevens te delen en meer eGezondheidsdiensten (bv. PHV, mHealth...) te gebruiken.

Doelstellingen

I.1.1 Globaal Communicatieplan

Dit objectief werkt een gedetailleerd plan uit waarin de diverse initiatieven, kanalen, boodschappen en betrokkenen worden gelijst.

Er wordt onderscheid gemaakt in verschillende doelgroepen: burgers, zorgprofessionals en softwareleveranciers.

Dit plan wordt uitgewerkt met een begeleidingscomite met vertegenwoordigers van een aantal stakeholders samen met hun eigen of externe communicatie-experten.

Dit plan beschrijft de communicatie op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau.

Dit plan wordt geïntegreerd in de project-methodiek door op verschillende momenten tijdens het project een reflectie over nodige communicatie te verplichten.

Ieder project in het actieplan eGezondheid bevat een luik communicatie, die past binnen het globale communicatieplan eGezondheid.

I.1.2 Dynamische communicatie-website

Dit objectief implementeert een dynamischere versie van de bestaande website www.plan-egezondheid.be, inclusief een heldere en gedocumenteerde beschrijving van de rollen en verantwoordelijkheden over het beheer van deze website.

I.1.2 Rapportering over externe communicatie

Het plan van objectief I.1 wordt trimestrieel herzien en gerapporteerd zodat de governance-structuren een overzicht krijgen van diverse initiatieven door de diverse groepen en via de diverse kanalen.

1.2 Programma-monitoring

Probleem

Het effectieve gebruik van opgeleverde eGezondheidssystemen door de eindgebruikers wordt onvoldoende gemeten en opgevolgd zodat bijstellingen onvoldoende gebaseerd zijn op de reële situaties in praktijk. Het mandaat en rol van het programma management (program manager, change&release manager) is onvoldoende gedetailleerd beschreven

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Dit project concentreert zich op het opvolgen van het gebruik van de opgeleverde systemen door eindgebruikers en eGezondheidsdiensten. Dit kadert in het verleggen van de focus van projecten van het opleveren van het project naar het echte doel, nl. het gebruik in de praktijk.

Dit project wil een consistente en eenduidige verzameling opbouwen van functionele gebruikersgegevens. In die zin is het complementair aan de bestaande eHealth statistieken die zich vooral richten op aantallen en hoeveelheden, op technische informatie zoals aantal boodschappen en aantal gepubliceerde documenten. De bestaande statistieken worden geëvalueerd op hun bruikbaarheid, waarbij het nut en doel ervan duidelijk zijn.

In dit project hoort ook het opzetten en gebruiken van jaarlijks terugkerende monitoring-systematieken (bijvoorbeeld gebaseerd op de Nederlandse Nictiz-aanpak), waarmee we in staat zijn om het beleid op alle vlak (software-producten, opleidingen zorgverleners, patiënt-inclusie, ...) bij te stellen, indien nodig.

In dit project ligt de klemtoon op data die een indicatie geven over de bruikbaarheid (niet het gebruik) en de toegevoegde waarde van de projecten/projecten in de praktijk.

Naast opvolgen van gebruik eGezondheidsdiensten en nagaan of projecten hun doelstellingen realiseren, is er ook nood om via een beperkt aantal kerncijfers de voortgang van het gehele actieplan eGezondheid op te volgen. Dit past binnen het tastbaar maken naar de buitenwereld van een visie en missie van eGezondheid, waar door de realisatie van projecten een bepaald meetbaar doel wordt bereikt.

Daarnaast bevestigt dit project het mandaat van de program manager in het actief sturen van het actieplan: het actieterrein van het Program management gaat over het geheel: zowel business als technisch maar ook opleiding, communicatie, operationele ondersteuning, ...

Doelstellingen

I.2.1 Bepaling gebruikscijfers

Deze doelstelling legt vast wat en hoe gemeten wordt.

- Er wordt geïnventariseerd wat er al beschikbaar is, wie deze cijfers meet, met welke frequentie en wat de exacte betekenis van de cijfers is. Ook worden de relevantie, nut en doel ervan geëvalueerd.
- Er wordt geïnventariseerd wat er nog ontbreekt om een volledig beeld te hebben, end-to-end, van het gebruik van de eGezondheidsdiensten.
- De ontbrekende schakels worden gedefinieerd en geïmplementeerd, rekening houdend met de ontwikkelingskost: er moet eerder gestreefd worden naar een rapportering over de hele ketting, dan naar een zo nauwkeurig mogelijke bepaling van een bepaald gegeven (80-20 regel).

I.2.2 Bepaling KPI's en SLA-objectieven

Deze doelstelling legt vast welke de KPI's en SLA-objectieven zijn voor de verschillende deelsystemen in de volledige ketting van eGezondheidsdiensten.

I.2.3 Organisatie van de data-verzameling en -rapportering

Deze doelstelling legt vast wat het proces en wat de rollen en verantwoordelijkheden zijn van alle betrokkenen om op frequente regelmaat de KPI's en gebruikscijfers te verzamelen en te publiceren. Onderzoeken of het gebruik van een tool een toegevoegde waarde is om de data-verzameling, verwerking en rapportering te ondersteunen.

I.2.4. Rapportering over KPI's en SLA-objectieven

Deze doelstelling zorgt voor een frequente en regelmatige rapportering (maximaal zonder manuele tussenkomst) van de afgesproken KPI's en SLA-objectieven, na onderzoek en bepaling wie welke rapportering mag zien.

I.2.5 Program management

Dit objectief beschrijft het mandaat en de beslissingsbevoegdheid van het Program Management in het actieplan e-Gezondheid 2019-2021, gerelateerd naar de verschillende betrokken organisatie en overlegstructuren.

I.2.6 Change & Release management

Dit objectief zorgt voor een gecoördineerde en eenduidige planning en communicatie naar alle betrokkenen (zorgverleners, patiënten/burgers, software leveranciers, administraties en overheden) van realisaties van het actieplan 2019-2021.

Elke 'release' in Productie van een project of een deelproject van het actieplan e-Gezondheid 2019-2021 'geofficialiseerd' door het Program Management. M.a.w. elk project moet de validatie hebben van het Program Management vooraleer een ondersteunde activatie te mogen doen.

Anderzijds biedt dit voor externe partijen (zoals software leveranciers) een duidelijkheid en een formeel aanspreekpunt over timings en officiële releases.

In deze doelstelling zit ook de gestructureerde en ad-hoc operationele communicatie naar alle betrokkenen. Dit betekent dat o.a. de bestaande TALIS-meeting gecoördineerd wordt door Change&Release Management, voor zover bevestigd door de doelstelling *1.1.1 Globaal Communicatieplan*.

I.2.7. eHealth Monitor

Het projectplan hiervoor is in opmaak en, wordt besproken op een meeting met de regio's in het kader van een cofinancieringsbespreking.

Cluster 2 Ondersteuning

2.1 Incentives

Probleem

Het verderzetten/ van de incentives voor de individuele zorgverstreker vereist een gestructureerde aanpak.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Sinds de start van het actieplan 2013-2018 krijgen bepaalde groepen van zorgverstrekkers incentives voor het gebruik van en zinvol toepassen van eGezondheid. Deze financiële incentives kunnen een federaal luik hebben evenals een luik voor de verschillende gemeenschappen en gewesten.

Deze incentives zorgden voor een aantoonbare stimulans en blijven ook in het actieplan e-Gezondheid 2019-2021 een zinnige methode om de doelstellingen te bereiken, bv om het gebruik van terminologie te stimuleren. Een bijsturing van de doelstellingen uit het vorige actieplan is aangewezen om

- meer het gebruik van de systemen te ondersteunen;
- minder de klemtoon te leggen op de beroepsgroepen maar meer op het gebruikte systeem (zodat in principe elke zorgverlener in aanmerking kan komen voor een financiële ondersteuning);

Dit betekent dat incentives veel gericht zullen worden ingezet, om specifiek (meetbaar) doel of effect te bereiken. Een logische gevolg is dat een incentive periodiek wordt geëvalueerd op zijn nut (effectiviteit) en beperkt is in de tijd. Het aanbod van incentives blijft evenwel beperkt om met beperkte middelen een maximaal effect te beogen voor effectieve realisatie doelstellingen van prioritaire projecten.

Doelstellingen

2.1.1. Bestaande incentives direct afhankelijk van het gebruik van de e-Gezondheidsdiensten

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

De volgende stap is immers evolueren van louter 'gebruik' naar 'zinnig gebruik' ('Meaningful Use'): ook de incentives moeten mee evolueren.

2.1.2 Organisatie van incentives

Momenteel worden slechts enkele beroepsgroepen in de zorgverleners ondersteund met financiële incentives. Ook in het vorige actieplan e-Gezondheid 2013-2018 was het de bedoeling om incentives te koppelen aan het gebruik van de systemen en niet aan de beroepsgroep.

De doelstelling van het vorige actieplan wordt daarom, licht aangepast, hernomen.

De doelstelling

- inventariseert de bestaande incentives en de modaliteiten ervan
- maakt een voorstel voor een aanpassing van de bestaande incentives met als dimensies o.a.
 - o detail-bedoeling
 - o duurtijd van de incentive
 - o meetmethode
 - o doelgroep

2.2 Juridisch ondersteunde gedragscode & richtlijnen over delen van persoonlijke gezondheidsgegevens

Probleem

Er bestaat geen gedragscode en richtlijnen voor goede praktijken ter ondersteuning van zorgverleners, actoren in de zorg, ICT-leveranciers en burgers.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|------------|-----------|------------------------|-------------------------|
| | | X | X | | | X |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Er is behoefte aan meer landen in Europa om gedragscodes en richtlijnen voor goede praktijken te ontwikkelen voor het delen van persoonlijke gezondheidsgegevens, bedoeld voor zorgverleners.

Deze gedragscodes & richtlijnen kunnen beoefenaars helpen adequaat te reageren op aanvragen voor secundaire gegevenstoegang en om persoonlijke gegevens te verzamelen en te delen op een manier die voldoet aan de wet, die eerlijk en transparant is en in overeenstemming is met de rechten en verwachtingen van de mensen van wie de gegevens worden gedeeld

Een bestaand voorbeeld van een gedragscode en richtlijnen bestaat in Nederland

(<https://afsprakenstelsel.medmij.nl/display/PUBLIC/MedMij+Afsprakenstelsel+release+1.0+versie+0.991>)

Een afsprakenstelsel of kader beschrijft de kern van digitale gegevensdeling in de zorg. Dit stelsel is essentieel voor het vertrouwen nodig om de digitale uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen zorggebruikers en zorgverleners te ondersteunen. Deze afsprakenstelsel zorgt voor een veilige, interoperabele en betrouwbare gegevensuitwisseling tussen netwerken voor gegevensdeling in zorg, eGezondheidsdiensten en de ICT-oplossingen van actoren in de zorg/zorggebruikers.

Het juridisch kader geeft een overzicht van de belangrijkste wet- en regelgeving die op de deelnemers in het afsprakenstelsel van toepassing is bij de uitvoering van hun activiteiten.

Het Normenkader informatiebeveiliging beschrijft de maatregelen die deelnemers minimaal dienen te treffen op het gebied van privacy en informatiebeveiliging. Deze maatregelen verminderen mogelijke risico's en komen voort uit een risicoanalyse die jaarlijks stelselbreed wordt uitgevoerd.

De governance omschrijft op welke wijze het afsprakenstelsel wordt beheerd, welke rollen daarin te onderscheiden zijn en door welke partijen deze rollen worden vervuld.

Meer informatie en een voorbeeld van een afsprakenstelsel in Nederland is raadpleegbaar op <https://afsprakenstelsel.medmij.nl>. Het opzet is dat alle betrokkenen in van e-Gezondheidsdiensten zich committeren zich aan deze afspraken.

Dit project is grotendeels het verzamelen van bestaande documentatie en informatie op een vlot toegankelijke unieke plaats (bv. website).

Doelstellingen

2.2.1 Use-cases

Via specifieke use-cases wordt een FAQ opgebouwd die het vertrouwen van zorgverleners moet verhogen over hun aansprakelijkheid/verantwoordelijkheid door het delen van medische gegevens.

De bezorgdheid van zorgverleners over hun (juridische) aansprakelijkheid/verantwoordelijkheid dreigt de kwaliteit en detailniveau van de gedeelde informatie van de medische gegevens van patiënten serieus te reduceren door een (begrijpelijke) reflex van indekken.

2.2.2 Communicatie van gedragscode

Dit objectief realiseert een zo breed mogelijke informatie en communicatie, geïnspireerd op het Nederlandse voorbeeld: <https://afsprakenstelsel.medmij.nl/>

Cluster 3 Operational Excellence

De ultieme bedoeling van al de clusters en projecten in het actieplan 2019-2021 is het gebruik in de dagelijkse realiteit. Het gebruik verwacht o.a. correcte beschikbaarheid en toereikende performantie van de toepassingen en systemen, een adequate functionele en technische ondersteuning bij het dagelijks gebruik en zeker bij incidenten en problemen. Bij digitale gegevensdeling in eGezondheid tussen verschillende systemen en ICT-oplossingen, is garanderen van interoperabiliteit een kritische succesfactor.

Het actieplan 2013-2018 legde, terecht, eerder de focus op de ontwikkeling van projecten, vaak vertrekkend van blanco, en de prioriteit was ervoor zorgen dat de projecten snel en efficiënt ontwikkeld werden.

In deze context moest er soms ingebonden worden op gebruiksvriendelijkheid en algemene onderhoudbaarheid van de opgeleverde systemen.

Ondertussen is het volledige terrein van e-Gezondheid significant gegroeid in maturiteit, is e-Gezondheid niet meer weg te denken en is het een essentiële factor geworden in de gezondheidszorg.

Het is dan ook het uitgelezen en noodzakelijke moment om de algemene bruikbaarheid van de bestaande (en nieuw te ontwikkelen) systemen te verbeteren en een veel grotere zichtbaarheid en belang te geven.

Daarom wordt een aparte cluster gedefinieerd voor 'Operational Excellence'.

Operational Excellence is de gangbare benaming die verschillende aspecten verzamelt die betrekking hebben op het gebruik in de praktijk. Het betreft o.a. support, proactieve maintenance, beschikbaarheid, performance, kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid.

- Support

Door de grote verscheidenheid aan diensten, maar tevens ook van aanbieders van de diensten, is het niet altijd duidelijk waar je als gebruiker moet zijn met je vragen, opmerkingen, klachten. Dat de zorgverstrekker het merendeel van de eGezondheidsdiensten aangeboden krijgt en gebruikt via het EPD of EMD, betekent daarom niet dat de pakketleverancier het aangewezen contact is voor alle aspecten van eGezondheid. De ondersteuning van de verschillende eGezondheidsdiensten via een centrale helpdesk en het voorzien van de nodige financiële middelen hiervoor is een noodzaak die iedere zorgverstrekker, iedere leverancier van pakketten en iedere leverancier van eGezondheidsdiensten als noodzakelijk acht.

- Proactieve maintenance

Welke maintenance men ook wil ondersteunen, er zal structurele ruimte voorzien moeten worden. Het releaseplan, dat eindelijk zal moeten opgemaakt worden, zal hiermee rekening mee moeten houden.

Een releaseplan is meer dan een opsomming van nieuwe functionaliteiten en een datum. Een releaseplan moet bij alle actoren gecheckt worden op haalbaarheid. Een releaseplan dat aan alle actoren de nodige tijd geeft, is de basis van 2 andere elementen die in het lijstje Operational Excellence staan, namelijk kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid.

- Beschikbaarheid en performance

De beschikbaarheid en antwoordtijden van e-Gezondheidssystemen kunnen/moeten verbeteren en constanter worden. De perceptie hierover is alleszins niet goed.

Bij dit alles moet zowel worden voldaan aan de behoeften van individuele eindgebruikers of kleinere zorginstellingen zonder ICT-kennis als aan de behoeften van grotere zorginstellingen met een ICT-afdeling en software leveranciers. Beide groepen wensen business continuity en transparantie bij interventies en problemen, aangevuld met een gegarandeerde interoperabiliteit bij gegevensdeling tussen ICT-oplossingen

De eerste groep wenst daarenboven

- beschikbare en performante eindgebruikerstoepassingen
- een geïntegreerde dienstverlening, vanuit één omgeving, met single-sign-on
- afgestemd op hun behoeften
- functionele ondersteuning en vorming
- één functionele helpdesk

De grotere zorginstellingen met ICT-afdeling & softwareleveranciers wensen

- testomgevingen
- beschikbare en performante webservices
- functionele en technische ondersteuning en vorming
- duidelijke taakverdeling tussen helpdesks

3.1 Basisarchitectuur

Probleem

De basisarchitectuur van de eGezondheidstoepassingen is 10 jaar geleden uitgewerkt. Het is wenselijk om de architectuurkeuzes te evalueren en, zo nodig, bij te sturen. Gezorgd moet worden voor een architectuur die, rekening houdend met contextbeperkingen, de behoeften van de stakeholders optimaal ondersteunt

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|----------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Het eGezondheidslandschap in België bestaat uit een veelvoud van systemen zoals diverse netwerken voor gegevensdeling, bronnen met informatie, verwijzingsrepertoria, gateways en basisdiensten, en allen met een specifieke finaliteit. En vele van deze systemen zijn verbonden met elkaar of afhankelijk van elkaar. Een complex kluwen waar actueel geen overzicht van bestaat. ICT-leveranciers, en ook aanbieders van de diverse systemen zijn vragende partij om de architectuur eGezondheid in kaart te brengen en zo transparantie te geven over de werking ervan. De patiënt heeft het recht om te weten welke systemen gegevens bewaren of delen met andere systemen. Projecten binnen dit actieplan die nieuwe systemen opzetten, zoals nieuwe bronnen voor informatieopslag, moet passen binnen deze architectuur eGezondheid.

In het ecosysteem eGezondheid zijn er momenteel heel wat plaatsen waar gegevens over zorgzoekende opgeslagen worden. Zo zijn er 3 kluizen van eGezondheid (Vitalink, Intermed en BruSafe(+)). Daarnaast zijn er BelRai, Recip-e, registers (Qermid, Orthoprime, ...), federale systemen zoals Orgadon en Wilsbeschikking. Het is van groot belang dat goed wordt vastgelegd welke gegevens worden opgeslagen in welke authentieke bron en dat redundante opslag maximaal kan worden vermeden.

ICT-leveranciers willen één methode, één integratie eGezondheid in plaats van een integratie te onderhouden met ieder systeem afzonderlijk. Verschillende oplossingen zijn mogelijk, maar moeten eerst onderzocht worden.

Vragen die hierbij kunnen worden gesteld, zijn

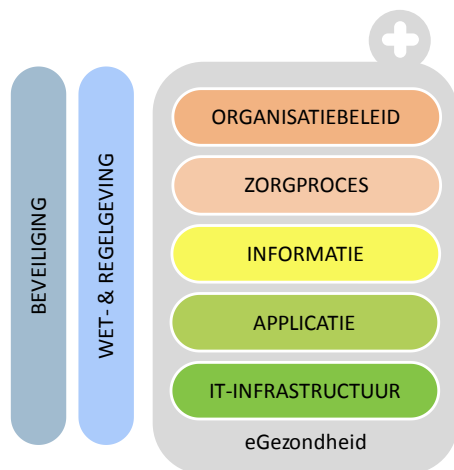
- wordt de bestaande opdeling in deelsystemen behouden, of wordt op bepaalde domeinen meer geconsolideerd, bv. op het vlak van
 - datacenters en ICT-infrastructuur
 - authentieke bronnen bij overheid (CobrHa, SAM, ...)

- gezondheidskluizen
- informatiesystemen van bepaalde gelijkaardige stakeholders
- wordt geëvolueerd naar een veilige community cloud van en voor zorgverleners en zorginstellingen ?
- wordt gekozen voor thin clients of voor fat clients?
- wordt geëvolueerd naar een open catalogoog van open, herbruikbare componenten?

De architectuur zou in kaart moeten worden gebracht en er zou duidelijkheid moeten komen over de werking ervan. Een patiënt heeft het recht om te weten waar zijn gegevens worden opgeslagen. Welk systeem verwerkt welke informatie over wie? Er bestaat een verwijzingsrepertorium voor de hubs en de kluizen maar zou dit moeten worden uitgebreid tot de andere systemen?

Dit is trouwens een belangrijke boodschap van de IT- en softwareleveranciers. Indien een eenmalige integratie in de eGezondheid niet rechtstreeks mogelijk is (met als gateway een universele verbindings- en toegangslaag) in de plaats van een integratie in elk systeem, moet er minstens gezorgd worden voor interoperabiliteit.

Buitenlandse modellen zoals het 5-lagenmodel van Nederland kunnen als inspiratiebron dienen voor een gemeenschappelijke basisarchitectuur eGezondheid.



Doelstellingen

Dit zal besproken worden besproken op de relevante strategische organen en, waar nodig, zal een plan van aanpak worden opgesteld.

3.2 SLA's en Service Management

Probleem

De eGezondheidsdiensten moeten permanent en performant beschikbaar zijn. Dit geldt zowel voor eindgebruikerstoepassingen en als voor de onderscheiden deelsystemen en –diensten.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Service Management is de omvattende term voor het beheer van de operationele e-Gezondheidssystemen en de rapportering erover aan alle betrokkenen.

Service Management bevat o.a.

- service level agreement (SLA)
 - o over beschikbaarheid en performantie
 - o zoveel mogelijk end-to-end
- het wegwerken van single-point-of-failure (SPOF) in elke omgeving (bv derde cold-stand-by data center eHealth-platform)
- end-to-end monitoring
- centrale dashboards en supervisie
- incidentbeheer
- probleembeheer
- capaciteitsplanning
- een openbare release- & interventiekalender, met aandacht voor volledigheid

Doelstellingen

3.2.1 Scope van Service Management e-Gezondheid

Deze doelstelling maakt een gedetailleerde scope-beschrijving van de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen in het operationeel beheer van e-Gezondheidssystemen.

3.2.2 Organisatie en uitvoering van Service Management

Deze doelstelling realiseert het Service Management e-Gezondheid.

3.3 Business continuity

Probleem

Zelfs indien er interventies worden uitgevoerd op of incidenten voordoen met onderdelen van het eGezondheidssysteem, moeten de zorgverstrekkers en zorginstellingen minimale functionaliteiten ter beschikking hebben. De continuïteit van hun basiswerking moet worden gewaarborgd door business continuity procedures (BCPs).

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

De e-Gezondheidssystemen worden ondertussen meer en meer essentiële schakels in de gezondheidszorg. De permanente beschikbaarheid van deze systemen is dus absoluut noodzakelijk. Bij de ontwikkeling van eGezondheidssystemen moet veel aandacht gegeven worden aan het verzekeren van de beschikbaarheid ervan.

Toch is een falen, geheel of gedeeltelijk, van de systemen niet volledig uit te sluiten. Daarom moeten er BCPs uitgewerkt én regelmatig getest worden zodat er updates aan het plan kunnen gebeuren.

Deze BCPs moeten voor alle (eind)gebruikers van diensten van e-Gezondheid beschrijven welke alternatieven gebruikt moeten/kunnen worden om de onbeschikbaarheid van e-Gezondheidssystemen op te vangen.

Het activeren van deze alternatieven moet maximaal rekening houden met het minimaal informatieveiligheidsniveau en de overeengekomen basisprincipes.

De BCPs bevatten ook de processen die de BCPs activeren en, na het oplossen van de onbeschikbaarheid, het terug deactiveren van het BCP en de terugkeer naar de 'gewone' werkwijzen.

BCPs worden achtereenvolgens uitgewerkt voor de onderscheiden soorten eindgebruikers, zoals apothekers, huisartsen, thuisverpleegkundigen en ziekenhuizen.

Daarbij worden

- de minimale functionele behoeften vastgelegd in overleg met vertegenwoordigers van de betrokken soort van eindgebruikers
- de single points of failure (SPOF) over omgevingen heen zoveel mogelijk weggewerkt (voor elke cruciale component is er een alternatief in een andere omgeving)
- een implementatieplan uitgewerkt met iteraties
- over de BCPs gecommuniceerd via een website

- een vorming voorzien omtrent de BCPs via éénlijn, e-Santé Wallonie en de eHealth Academy
- geleidelijk een geïntegreerde dashboard uitgebouwd over de status van de onderscheiden diensten (beschikbaarheid, performantie)
- feedbackmechanismen geïmplementeerd over het effectief gebruik van de BCPs

Een vereiste is dat alle eGezondheidsdiensten en het eHealth-platform transparantie verlenen welke beschikbaarheid ze nastreven om bij onbeschikbaarheid snel een minimale dienstverlening te voorzien en hoe ze hierover communiceren.

Doelstellingen

3.3.1 Uitwerken van BCPs

Deze doelstelling werkt in detail de BCP's uit voor de verschillende processen die gebruik maken van eGezondheidssystemen voor de vermelde doelgroepen.

Deze doelstelling beschrijft hoe de processen aangepast worden bij onbeschikbaarheid én ontwikkelt, indien nodig, de nodige tools (website, formulieren, offline registratie-middelen, ...).

Deze doelstelling beschrijft ook hoe het plan geactiveerd wordt, hoe tijdens de BC-situatie gecoördineerd en gecommuniceerd wordt en hoe het plan terug gedeactiveerd wordt.

Deze doelstelling bekijkt enkel de functionele eGezondheidssystemen en zorgt dus NIET bezig met de BCP van de onderliggende ICT-systemen (IT-infrastructuur), die de onbeschikbaarheid van de eGezondheidssystemen (kunnen) veroorzaken.

3.3.2 Testen van de BCP's van eGezondheid

Deze doelstelling organiseert een gecontroleerde test in de praktijk van het BCP zodat enerzijds alle betrokkenen getraind worden én zodat onvolkomenheden in het plan gevonden en aangepast kunnen worden. Een dergelijke test moet minstens 1x per jaar gebeuren.

3.3.3 Communicatie & opleiding van de BCP's van eGezondheid

Deze doelstelling zorgt voor een expliciete opleiding en communicatie voor alle gebruikers van e-Gezondheidssystemen van het BCP.

In deze doelstelling is een grote rol voor vormingsorganisaties zoals éénlijn, e-Santé Wallonie, en eHealth Academy

3.4 Documentatie, help desk & support

Probleem

Diverse aanbieders van deeldiensten stellen weliswaar uitgebreide documentatie ter beschikking, maar voor de onderscheiden stakeholders is die niet steeds gemakkelijk vindbaar en duidelijk. Diverse stakeholders klagen over het gebrek aan een single point of contact (SPOC) inzake help desk en support. Een overzicht behouden van vorming en opleiding aan zorg- en hulpverleners is moeilijk, en daarnaast zijn ICT-leveranciers op zoek naar informatie, begeleiding en advies over integratie en gebruik eGezondheidsdiensten.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Bij problemen met of vragen over gebruik van eGezondheidsdiensten geïntegreerd in ICT-oplossingen nemen zorg- en hulpverleners eerst contact op met hun ICT-leverancier. Deze ICT-leveranciers hebben nood aan ondersteuning van eGezondheidsdiensten om op een vlotte en adequate manier problemen op te lossen. Belangrijk is vooraf goed kunnen analyseren waar een bepaald probleem zich stelt en wie verantwoordelijk is om een oplossing te realiseren. Bij een probleem waarbij meerdere eGezondheidsdiensten of partners zijn betrokken, bestaat de noodzaak vooral in het coördineren van het realiseren van een oplossing. Dit betekent ook de nodige transparantie bieden in welke ondersteuning elke eGezondheidsdienst op zich voorziet.

Afspraken worden gemaakt inzake de geïntegreerde terbeschikkingstelling, over aanbieders heen, van duidelijke, goed vindbare documentatie. De documentatie wordt geïntegreerd beschikbaar gesteld op het eGezondheidsportaal. Ze wordt aangeleverd door elke dienst-aanbieder, zo nuttig op verschillende niveaus van detail en op basis van gemeenschappelijk begrippenkader.

De organisatie van de helpdesk en support voor eindgebruikers is de verantwoordelijkheid van de softwareleveranciers, desgewenst bijgestaan door de eerstelijnsupport-diensten. Voor authentieke bronnen en nieuwe diensten met toegevoegde waarde organiseert de aanbieders van de dienst de helpdesk en support. De helpdesk en de support van het eHealth-platform richt zich op softwarehuizen, ICT-afdelingen en aanbieders van diensten met toegevoegde waarde.

De efficiënte organisatie van de operationele ondersteuning van eindgebruikers bij het gebruik van de systemen, omvat ook tools zoals een centrale detail-status overzicht van de verschillende subsystemen (availability & performantie).

Een element van de ondersteuning van de eindgebruikers is 'support aan eerstelijnsupport'. Dit betekent dat de eerstelijnsupport-diensten bij de softwareleveranciers zeer gemakkelijk toegang moeten hebben tot deze monitoring-mogelijkheden zodat zij sneller aan de eindgebruiker kunnen uitleggen wat er aan de hand is.

Doelstellingen

3.4.1 Organisatie van support aan eindgebruikers

Deze doelstelling beschrijft op welke manier vragen en incidenten/problemen van eindgebruikers van eGezondheidssystemen opgelost en/of geëscaleerd worden.

Deze doelstelling omvat ook de ontwikkeling van de nodige tooling zoals status-dashboard e.d.

3.4.2. Organisatie van support aan softwareontwikkelaars

Deze doelstelling beschrijft op welke manier vragen en incidenten/problemen van softwareontwikkelaars van eGezondheidssystemen opgelost en/of geëscaleerd worden.

Deze doelstelling omvat ook de ontwikkeling van de nodige tooling zoals integratie-API's met het status-dashboard e.d.

3.5 Testomgevingen: omgevingen, flows, processen, data

Probleem

De afgelopen jaren zijn verschillende initiatieven gestart en operationeel gemaakt om de verschillende aspecten van de ontwikkeling en gebruik van eGezondheidssystemen te testen en te valideren, zoals

- validatie van Kmehr-berichten (Kmehr)
- minilabs georganiseerd door het eHealth-platform met het oog op homologatie/certificatie van softwarepakketten
- minilabs met regionale kluizen
- minilabs met MyCaret

Er is echter nood aan geïntegreerde testomgeving voor de softwareleveranciers, de ICT-afdelingen van zorginstellingen en de ontwikkelaars van diensten met toegevoegde waarde.

Een dergelijk landelijke technische infrastructuur voor ICT-leveranciers om gebruik van meerdere eGezondheidsdiensten in een proces in hun ICT-oplossing te testen ontbreekt, samen met de mogelijkheid om op zelfstandige basis te testen hoe interoperabel de gegevensdeling verloopt met andere ICT-oplossingen. We kunnen deze technische infrastructuur best omschrijven als een interoperabiliteitslabo. Dit labo is een inherent onderdeel van een kwalificatiecentrum (zie 3.6), die dit labo als een dienstverlening aanbiedt.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

De bedoeling van dit project is de beschikbaarstelling en documentatie van

- geïntegreerde testomgevingen door
 - het eHealth-platform voor de basisdiensten
 - elke aanbieder van extern gebruikte diensten (bv FOD BOSA, Rijksregister) voor deze diensten
 - elke aanbieder van een authentieke bron voor de ontsluiting van de authentieke bron
- gecoördineerde testdatasets

Aldus moet worden een gestructureerde en evoluerende testfaciliteit beschikbaar zijn, mede georganiseerd door de industrie, zodat de softwareleveranciers, de ICT-afdelingen van zorginstellingen en de ontwikkelaars van diensten met toegevoegde waarde reële end-to-end testen kunnen doen.

Connectatons zullen verder worden georganiseerd voor wederzijdse bijstand.

De opdracht van de overheid in dit project is om een operationele integratie van bestaande en nieuwe systemen voor gegevensdeling in de softwarepakketten te faciliteren.

Prioriteit voor dit project kan zijn om de doelstellingen van het project VIDIS te realiseren. Bij VIDIS is het belangrijk dat ICT-oplossingen interoperabel zijn in het delen van het medicatieschema.

Doelstellingen

3.5.1 Uitbouw van een landelijk interoperabiliteitslabo

Deze doelstelling levert een permanent beschikbare testfaciliteit waar ontwikkelaars van eGezondheidssystemen en ICT-leveranciers in het domein eGezondheid, in verschillende stadia van de ontwikkeling (systeem-test, integratie-test, acceptatie-test, validatie-test, load-testen, BCP-test, ...), de systemen en eGezondheidsdiensten afzonderlijk of in een proces met andere eGezondheidsdiensten en basisdiensten van het eHealth-platform kunnen testen.

Hiervoor zijn er naast de ICT-infrastructuur en alle betrokken systemen (eGezondheidssystemen, applicaties van Rijksregister of FOD BOSA, kluizen, hubs, zorgverleners-software, ziekenhuissoftware, ...) ook voorspelbare testdatasets en opvolgingstools noodzakelijk.

3.5.2 Ondersteuning van softwareontwikkelaars

Deze doelstelling bundelt de activiteiten die softwareontwikkelaars ondersteunen zoals

- toelichting bij specs
- voorbeeld-applicaties
- duidelijke, goed vindbare documentatie
 - aangeleverd door service owner van elke dienst, op verschillende niveaus van detail
 - op basis van gemeenschappelijk begrippenkader

3.5.3 Het gebruiken van Gazelle van IHE

Op dit moment kan Brusafe+ projecten verbinden met onze server via de vastgelegde online beschikbare tools:

- Online cookbook of een handleiding voor projectontwikkelaars om alle specificaties voor Brusafe+ te implementeren: <https://doc.brusafe.be>
- Open-source testplatform dat <https://gazelle.ehealth.brussels> wordt genoemd en waarmee ontwikkelaars hun verzonden documenten en hun verbinding kunnen volgen.
- Een toegang tot het open-sourceforum om zich te laten inspireren door de bestaande verbindingcodes van de vorige ontwikkelingen.

Deze projectathon is één stap in het volledige testproces vanaf een prototype of een bètaversie in een omgeving voorafgaand aan het proefproject tot de echte wereld. Dezelfde testomgeving ondersteunt elke stap van het testproces, georganiseerd als een face-to-face gebeurtenis of een virtuele test.

3.6 Kwaliteit van gezondheidssoftware

Probleem

Om de kwaliteit van commerciële gezondheidssoftware te verzekeren is er behoefte aan expliciete en duidelijke kwaliteitsindicatoren en validatie ervan.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Zorgverleners en burgers willen ondersteund worden in het kunnen beoordelen of een ICT-oplossing, app, website of toestellen in het domein van eGezondheid “goed” is. Hiervoor moeten we kunnen evalueren, waarbij de aanbieder via een zelfevaluatie-instrument de nodige informatie aanlevert die een duidelijk beeld vormt over de “kwaliteit” van het aangeboden product. De resultaten zijn herbruikbaar in andere processen die de toegang tot een productie-omgeving behoorden of in het kader van een periodieke formele validatie/homologatie/certificatie van producten/diensten in het domein van eGezondheid.

In het actieplan 2013-2018 zijn er al heel wat activiteiten geweest rond de validatie, homologatie, accreditatie van commerciële gezondheidssoftware, voornamelijk in het gebruik door 1^e-lijn zorgverleners, zoals huisartsen, tandartsen Deze activiteiten waren vooral gericht op het correct gebruik van de eHealth-basisdiensten en interoperabiliteit van de data.

De bedoeling van dit project is een ruime kwaliteits-indicatie van de commerciële gezondheidssoftware, niet enkel over de correctheid van de gebruikte data maar ook over de gebruiksvriendelijkheid, ‘supportability’ (de mate waarin problemen kunnen gedetecteerd en geremedieerd worden, zoals logs, software-updates zonder downtime, reproduceerbaarheid van problemen, beschikbaarheid van een ‘test-modus’, ...), licentie-politiek ...

De noemer ‘commerciële gezondheidssoftware’ is zeer ruim en bv. ook mobile apps, al dan niet gekoppeld aan medische devices, vallen hieronder.

Er zullen nieuwe systemen voor gegevensdeling ontwikkeld worden, bv. in het kader van multidisciplinair werken. Dergelijke systemen voor gegevensdeling bereiken maar hun doelstellingen wanneer deze gebruikt worden door een kritische massa van de betrokken zorgverleners.

Om de zorg- en hulpverleners deze systemen effectief te laten gebruiken, is er nood aan een single-sign-on oplossing (bij voorkeur volledige integratie in de softwarepakketten) met 100% interoperabiliteit.

De opdracht van de overheid in dit project is om een operationele integratie van bestaande en nieuwe systemen voor gegevensdeling in de softwarepakketten te faciliteren.

ICT-leveranciers zijn vragende partij voor een landelijke kwalificatiecentrum. Dit centrum biedt ICT-leveranciers de mogelijkheid om hun ICT-oplossingen (software) te laten toetsen op de correcte implementatie van standaarden (in den brede zin), richtlijnen en afspraken (bv. minimale normen).

De ICT-leverancier verwacht dat hij aan de hand van een kwalificatietool, zelfstandig kan toetsen of zijn ICT-oplossing voldoet aan de inhoudelijke eisen uit de standaarden, richtlijnen en afspraken. Handig is dat de kwalificatietool 24/7 beschikbaar is voor ICT-leveranciers en het gebruik van de kwalificatietool is kosteloos is. De ICT-leverancier kan kwalificatierondes zelf plannen en afhandelen. Kwalificatie moet laagdrempelig en transparant zijn. Er moeten meerdere kwalificaties tegelijkertijd kunnen plaatsvinden. Het uitvoeren van een formele validatie/homologatie/registratie zal niet langer kosteloos zijn voor de ICT-leverancier. Ook laten beoordelen/interpreteren van de antwoorden op vragen uit de kwalificatietool (self-assessment) en ze evalueren t.o.v. bepaalde referentiekaders, zal een betalende dienstverlening zijn. Een audit laten uitvoeren om na te gaan in welke mate een self-assessment correct werd uitgevoerd, behoort tot de betalende diensten.

Het kwalificatiecentrum kan extra services bieden:

- Begeleiding en support door experts (al dan niet betalend);
- Inzicht in de verstuurd berichten/documenten en validatieresultaten;
- De mogelijkheid om zichzelf te bevragen en berichten naar zichzelf te sturen.

Het kwalificatiecentrum is afhankelijk van een landelijke technische infrastructuur, interoperabiliteitslabo, om hun diensten te kunnen aanbieden. Het project die dit realiseert is beschreven in 3.5.

Het basisprincipe van dit project is dat de overheid zelf geen homologaties zal uitvoeren maar vooral een platform zal organiseren waarop zorgverstrekkers geïnformeerd worden over de mate waarin gezondheidssoftware voldoet aan vastgelegde criteria.

De overheid zal vastleggen welke de minimale criteria zijn, vooral op het vlak van interoperabiliteit, andere criteria zoals gebruiksvriendelijkheid, zullen door de gebruikers zelf (bv. via hun beroepsorganisaties) vastgelegd en gevalideerd worden.

De leveranciers van commerciële gezondheidssoftware zullen zelf de validaties aan de verschillende criteria moeten aantonen, door beroep te doen op controle-organisaties die op hun beurt door de overheid en eindgebruikers gecontroleerd worden.

Doelstellingen

3.6.1 Aanbieden van een kwalificatietool

Om de ICT-leveranciers te ondersteunen in het proces van integreren en controleren kwaliteit is een tool nodig. Deze tool is een website die ICT-leverancier stap voor stap (Prepare (voorbereiding), Design & Build en Test & Go Live) begeleid naar het uiteindelijk bekomen van een formele validatie/homologatie/registratie. We baseren wat reeds internationaal bestaat.

3.6.2 Aanbieden en periodiek actualiseren van een zelfevaluatie

We bouwen voor op het best-practices. Het doel is dit te verwerken in het federale concept van de validatiepiramide. De kwalificatietool ondersteunt dit proces. Uitgangspunt van het evaluatieproces is een zelfevaluatie, uit te voeren door de ICT-leveranciers zelf.

3.6.3 Organisatie van de kwaliteitscontrole

Deze doelstelling legt de organisatie en verantwoordelijkheden van elke partij vast bij de kwalificatie van commerciële gezondheidssoftware:

- welke partijen zijn betrokken?
- welke rol heeft elke partij?
 - o wie test?
 - o wie valideert?
- wat zijn de process-flows?
- wat is de governance?

- wat is de (financiële) impact van de kwaliteits-indicaties?
 - o voor de zorgverstrekker?
 - o voor de leverancier van de gezondheidssoftware?
 - o voor de overheid?
- wat is de geldigheidsduur?
- wat gebeurt met de bestaande kwalificaties bij nieuwe versies
 - o van de commerciële gezondheidssoftware?
 - o van een overheids-systeem?
- ...

3.6.4 Kwaliteits-indicators

Deze doelstelling implementeert wat in de vorige doelstelling uitgewerkt is.

De doelstelling is gerealiseerd als minstens 1 commerciële gezondheidssoftware (bv. huisarts-pakket) het hele proces doorlopen heeft.

3.7 Opleiding & vorming

Probleem

Een overzicht behouden van vorming en opleiding aan zorg- en hulpverleners is moeilijk, en daarnaast zijn ICT-leveranciers op zoek naar informatie, begeleiding en advies over integratie en gebruik eGezondheidsdiensten.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | | X |

Beschrijving

De gefedereerde entiteiten bieden via partners vorming en opleiding aan, zodat zorg- en hulpverleners in de dagelijkse praktijk eGezondheid gaan toepassen. Ze doen dit voor specifieke projecten van de gefedereerde entiteiten, maar ook voor projecten van de federale overheid. Er is geen nood om deze aanpak te wijzigen, wel een nood om het overzicht te behouden in het aanbod van vorming en opleiding.

Niet uitsluitend zorg- en hulpverleners hebben vorming en opleiding nodig. Ook ondernemingen actief in eGezondheid zijn op zoek naar informatie, begeleiding en advies.

Doelstellingen

3.7.1. Ondersteuning van zorg- en hulpverleners en organisaties in de zorg

e-Health Academy

In het Brusselse Gewest is er de e-Health Academy (www.ehealthacademy.be) initiatief. Daar kan men alle opleidingen om de zorgverstrekkers te helpen om e-gezondheid beter te begrijpen terugvinden.

éénlijn.be (VIVEL in de toekomst)

éénlijn.be is de partner in Vlaanderen die via informatie- en opleidingssessies, webinars, e-learning en een hulplijn zorgverstrekkers aanmoedigt en ondersteunt, teneinde de samenwerking in de eerste lijn te bevorderen.

e-santewallonie.be

Dit is het initiatief in Wallonië die opleiding en ondersteuning verleent aan zorgverleners.

3.7.2. Ondersteuning van ICT-leveranciers

In samenspraak met de gefedereerde entiteiten onderzoeken we de mogelijkheden voor coaching en vorming in eGezondheid voor ondernemingen actief in eGezondheid.

Dit gaat over bijvoorbeeld aanbieden van begeleidingstrajecten voor de transformatie van bestaande ICT-oplossingen, aanbieden van een doorlichting van ICT-oplossingen op vlak van gebruiksvriendelijkheid, informatieveiligheid ..., coaching en advies. Dat kan gebeuren door private partners, nu reeds actief in het domein van coaching en vorming. Zij werken hiervoor samen met het eHealth-platform die experten ter beschikking stelt om kennis en expertise te delen

3.8 Administratieve werklastverlaging bij zorgactoren in e-Gezondheid

Probleem

Zorgverleners en zorginstellingen hebben een groeiende rapporteringsdruk die niet geoptimaliseerd is.

Klemtonen

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
| | | X | X | | X | |

Project-type

| | | |
|----------|---------------------|---------------|
| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
| X | | |

Project-categorie

| | | |
|----------|----------------|-------------------------|
| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
| X | | |

Beschrijving

De acceptatie van eGezondheidsdiensten door de zorgverleners en zorginstellingen wordt bemoeilijkt door de toegenomen rapporteringseisen van de overheidsdiensten.

Dit project vertrekt van het standpunt van de gebruikers (in een 1^e plaats de individuele zorgverstrekker buiten de context van een zorginstelling), inventariseert en optimaliseert de bestaande rapporteringsdruk.

Het project zoekt ook naar een betere transparantie en feedback over de verzamelde rapportering terug naar de aanleverende zorgverlener, m.a.w. manieren om de rapportering toegevoegde waarde te laten creëren voor de aanleverende zorgverlener.

Doelstellingen

3.8.1 Inventaris van de rapportering

Deze doelstelling maakt een gedetailleerd overzicht van de gevraagde rapportering per type zorgverlener en de impact ervan (werklast, financiële gevolgen, ...) op de aanleverende zorgverlener.

3.8.2 Optimalisatie

Deze doelstelling stelt optimalisaties aan de rapportering voor én aan de feedback naar de aanleverende zorgverlener.

Cluster 4 Zorgverstrekkers en zorginstellingen

4.1 Multidisciplinaire informatie-uitwisseling

Probleem

Een werkende uitwisseling tussen zorgverleners en zorginstellingen is nog steeds niet operationeel.

Klemtonen

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
| | X | | | X | | X |

Project-type

| | | |
|---------|---------------------|---------------|
| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
| | X | |

Project-categorie

| | | |
|----------|----------------|-------------------------|
| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
| X | | |

Beschrijving

Dit project is cruciaal in de volgende fase van het e-Gezondheidsplan: het project moet ervoor zorgen dat er tussen zorgverstrekkers, zowel van dezelfde beroepsgroep als van verschillende beroepsgroepen, patiënt-informatie kan uitgewisseld worden op een digitale manier. De noodzaak is o.a. zeer duidelijk bij de zorg voor chronisch zieken en in het kader van geïntegreerde zorg.

Een dergelijke uitwisseling draagt ook bij tot het vermijden van dubbele, dure onderzoeken.

In het actieplan 2013-2018 was dit opgenomen als AP06.

Dit project vertrekt van de beschikbaarheid van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) voor alle betrokken beroepsgroepen (de zogenaamde KB78-zorgverleners). Een aantal beroepsgroepen hebben dit al (artsen, apothekers, verpleegkundigen, tandartsen, kiné's, ...) maar voor de andere moet dit nog vastgelegd worden. Deze definitie zal de verschillende informatie-blokken beschrijven die in een EPD moeten opgenomen worden om gegevens te kunnen delen met andere zorgverleners.

Een volgende stap is het ontwerpen en implementeren van een uitwisselings-stramien: het is immers zo dat, onafhankelijk van welke data tussen welke zorgverleners uitgewisseld worden, er een vast patroon en activiteiten zijn (o.a. invullen gegevens, publiceren gegevens, opslag van gegevens in een beveiligde opslagstructuur, opvragen van gegevens, aanpassen van gegevens, toegangsregels). In een specifieke doelstelling van het project wordt voor elk van de generieke stappen een inventaris van rollen en verantwoordelijkheden opgesteld (incl. softwarepakket-ontwikkelaars).

Daarna worden de informatie-blokken uitgewerkt, deze informatie-blokken worden **Care-Sets** genoemd.

De manier waarop de informatie-blokken informatica-technisch opgebouwd worden, is afhankelijk van de keuzes in project 0.5 *Informatie-standaarden* en van de mogelijkheid om reeds bestaande structuren in het buitenland te gebruiken (bv. Clinical Building Blocks van NICTIZ, FHIR van HL7 of CDA/XDS van IHE).

De Care-Sets worden ook beschikbaar voor de patiënt (enkel raadplegen) via project 5.1 *Persoonlijk gezondheidsportaal*.

Doelstellingen

4.1.1 Definiëren van de EPD's voor alle zorgberoepen

Deze doelstelling beschrijft de verschillende informatie-blokken die in een EPD moeten opgenomen worden om gegevens te kunnen delen met andere zorgverleners, (o.a. patiënt-administratieve gegevens die voor alle zorgberoepen identiek zijn).

Deze doelstelling inventariseert ook alle informatiestromen per zorgberoep waar het zorgberoep initiator of finale bestemming is van gedeelde informatie: immers voor elk van deze flows moet minstens één informatie-blok voor het zorgberoep beschikbaar zijn.

Voorbeelden en mogelijke referenties hiervan zijn:

- de processen die Nederland heeft gedefinieerd in het kader van een FHIR Implementatie. (https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.06_FHIR_IG#Use_cases).
- de IHE profielen (bijvoorbeeld IHE Patient Care Coordination https://wiki.ihe.net/index.php/Patient_Care_Coordination).

4.1.2 Informatie-blokken (Care-Sets)

Deze doelstelling ontwikkelt de specifieke informatie-blokken volgens de prioriteit die op de IKW is goedgekeurd en volgens het model dat in de vorige doelstelling uitgewerkt is. Een mogelijke referentie zijn de zorginformatie bouwstenen uit Nederland (<https://zibs.nl/wiki/Hoofdpagina>). Zorginformatiebouwstenen worden gebruikt om inhoudelijke (niet technische) afspraken vast te leggen ten behoeve van het standaardiseren van informatie, die gebruikt wordt in het zorgproces. Het doel van de standaardisatie is dat deze informatie uit het zorgproces wordt hergebruikt voor andere doeleinden zoals kwaliteitsregistraties, overdracht of patiëntgebonden onderzoek. Een zorginformatiebouwsteen is een informatiemodel, waarin een zorginhoudelijk concept wordt beschreven in termen van de gegevenselementen waaruit dat concept bestaat, de datatypes van die gegevenselementen etc. Zorginformatiebouwstenen zijn informatiemodellen van minimale klinische concepten, die elk meerdere gegevens in zich herbergen met een afgesproken inhoud, structuur en onderlinge relatie. We streven naar hergebruik van deze zorginformatie bouwstenen. Dit vereenvoudigt de transitie naar internationale gegevenstandaarden en internationale gegevensdeling.

4.1.3 Integratie in het Persoonlijk gezondheidsportaal

Deze doelstelling maakt de informatie-blokken (Care-Sets) die in gebruik zijn, toegankelijk voor de patiënt/burger via het Persoonlijk Gezondheidsportaal (*Project 5.1*). De informatie uit de blokken is minstens raadpleegbaar door de patiënt. Los van waar de informatie wordt bewaard, zal de informatie ontsloten worden via de functionaliteiten van hubs en kluizen. Op die manier krijgen bestaande websites, portalen of apps via de bestaande interfaces de mogelijkheid om de gegevens te visualiseren.

4.1.4 Operationele uitwisseling

Deze doelstelling gebruikt de ontwikkelde Care-Sets om specifieke use-cases en business-flows te implementeren.

Een voorbeeld hiervan is de uitwisseling van gegevens van geboorte en de eerste 2 levensmaanden (perinatale periode) tussen het hospitaal van geboorte, Kind&Gezin/ONE, zelfstandige vroedvrouw en ev. andere zorgverleners.

Deze doelstelling realiseert dus concrete implementaties en gebruik.

4.2 Multidisciplinaire functionaliteiten

Probleem

Voor een efficiënte multidisciplinaire en transmurale werking van alle zorgverleners die betrokken zijn in een multidisciplinaire zorgaanpak rond een patiënt zijn extra functionaliteiten nodig.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | X | X | X | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Naast de multidisciplinaire informatie-uitwisseling (project 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling*) is er nood aan functionaliteiten voor een efficiënte multidisciplinaire en transmurale werking van alle zorgverleners die betrokken zijn, incl. de patiënt en mantelzorg.

Deze behoefte is o.a. zeer duidelijk bij de zorg voor chronisch zieken en in het kader van geïntegreerde zorg. Als 1^e stap moeten, op relatief korte termijn, volgende functionaliteiten ter beschikking moeten zijn voor de verschillende categorieën van zorgverleners (ook niet KB78 zorg- en hulpverleners):

- **Journal:** Een journal is een communicatieschrift met relevante informatie over de patiënt, beschikbaar voor alle leden van het multidisciplinair zorgteam en noodzakelijk en/of nuttig in het kader van de opvolging van de zorg.
Het journal is chronologisch opgebouwd en bestaat uit een verzameling van notities die informatie bevatten over een patiënt. Het journal bevat dus geen medische of administratieve documenten (facturen, ontslagbrief ziekenhuis, enz.) die op een andere plaats bewaard moeten worden, bv. in het patiëntendossier.
- **Zorg- en levensdoelstellingen:** Doelgerichte/patiëntgerichte zorg gaat niet uit van de aandoening of de beperking van de patiënt, maar wel van de behoeften en doelen van de patiënt. Wat is er belangrijk voor de patiënt?
Opdat elk lid van het zorgteam zorg kan aanbieden vanuit die doelen en behoeften van de patiënt, is het nodig dat die levensdoelen geïdentificeerd, geregistreerd en gedeeld kunnen worden met alle leden van het zorgteam. Op basis van de levensdoelen kan het zorgteam (samen met patiënt en entourage) de zorgdoelen vastleggen.
- **Zorgplan:** Een zorgplan is een concreet multidisciplinair actieplan gebaseerd op de zorg- en levensdoelstellingen van een patiënt.
Om geïntegreerde zorg te kunnen bieden aan een patiënt, is het nodig dat het zorgteam kan werken rond een zorgplan.
Het opmaken van een multidisciplinair zorgplan is een iteratief proces:

- een globale evaluatie nodig om de situatie van een patiënt in kaart te brengen (biopsychosociaal),
- formulering van levens- en zorgdoelstellingen
- zorgafspraken te maken om deze doelstellingen na te streven.

Dit proces dient herzien te worden wanneer een verandering plaatsvindt de situatie van een patiënt.

- **Agenda:** Vandaag heeft (quasi) elke zorg- en hulpverlener een elektronische agenda die zijn/haar eigen planning weergeeft. De agenda is dus opgemaakt vanuit het standpunt van de zorgactor.

In het kader van een patiëntgerichte benadering, waarbij patiënt empowerment belangrijk is, is er behoefte aan een agenda vanuit het standpunt van de patiënt.

In deze agenda worden o.a. opgenomen:

- de consultaties met de verschillende zorgverleners,
- de afspraken van de verschillende medische onderzoeken (bloedafname, radiografie, ...),
- de geplande visites van zorgverleners of welzijnsmedewerkers aan huis
- de perioden tijdens de welke de mantelzorg(s) bij de patiënt is/zijn.
- ...

Op die manier krijgt de ganse multidisciplinaire equipe, incl. de patiënt en de mantelzorgers, inzicht op de planning van een patiënt en kan deze planning geoptimaliseerd worden.

- **Multidisciplinair zorgteam:** Een multidisciplinair zorgteam is een team opgebouwd rond één patiënt en bestaat uit de patiënt zelf, zorgverleners die een therapeutische relatie of zorgrelatie hebben met de patiënt, de contactpersonen van de patiënt, de vertrouwenspersoon van de patiënt en de mantelzorg(s) van de patiënt.

De minimale samenstelling van een multidisciplinair zorgteam bestaat uit de patiënt zelf en een zorgverlener met een therapeutische relatie.

Dit project heeft raakvlakken met het project 4.12 'Communicatie over en planning van de zorg'. Er zal nagegaan worden hoe afstemming tussen beide projecten kan bekomen worden.

Doelstellingen

4.2.1 Journaal

Deze doelstelling implementeert de journaal-functionaliteit: deze omvat de process-flows om het journaal in te vullen, te raadplegen, te wijzigen, toe te voegen en te schrappen. De inhoud en structuur van de informatie worden door de project 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling* gedefinieerd.

Daarnaast wordt ook de toegangsregels vastgelegd en uitgewerkt.

Toevoegingen aan het journaal van een patiënt kunnen manueel (door een specifieke persoon uit het zorgteam of de patiënt zelf) als via geautomatiseerde systemen (bv. mobile app die inname-moment van medicatie vastlegt) gebeuren.

Extra aandacht is nodig om te garanderen dat er geen vertrouwelijke medische gegevens in het journaal opgeslagen worden.

4.2.2 Agenda

Deze doelstelling onderzoekt de mogelijke oplossingen voor de agenda-functionaliteit en implementeert, eventueel in gefaseerde stappen (waarbij op beperkte schaal gestart wordt en geleidelijk uitgebreid), de agenda-functionaliteit: deze omvat de process-flows om het agenda in te vullen, te raadplegen, te wijzigen, toe te voegen en te schrappen. De inhoud en structuur van de informatie worden door de project 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling* gedefinieerd.

Daarnaast wordt ook de toegangsregels vastgelegd en uitgewerkt.

Toevoegingen aan de agenda van een patiënt kunnen manueel (door een specifieke persoon uit het zorgteam of de patiënt zelf) als via geautomatiseerde systemen (bv. afsprakensysteem van ziekenhuis, huisarts, tandarts of andere zorgverleners) gebeuren.

4.2.3 Zorg- en levensdoelstellingen en zorgplan

Deze doelstelling implementeert het iteratieve proces om tot een zorgplan voor een patiënt te komen. Het resultaat is een gedocumenteerd zorgplan dat toegankelijk is voor alle betrokkenen in het zorgteam, incl. de patiënt. Een project van Vlaanderen (project 4.12 communicatie over en planning van zorg) is hiervoor een zeer nuttige inspiratiebron en piloot.

4.3 Elektronisch voorschrift

Probleem

Om een veralgemeend gebruik van het elektronisch voorschrift te kunnen garanderen, moeten extra aspecten zoals dematerialisatie en integratie in Personal Health Viewer uitgewerkt worden.

Andere types voorschriften (andere dan geneesmiddelen) kunnen op een gelijkaardige manier uitgewerkt worden.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|------------|-----------|------------------------|-------------------------|
| | X | | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Het elektronisch geneesmiddelen-voorschrift is verplicht vanaf 01 januari 2020 en strikt genomen is dit project van het actieplan 2013-2018 grotendeels gerealiseerd, met uitzondering van de dematerialisatie van het elektronisch voorschrift.

Dematerialisatie kan op diverse manieren gerealiseerd worden, o.a.

- mHealth-mogelijkheden (vanuit de industrie zijn er reeds interessante initiatieven).
- Via de Personal Health Viewer (5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal) zal er ook een mogelijkheid aangeboden worden waarbij de patiënt zal kunnen aanduiden bij welke apotheker hij/zij de geneesmiddelen zal afhalen (of misschien zelfs kan laten brengen).

In het actieplan 2019-2021 wordt een extra doelstelling toegevoegd, nl. de uitbreiding naar niet-medicamenteuze voorschriften (vb. kiné, logo, medical devices, ...).

Gezien de extra dimensie, nl beschikbaarheid en planning-afstemming, zal dit type voorschriften een andere procesflow volgen dan de traditionele geneesmiddelen-voorschriften. Hierbij zal onvermijdelijk de link met het zogenaamde 'verwijsplatform' (zie 5.2 Digitaal Verwijsplatform) gemaakt worden.

Doelstellingen

4.3.1. Implementatie van het dematerialisatietraject

Dit objectief bestaat uit verschillende aspecten:

- Vanaf medio 2019 is het mogelijk om in alle apotheken geneesmiddelen af te halen zonder dat hierbij nog een papieren bewijs van elektronisch voorschrift vereist is. Op dat ogenblik zal de patiënt in staat zijn om de openstaande voorschriften elektronisch te consulteren via een toepassing of in de apotheek. De apotheker zal op een gebruiksvriendelijke manier toegang hebben tot de openstaande voorschriften op basis van het identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ) van een patiënt en de voorschriften kunnen uitvoeren die de patiënt aanduidt. De toegang tot de openstaande voorschriften van een patiënt wordt gelogd. De concrete modaliteiten hiervan zullen vastgesteld in overleg met alle betrokkenen.
- Realisatie van het elektronisch voorschrijven tijdens huisbezoeken.
- Nodige reglementaire aanpassingen.

4.3.2. Niet-medicamenteuze voorschriften

Deze doelstelling zorgt dat alle behandelingsvoorschriften op elektronische manier aangemaakt, doorgestuurd en opgevraagd zullen worden.

Het gaat hier niet over doorverwijzingen maar over behandelingsvoorschriften, extra-muros of intra-muros opgesteld (voor uitvoering door 1^e lijns-zorgverstrekkers: kiné, ambulante verpleegkundige zorg, diëtisten, logopedisten, podologen, medical devices ...), geïnitieerd door huisartsen of artsen-specialist vanuit hun privépraktijk of de consultatie in het ziekenhuis.

Een 2^e categorie voorschriften/opdrachten zijn opdrachten aan labo's en extra-muros medische beeldvorming.

Een mogelijke referentie hiervoor is de Brussel IHE-server dat het IHE XDW profiel kan ondersteunen. Het XDW-profiel, Cross-Enterprise Document Workflow is een IHE-profiel. Het is het equivalent van de eHealthBox, maar met de mogelijkheid om een categorie adressen te behandelen ("1 tot n" in plaats van "1 tot 1"). Een huisarts kan bijvoorbeeld een bericht verzenden naar 'verpleegkundigen' in plaats van dit naar één verpleegkundige te sturen. En de eerste beschikbare verpleegkundige kan bijvoorbeeld op het verzoek reageren. (https://wiki.ihe.net/index.php/Cross_Enterprise_Workflow).

Het XDW-profiel kan worden gebruikt voor:

- eReferral-werkstromen (elektronische doorverwijzingen),
- Flexibele oplossing voor dynamische en aanpasbare werkstromen (tumorteam, thuiszorg, ...)
- Klinische, economische, sociale en organisatorische impact (statistieken over XDW kunnen inzicht verschaffen in hoe de zorg "in de echte wereld" wordt verleend.

Een andere mogelijke referentie hiervoor is Recip-e met een uitbreiding van de bestaande functionaliteiten.

4.4 VIDIS – evolutie van elektronisch voorschrijven

Probleem

Een effectieve en efficiënte gegevens- en informatiedeling over alle aspecten van de medicamenteuze behandeling, tussen de ambulante zorgactoren, tussen de ambulante sector en het ziekenhuismilieu en met en door de patiënt en zijn entourage, moet bereikt worden door de gegevens die in de bestaande systemen beschikbaar zijn, te integreren en de processen rond geneesmiddelen beter te orkestreren.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------|-----------------------------|----------|------------|-----------|------------------------|-------------------------|
| | | X | | X | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Het VIDIS-project (*Virtual Integrated Drug Information System*) wil gegevens- en informatiedeling organiseren en stimuleren

- tussen de ambulante zorgactoren
- tussen de ambulante sector en het ziekenhuismilieu
- met en door de patiënt en zijn entourage

over alle aspecten van de medicamenteuze behandeling door de gegevens die in de bestaande systemen voor gegevensdeling beschikbaar zijn, te integreren en de processen rond geneesmiddelen beter te orkestreren.

De objectieven van het VIDIS project zijn:

- Orkestratie van de processen rond geneesmiddelen [de klassieke processen zoals bv voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen, alsook de zorgkwaliteitsprocessen zoals bv medication review]
- Interoperabiliteit verbeteren tussen de systemen voor gegevensdeling
- Gegevenskwaliteit optimaliseren (via het gebruik van standaarden, authentieke bronnen)

door

- Evolutie van de bestaande systemen voor gegevensdeling zodat ze beter “compatibel” en op elkaar afgestemd zijn
- Business regels voor de softwareproviders en eindgebruikers
- Methodologie voor het testen en valideren van de softwarepakketten

M.a.w. zorgen voor aangepaste en geoptimaliseerde tools die we kunnen aanbieden aan de eindgebruikers om de processen rond geneesmiddelen en de gegevens- en informatiedeling optimaal te ondersteunen.

Het project beoogt de realisatie van een lange termijn visie en werd opgesplitst in 3 fasen.

In het actieplan 2013-2018 werd gezorgd voor de uitrol van de bestaande systemen voor gegevensdeling (medicatieschema, GFD, ...) en werden nieuwe functionaliteiten ontwikkeld (bv dagboeknotities). De instructies en aanbevelingen voor de implementatie van fase 1 van het VIDIS project (het virtueel geconsolideerd “medicatie dossier”, een nieuwe functionaliteit in de software van de zorgactoren en een nieuwe view voor de patiënt via de PHV) zijn beschikbaar. In het actieplan 2019-2021 focust dit project op fase 2 en fase 3.

Voor eind 2018 wordt de architectuur voor het optimaliseren van de orkestratie van de processen rond geneesmiddelen vastgelegd en worden de nodige aanpassingen aan de bestaande systemen om de interoperabiliteit te verhogen, geïnventariseerd (impact, werklast, doorlooptijd, budget, mankracht) en wordt een projectplan opgemaakt. Dit projectplan zal o.a. ook rekening houden met de aanpassingen in het kader van het gebruik van de SAM 2.0 gegevens.

De focus van fase 2 is het gebruik van het “medicatie dossier” en het gedeeld multidisciplinair medicatieschema binnen de context van de klassieke processen van voorschrijven, afleveren en toedienen van geneesmiddelen. De focus van fase 3 is het gebruik ervan binnen de context van de zorgkwaliteit processen (zoals bv medication review en interdisciplinair patiëntoverleg) en het opbouwen en raadplegen van de historiek van de medicamenteuze behandeling.

Naast het uniek gebruik van de SAM 2.0 gegevens is het ook gewenst dat de voorschrijver tijdens het ‘voorschrijven’ van een (nieuwe) behandeling ondersteund wordt door een Decision Support System (vergelijkbaar met iRadiology bij het voorschrijven van radiologie). Zie ook hoofdstuk 4.4.

Doelstellingen

4.4.1. Implementatie van fase 2 van het VIDIS project

Dit objectief bestaat uit verschillende aspecten:

- Realisatie van de aanpassingen aan de bestaande systemen voor gegevensdeling volgens het afgesproken “VIDIS fase 2” projectplan
- Realisatie van de aanpassingen aan de softwarepakketten volgens het afgesproken “VIDIS fase 2” projectplan
- Organisatie van een piloot
- Nodige reglementaire aanpassingen
- GO LIVE

4.4.2 Analyse en planning fase 3 van het VIDIS project

Dit objectief heeft 2 doelen:

- Inventarisatie van de nodige aanpassingen aan de bestaande systemen (impact, werklast, doorlooptijd, budget, mankracht)
- Opmaak van een “VIDIS fase 3” projectplan

4.4.3. Implementatie van fase 3 van het VIDIS project

Dit objectief bestaat uit verschillende aspecten:

- Realisatie van de aanpassingen aan de bestaande systemen voor gegevensdeling volgens het afgesproken “VIDIS fase 3” projectplan
- Realisatie van de aanpassingen aan de softwarepakketten volgens het afgesproken “VIDIS fase 3” projectplan
- Organisatie van een piloot
- Nodige reglementaire aanpassingen
- GO LIVE

4.5 Beslissingsondersteunend platform

Probleem

De kwaliteitsverbetering door gebruik te maken van beslissingsondersteunende systemen, kan op de meest efficiënte manier georganiseerd worden door een centraal platform.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | X | X | X | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Recent ontstaan beslissingsondersteunende applicaties die faciliteren dat o.a. doorwijzingen doelgerichter gebeuren, bv. iRadiology, Theramid-i.

Met de introductie van zulke diensten-laag als een landelijke ter beschikking gestelde kwaliteit-laag kunnen verschillende zaken bereikt worden:

- De diverse zorg-organisaties moeten NIET zelf een licentie aanschaffen van de betreffende oplossingen of moeten niet zelf instaan voor het onderhoud van de inhoud (kostenbesparing)
- De diverse zorg-organisaties moeten niet zelf bij hun softwareleveranciers aandringen op een koppeling met dergelijke kwaliteitssystemen (project/productmanagement-vereenvoudiging)
- De federale overheid bezorgt de markt een kwaliteitslaag en kan hiermee gemakkelijkere afdwingbare integraties bewerkstelligen, en iedereen gebruikt dezelfde parameters- en processen (geen appels en peren vergelijkingen meer)
- De federale overheid werpt zich op als een kwaliteit en betrouwbare partner
- Door het beheer van dergelijke onderdelen in eigen hand te houden zullen commerciële misintenties geen kans krijgen
- Een kwalitatieve kruisbestuiving met de bestaande gegevensdeling-vehikels (o.a. Sumehr, VIDIS, ...) worden mogelijk.

Het beheer van deze kwaliteitslagen moet volgens een degelijke governance worden uitgevoerd. Hierbij zullen de partners (ziekenhuizen, ...) nauw betrokken worden.

Doelstellingen

4.5.1. iRadiology

Op zeer 'high level' niveau zal iRadiology er voor zorgen dat een bepaald medisch beeldvorming aanvraag eventueel wordt omgezet naar geen of een ander, meer toegesneden, onderzoek. iRadiology doet dit op basis van enerzijds de meegegeven aanvraag-parameters (patiënt-specifiek) en anderzijds a.d.h.v. 'best practice' regels.

Door dit in een federale kwaliteitslaag te positioneren geeft dit de mogelijkheid om gebruik te maken van andere, centraal beschikbare gegevens, bv.

- Sumehr vermeldt of een pacemaker of metalen pin aanwezig is;
- Medicatieschema (geen contrast mogelijk want patiënt neemt medicatie X), ...)

Dit vermijdt dat de aanvragende zorgverlener deze gegevens als parameters moet meegeven (hiermee wordt tevens de aanvraag-inspanning (tijd) gunstig beïnvloed).

4.5.2 iMedicatie

Het voorschrijven en gebruik van de correcte medicatie is uiteraard zeer belangrijk.

Omdat er zoveel medicatie beschikbaar is (en steeds meer bijkomt), waarbij ook steeds meer chemische stoffen gebruikt wordt, is het quasi onmogelijk dat een voorschrijvende arts of een afleverende apotheker alle details kan onthouden.

Om deze betrokkenen te ondersteunen is het noodzakelijk om hierbij ook Decision Support Systemen in te zetten.

Een dergelijk DSS moet de interacties tussen verschillende onderdelen correct kunnen verwerken, zoals:

- Drug-drug-interactie
- Drug-allergie-interactie
- Drug-disease-interactie

Bij het maken van een voorschrift zal net voor het wegschrijven ervan in Recip-e, de DSS-laag aangesproken worden zodat feedback gegeven wordt aan de voorschrijver indien er “situaties” gedetecteerd worden (idem approach als bij iRadiology).

Met deze aanpak hoeft niet aan elke software-provider gevraagd te worden om een DSS-integratie zelf te bewerkstelligen.

Net zoals bij iRadiology zal een land-licentie van een dergelijke DSS ook veel goedkoper zijn dan wanneer elke omgeving (ziekenhuis, software-partner, voorschrijvers, ...) dit moeten aanschaffen.

4.5.3 Medicatie-bijwerking-registratie

Vandaag zijn er diverse systemen opgezet om medicatie-bijwerkingen te rapporteren en te verwerken:

- Op de FAGG website kan een patiënt een bijwerking rapporteren
- Vanuit de huisartspraktijk systemen kan een huisarts ‘medicatie-bijwerkingen’ rapporteren?
- sommige ziekenhuis-informatie-systemen kunnen ‘medicatie-bijwerkingen’ registreren.
- ...

Finaal komt dit allemaal bij elkaar bij het FAGG, die deze informatie analyseert en eventueel escaleert bij de leverancier van de medicatie.

Momenteel zijn dit veel op-zichzelf-staande processen die beter holistisch wordt aangepakt. Vanuit hete actieplan 2019-2021 zijn er verschillende hefboomen beschikbaar om de input van deze rapportering te ondersteunen:

- Vanuit de Personal Health Viewer (*5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal*) kan zeer eenvoudig het bestaande FAGG-rapporterings-formulier (of toekomstig FAGG-rapporterings-functie) opgestart en grotendeels ingevuld worden.
Bijvoorbeeld zou bewaakt kunnen worden dat rapportering van bijwerkingen op medicamenten die niet in het VIDIS medicatieschema van de patiënt staan op een “extra” manier te behandelen (vb. een alarm richting huisarts of huisapotheker)
- Homologatie/accreditatie van praktijksystemen bekijkt ook of deze een functie voor ‘bijwerking’-rapportering bevat

4.6 BelRAI

Probleem

In uitvoering van het actieplan eGezondheid 2015-2018 werd de webapplicatie BelRAI 2.0 ontwikkeld en ter beschikking gesteld voor alle zorgverleners. De doelstelling ervan was 'een uniform instrument voor beoordeling van kwetsbare mensen aan te bieden' die op een brede schaal gebruikt kan worden binnen de zorg- en gezondheidssector.

Op 26 maart 2018 werd ook binnen de IMC een BelRAI-protocol getekend dat de gemeenschappelijke strategie beschrijft om de implementatie van BelRAI te faciliteren. Dit protocol bevat verschillende hoofdstukken o.a.:

- de inhoud van het BelRAI-instrument en de mogelijke uitbreidingen in de toekomst
- de modaliteiten en voorwaarden voor het gebruik van het BelRAI-instrument door hulp- en zorgverleners in kader van een zorgcontext
- de modaliteiten en voorwaarden voor het gebruik van nominatieve BelRAI-gegevens buiten een hulp- of zorgcontext
- een specifieke programma voor opleiding, bijscholing en navorming van de gebruikers
- de architectuur van BelRAI, gebaseerd op een centrale database en webapplicatie, een mobile extensie voor de 'screener' BelRAI, webservices voor derden (voor de software die door derden wordt aangeboden, voor administraties of andere gemachtigden die bepaalde informatie uit BelRAI nodig hebben en voor toegang van de patiënt tot zijn eigen gegevens) en een datawarehouse
- de samenwerking met softwareleveranciers en met InterRAI™
- het opstellen van een communicatiehandvest voor alle overheden rond communicatie
- cofinancieringsmodaliteiten tussen de verschillende overheden
- specifieke verbintenissen van de federale overheid en van de deelstaten om BelRAI te promoten en te gebruiken binnen hun eigen bevoegdheden.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Vanaf 2019 zullen initiatieven genomen moeten worden om het Protocol van 26 maart 2018 volledig uit te voeren met respect voor:

- de basisprincipes van het eGezondheidsbeleid
- bevoegdheden en autonomie van de verschillende overheden
- de ondersteuningsnood van de zorgverstrekkers

De verschillende initiatieven en hun spreiding in de tijd moeten zich inschrijven binnen de grenzen van het door het protocol voorziene jaarlijkse budget van 1.379.035€.

Doelstellingen

4.6.1 Uitbouw operationele cel BelRAI

De opdrachten van deze cel zijn in het Protocol beschreven zoals:

- secretariaat van de stuurgroep
- SPOC / beheerder van de helpdesk en mailbox BelRAI, ten opzichte van gebruikers, opleidingsorganisaties en softwareproducenten
- beheer van de website BelRAI
- coördinator opleidingsprogramma's BelRAI (niveau experten) en van de certificering
- verantwoordelijk voor het onderhoud en de coördinatie van de database, de toepassing, het datawarehouse, de wiki site
- beheer van de contractuele en operationele relatie met hosting partners en software ontwikkelaars
- beheer van de aanvragen om machtiging aan het sectoraal comité
- beheer van de versies, van het content management systeem en het release management
- verantwoordelijk voor de aanpassing en productie van nieuwe modules en de organisatie van vertalingen
- beheer en opvolging van de uitgaven en begroting
- verantwoordelijk voor het beheren van licenties en contacten met InterRAI
- verantwoordelijk voor het opstellen van een jaarlijks activiteitenverslag

De cel BelRAI is samengesteld uit medewerkers bij de FOD Volksgezondheid en moet beschikken over de nodige faciliteiten (medewerkers, budget, software-tools) om zijn opdracht te kunnen uitvoeren. De permanente equipe telt 3 voltijdse medewerkers die beroep kunnen doen voor specifieke aspecten zowel op andere diensten van de FOD (bv. rond communicatie) als op externe punctuele samenwerkingen (bv. studiewerken).

4.6.2 Creatie van een BelRAI-repertorium op Meta-hub niveau

Dit repertorium zal raadpleegbaar zijn door de behandelde zorgverstrekkers via hun eigen software zodat ze op de hoogte kunnen zijn over het bestaan van een beoordeling van hun patiënt binnen de BelRAI-database. De in-productie stelling van deze functionaliteit moet nog in releasekalender ingeschreven worden.

4.6.3 Notificatie vanuit BelRAI-applicatie naar de huisarts

De behandelende huisarts van een patiënt zal via zijn eHealthBox een boodschap krijgen indien er nieuwe elementen over zijn patiënt upload worden in de BelRAI centrale database. De in-productie stelling van deze functionaliteit moet nog in de releasekalender ingeschreven worden.

4.6.4 Toegang van de patiënt tot zijn eigen BelRAI-gegevens

De toegang van de patiënt tot zijn gegevens zal via het portaal 'MijnGezondheid.be' plaatsvinden.

Dit veronderstelt:

- de identificatie van de voor de patiënt nuttige informatie (i.s.m. de patiëntenorganisaties)
- een aangepaste formulering (in de 3 landstalen) van de weerhouden items zodat de geleverde-informatie een ondersteunende rol kan spelen in het proces van patiënt-empowerment
- content management system vervolledigen op basis daarvan
- webservice voor MijnGezondheid.be ter beschikking stellen

4.6.5 Toegang tot BelRAI via externe softwarepakketten

De webservice om via een extern softwarepakket gebruik te kunnen maken van BelRAI, is klaar en de beschrijving en documentatie van de data architectuur en het datamodel worden ter beschikking gesteld in een content management systeem. De webservice zal voor de markt geopend worden vanaf februari 2019. Dit moet gebeuren in een veilig omgeving die:

- de privacywetgeving en de proportionaliteitsprincipes respecteert

- de basis principes van het eGezondheidsbeleid respecteert
- de interne coherentie van de BelRAI-database respecteert (e-consent, therapeutische- en zorgrelaties, toegangsmatrix, ...)

Om dit mogelijk maken is er nood aan duidelijke procedures om softwarepakketten te erkennen/homologeren, verbintenissen van de softwareleveranciers te concretiseren ('terms of use') en de betrouwbaarheid van de eindgebruikers te kunnen beoordelen (COT).

Zowel de erkenning van de softwarepakketten als de criteria en procedure om gebruikers als 'COT' te beschouwen zullen in nauwe samenwerking met de andere partners van eGezondheid ontwikkeld worden.

Deze doelstelling houdt rekening met de projecten in cluster 0, in het bijzonder het project over de evolutie van de nota zorg- en therapeutische relatie.

4.6.6 Opleidingsprogramma voor de gebruikers

Om te zorgen voor optimaal gebruik van de BelRAI-applicatie en de consistentie van de centrale database, zal een gemeenschappelijk programma voor training in het gebruik van het BelRAI-instrument, samengesteld uit verschillende trainingsmodules, ontwikkeld worden in de drie landstalen. Het ondersteuningsmateriaal zal gericht worden zowel op gezondheidswerkers als op studenten of onderzoekers en moet verschillende aspecten betrekken: de verschillende InterRAI-instrumenten die zijn ontwikkeld in het kader van de BelRAI-toepassing, hun gebruikscontext en hun bijdrage in het kader van multidisciplinaire zorg, maar ook de verplichtingen die verband houden met hun gebruik, hun integratie in bedrijfssoftware of het hergebruik van gegevens voor administratieve of wetenschappelijke doeleinden, wat informatiebeveiliging betreft, toegangsbeheer of hergebruik van gegevens, ...

Trainers zullen BelRAI-training kunnen geven nadat ze zelf door de BelRAI-experten opleiding hebben gekregen en gecertificeerd zijn. Hun certificaat zal gelinkt zijn aan voorwaarden in termen van permanente vorming, reguliere feedback naar de centrale cel BelRAI, ...

Op basis van de feedback vanuit het veld zal de cel BelRAI de 'FAQ'-rubriek van de website vervolledigen.

4.6.7 De datawarehouse als beleidsondersteunende instrument

De gegevens uit de centrale BelRAI database zullen op een gecodeerde wijze ter beschikking gesteld worden in een datawarehouse dat een instrument zal zijn te ondersteuning van zorgkwaliteit, zorgbeleid, wetenschappelijke en epidemiologisch onderzoek.

Generieke basisanalyses voor epidemiologie en beleid zullen worden geïdentificeerd en leiden tot gestandaardiseerde rapporten. De rapportagemogelijkheden worden in overleg bepaald rekening houdend met de noden en wensen van de verschillende deeltentiteiten. Een aparte procedure zal beschreven worden voor bijkomende vragen voor analyse (ad hoc vragen vanuit overheden, onderzoekers, ...).

Bij de realisatie wordt rekening gehouden met de behoeften van de gefedereerde entiteiten.

4.6.8 Het gebruik van BelRAI gegevens op mesoniveau

De cel BelRAI, in overleg met de deeltentiteiten, zal het gebruik van de RUG's en kwaliteitsindicatoren in de Belgische context verder uitwerken en mogelijk maken, o.a. op niveau van patiëntengroepen (of op niveau van verscheidene zorgcontexten b.v. voor de woonzorgcentra of de thuiszorg) waarvoor de RUG's kunnen toegepast worden.

4.6.9 Een communicatiehandvest rond BelRAI

In het kader van de IKW 'chronische zorg' zal een communicatiehandvest voorbereid worden en voorgesteld worden aan de IMC voor goedkeuring.

4.6.10 Implementatie van BelRAI in specifieke sectoren

Er wordt onderzocht met de betrokken administraties en zorg- en hulpverleners de mogelijkheid om de BelRAI in te voeren in de sector thuiszorg en thuisverpleging, in de residentiële ouderenzorg, in de sector van de wijkgezondheidscentra, in het kader van het Parkinson-project, in het kader van de tegemoetkoming voor hulp van derden, in het kader van de integratietegemoetkoming voor gehandicapten, de Vlaamse zorgbudgetten, e.a. .

De cel BelRAI zal belast worden om de nodige contacten te nemen zodat de vraag in deze verschillende contexten behandeld kunnen worden.

Vlaanderen streeft op termijn naar het gebruik van BelRAI als uniek inschalingsinstrument in alle sectoren van de Vlaamse Sociale Bescherming. In eerste instantie zal de BelRAI-screener worden geïmplementeerd in de sectoren van het woonzorgdecreet (met name de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg) en voor de toekenning van het Vlaams zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Om dit voor te bereiden werden reeds een aantal pilootprojecten opgestart. De BELRAI-screener is inmiddels operationeel in een pilootregio in Vlaanderen voor de sector gezinszorg en het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden. De doelstelling is dus enerzijds toekenning van rechten en anderzijds het in kaart brengen van de zorgnood voor het opstellen van zorgdoelstellingen.

Concreet wordt in Vlaanderen in volgende sectoren BelRAI momenteel reeds uitgerold of worden op korte termijn (2019) proefprojecten voorzien: thuiszorg (diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten maatschappelijk werk, OCMW's), residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf) en geestelijke gezondheidszorg.

Ook zal BelRAI door de zorgkassen worden gebruikt als inschalingsinstrument voor de toekenning van de zorgbudgetten binnen de Vlaamse Sociale Bescherming in deze sectoren, in eerste instantie voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (de vroegere zorgverzekering), in tweede instantie voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (de voormalige THAB).

Voor het gebruik in andere sectoren loopt momenteel verder onderzoek, zowel rond evaluatie van bestaande instrumenten voor gebruik in Vlaanderen, als rond ontwikkeling van specifieke aanvullende instrumenten. In opdracht van de Vlaamse regering werkt het steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (KUL) aan de ontwikkeling en/of evaluatie van enkele bijkomende instrumenten om op langere termijn de BelRAI te implementeren in andere sectoren:

- Ontwikkeling van een BelRAI Screener instrument voor kinderen
- Ontwikkeling van een sociale module voor de BelRAI Screener en het BelRAI Home Care instrument
- BelRAI Geestelijke Gezondheidszorg: Evaluatie van InterRAI-instrumenten GGZ voor toepassing in Vlaanderen
- De beoordeling van zorgbehoeften van justitiabelen in de GGZ: De bruikbaarheid van het interRAI forensic supplement en vergelijking met andere forensische beoordelingsinstrumenten
- BelRAI LTCF: Evaluatie van het InterRAI-instrument LTCF voor toepassing in Vlaanderen
- BelRAI Revalidatie: Evaluatie van InterRAI-instrument revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen
- Ontwikkeling van de afkappunten voor BELRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (THAB)

De Duitstalige Gemeenschap heeft verscheidene initiatieven:

- Gebruik van BelRAI voor de inschalingen in de thuiszorg.
- Gebruik van BelRAI in de woonzorgcentra (projecten)
- Gebruik van de BelRAI-screener om een zorgcategorie te definiëren voor de financiering van de woonzorgcentra.
- Ook is er in de Duitstalige gemeenschap een testregio voor de sociale module voor de BelRAI Screener en het BelRAI Home Care instrument
- Gebruik van de BelRAI-screener voor de THAB in de toekomst
- Implementatie van opleidingen

4.7 Arbeidsongeschiktheid (Mult-eMediatt)

Probleem

Momenteel bestaan er arbeidsongeschiktheidsattesten, afhankelijk van de bestemming (met of zonder diagnose). Verschillende types van attesten moeten verzonden worden aan de werkgever, aan een extern bedrijf dat verantwoordelijk is voor het beheer van de certificaten, aan de medische dienst van de werkgever of aan de mutualiteiten.

Klemtonen

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
| | X | | | | | |

Project-type

| | | |
|---------|---------------------|---------------|
| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
| | | X |

Project-categorie

| | | |
|----------|----------------|-------------------------|
| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
| X | | |

Beschrijving

Bij een medische raadpleging is het de bedoeling om een maximum aan documenten elektronisch naar de bestemming te sturen. Het Mult-eMediatt-project maakt deel uit van dit perspectief van 'papierloos vanuit het dokterkabinet'.

Tijdens het vorige actieplan e-Gezondheid 2013-20180 werden standaarden voor de verschillende modellen uitgewerkt en gevalideerd door een stuurgroep bestaande uit artsen, "ontvangers" van attesten, vakbonden en werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers.

Hiervoor is een technische architectuur ontwikkeld die kan worden uitgebreid naar andere soorten attesten.

Als instanties geïdentificeerd zijn om het attest elektronisch te ontvangen en met instemming van de patiënt, laat Mult-eMediatt toe dat de software van de huisarts elektronisch een attest van gestandaardiseerde totale arbeidsongeschiktheid verstuurt naar een pilootgroep van bestemmelingen.

Doelstellingen

4.7.1 Go-Live

In productie nemen van het Mult-eMediatt-project voor de pilotgroepen als aan de vereisten is voldaan (deelname van software-providers en levering van gecodeerde diagnosetabellen).

4.7.2 Evaluatie

Evalueren van het project met de gebruikers van de pilotgroep (03/2020), terwijl dit project wordt voortgezet naar andere gebruikersgroepen (werkgevers in de privésector, enz.)

4.7.3 Aanpassingen wetgeving

Aanpassen van de regelgeving, op basis van de resultaten van de projectevaluatie, om het attest van arbeidsongeschiktheid standaard voor alle sectoren elektronisch te verzenden.

4.7.4 Uitbreiding naar andere formulieren-flows

Sensibiliseren, tegelijkertijd, zodat andere vormen van attesten (zoals medische attesten voor leerlingen) volgens dezelfde, elektronische uitwisselingslogica.

4.8 MEDEX in e-Gezondheid

Probleem

MEDEX maakt geen gebruik van beschikbare eGezondheidssystemen waardoor overlappende behoeften mogelijk opnieuw ontwikkeld worden.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | X | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|----------|---------------------|---------------|
| X | | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Het DG Medische Expertise (MEDEX) is een onderdeel van de FOD en heeft als voornaamste doelgroep de ambtenaren van de federale en niet-federale overheden.

Inzake gegevens en processen zijn er duidelijk overlappingsen en aanvullingen t.o.v. het Elektronisch Medisch Patiëntendossier van elke burger.

Tot nu werd MEDEX nooit betrokken in het e-Gezondheids-actieplan terwijl er veel domeinen overlappend en rakend zijn.

Doelstellingen

4.8.1 Inventarisatie van integratie-opportunities

Opportuniteit om MEDEX te beschouwen als een 'hoofdstuk' in het EPD?

Opportuniteit om de financiële transacties via MyCarenet te laten verlopen?

Opportuniteit om hoger dienstverleningsniveau te realiseren naar ambtenaren (Only Once)?

Opportuniteit om medische onderzoeken effectiever te laten verlopen?

Opportuniteit om de gegevens van MEDEX ter beschikking te stellen aan de ambtenaar via PHV?

4.9 EPD in alle Ziekenhuizen

Probleem

De uitrol en het gebruik van een EPD in alle ziekenhuizen is nog niet afgerond.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

In 2016 werd een accelerator programma opgestart met als doelstelling dat alle ziekenhuizen een geïntegreerd EPD in productie hebben en het effectief gebruiken.

Er is geen algemeen aanvaarde definitie van wat een geïntegreerd EPD moet inhouden.

Om niet te verzeilen in semantische discussies wat wel en wat niet tot het EPD moet behoren, werden de Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) opgesteld. De BMUC zijn een puur functionele benadering waar functionaliteiten en de implementatie ervan wordt vereist. De middelen die de overheid in dit kader voorziet zullen het ziekenhuis mee ondersteunen in de realisatie van het acceleratorprogramma.

De belangrijke doelstelling is het delen van informatie met betrekking tot een patiënt tussen alle betrokken partijen en dit via sterk geïntegreerde toepassingen en één portaal.

Een andere belangrijke doelstelling is Clinical Decision Support: dit impliceert dat er van bij het begin rekening wordt gehouden met een systematische structurering en codificatie van data.

Ook is het creëren van klinische meerwaarde een must. Het EPD moet daarenboven aansluiten bij het eHealth-platform en extramurale samenwerking ondersteunen. Het geïntegreerd EPD situeert zich immers in een context die systeembrede en veilige uitwisseling van gezondheidsinformatie mogelijk maakt.

Een geïntegreerd EPD is ook een basis en facilitator voor een efficiënte resource-planning (zowel machines, materiaal als mensen) binnen een zorginstelling.

Het BMUC-model heeft als verdienste dat er voor de ziekenhuizen een duidelijk referentiekader wordt geschept inzake welke informatie binnen de ziekenhuizen gecapteerd, geregistreerd en gedeeld moet worden. Dit vormt de eerste stap voor het delen van gezondheidsinformatie.

Het acceleratorprogramma had als effect dat de ziekenhuizen in toenemende mate het belang erkennen van een geïntegreerd EPD voor het nastreven van een goede kwaliteit van zorg.

Omwille van de complexiteit en de betrokkenheid van vele belanghebbenden kan de implementatie van een geïntegreerd EPD best gefaseerd en planmatig aangepakt worden. Opdat de inspanningen en de middelen meer optimaal zouden benut worden, werd een meerjaren stappenplan gevraagd aan de ziekenhuizen, zodat zowel de ziekenhuizen als de overheid een duidelijk beeld hebben over de beoogde doelstellingen op langere termijn.

Het effectieve gebruik van het geïntegreerd EPD wenst men verder te objectiveren aan de hand van indicatoren. Voor een aantal indicatoren zullen ook concrete streefcijfers worden voorzien, alsook dat de uitkomsten van deze indicatoren toegankelijk worden gemaakt naar de stakeholders toe.

De implementatie van een nieuw EPD resulteert in veranderingen in zowel de organisatiestructuur als de processen binnen het ziekenhuis. Naast instrumenten die de maturiteit van een EPD implementatie beoordelen, dient er ook aandacht te zijn voor de organisatorische of menselijke factoren die het implementatieproces kunnen vertragen of vermoeilijken. Samen met een gevarieerde groep van betrokkenen zal men strategieën identificeren om het effectieve gebruik van een geïntegreerd EPD te bevorderen. In eerste instantie zal hiertoe de uitwisseling van op praktijk gebaseerde kennis vergemakkelijkt worden.

Doelstellingen

4.9.1 Evaluatie-instrumenten

Deze doelstelling ontwikkelt en optimaliseert de manier waarop de overheid de voortgang van de EPD-implematies in de zorginstellingen kan opvolgen.

- Uitwerken van een bevraging om de implementatie van de BMUC-criteria te evalueren
- Oplevering BMUC Data Collection Tool
- Organisatie audit bij de Early Adopter ziekenhuizen

4.9.2 Evaluatie en bijsturing van de voortgang van de EPD-implementatie

Deze doelstelling evalueert de voortgang in de zorginstellingen van de EPD-implementatie en ontwikkelt ondersteunende maatregelen om de voortgang te garanderen en ev. te versnellen.

- Uitwerken ondersteunende maatregelen in samenspraak met Begeleidingscomité BMUC
- Organisatie van workshops met de Early Adopter ziekenhuizen voor de ziekenhuissector teneinde netwerken en kennisdeling te faciliteren
- Opvolging progressie implementatie EPD in de ziekenhuizen en rapportering aan begeleidingscomité BMUC

4.9.3 Financiële en andere stimulansen

Deze doelstelling werkt een model uit om de zorginstellingen financieel en/of op andere manieren (bv. expertise-aanbod of best-practices-deling) te stimuleren om de EPD-implematie uit te voeren en/of te versnellen.

Deze doelstelling werkt ook de specifieke waarden uit die uit de BMUC gerealiseerd moet worden om te kunnen genieten van de voorziene incentives.

- Finaliseren modaliteiten voor financiering en berekeningsmethode van de BMUC-criteria
- Publicatie aanpassing “KB betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen” die de modaliteiten voor financiering van het EPD beschrijft.

4.10 Publicatie van gestructureerde informatie

Probleem

De publicatie van zorginstellingen en gespecialiseerde organisaties en zorgverleners van patiënt-gerelateerde informatie in gestructureerde vorm is nog onvoldoende uitgewerkt en gebruikt.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| X | X | | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

In het actieplan 2013-2018 waren project AP05 en AP07 gericht op het uitbouwen van een voornamelijk technische infrastructuur (o.a. Hub/Meta-hub) die de zorginstellingen (ziekenhuizen, labo's, instellingen voor ouderen (ROB, RVT, CDV, ...), psychiatrische ziekenhuizen, ...) toelaat om de medische informatie over patiënten te publiceren.

De doelstellingen van deze projecten werden in het actieplan 2013-2018 gedetailleerd gespecificeerd, inclusief de resultaatmetingen en kwalitatieve doelen (bv. minstens 50% van de raadplegingsverslagen, ontslagbrieven, operatieverslagen en RX protocollen zijn toegankelijk tegen 01/01/2017).

Het objectief rond standaardisatie (bv. meta-data op de gepubliceerde documenten, codering van de gegevens) werd beperkt gerealiseerd.

Er is duidelijk vooruitgang gerealiseerd maar de (ambitieuze) initiële timing bleek niet haalbaar. Het is daarom noodzakelijk om deze projecten verder te zetten.

Bijkomend wordt ook het gebruik van de gepubliceerde gegevens gestimuleerd.

De voormalige projecten AP05 en AP07 worden samengevoegd in een aangepast project 5.2 *Publicatie van gestructureerde informatie*.

Dit project houdt rekening met de doelstelling van de projecten 0.5 Informatiestandaarden en 0.6 Terminologie uit cluster 0 met de fundamenteën.

Doelstellingen

4.10.1 Algemene publicatie van medische patiënt-data

Alle Ziekenhuizen publiceren de medische gegevens van patiënten (raadplegingsverslagen, ontslagbrieven, operatieverslagen, RX protocollen, enz.) via het Hub/Meta-hub systeem.

4.10.2 Intramurale en extramurale labo's publiceren intramurale en extramurale laboresultaten via het Hub/Meta-hub system

De publicatie gebeurt in het vastgelegd formaat (vastgelegd door *0.4 Technische standaarden* en door *0.5 Terminologie*)

4.10.4 Publicatie door privé-radiologen

Privé-radiologen publiceren de diagnostische verslagen ('RX protocollen') via het systeem van de hubs of de kluizen.

4.10.5 Publicatie door andere instellingen en organisaties

Naarmate meer instellingen medische patiënt-data publiceren en er meer gebruik gemaakt wordt, zowel door de patiënt (via Personal Health Viewer/Persoonlijk gezondheidsportaal) als door zorgverstrekkers en zorginstellingen, zullen er andere organisaties en instellingen geïnteresseerd worden om ook hun gegevens te publiceren, bv. het Rode Kruis Vlaanderen met bloedgroep-informatie van hun donoren.

Dit objectief ondersteunt deze organisaties in het ontvangen van de toelating om te publiceren én om de effectieve publicatie te doen.

4.11 Registers

Probleem

Er is onvoldoende inzicht of de verzamelde data in de verschillende registers een kwaliteitsverhogend effect heeft.

Klemtone

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | X | | X | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Het verzamelen van gezondheidsgegevens is in het vorige actieplan gestroomlijnd (API8). In het nieuwe actieplan wordt hierop verder gegaan: het uitgangspunt is dat gegevens die aangeleverd (moeten) worden in principe een algemeen nut ondersteunen; nl. open data waarmee de inzichten in verbetering van gezondheidszorg-aspecten mogelijk wordt (cf. Data4beterHealth).

Uiteraard beperkt het 'nut' zich niet enkel tot "het wordt open data", het nut moet bewezen worden. Net zoals de overheid wetenschappelijke evidentie vraagt van de industrie omtrent het in de markt zetten van een medicament, medische apparatuur, medische hulpmiddelen, medische toepassingen (mHealth), is het de evidentie zelf dat ook de 'producten en processen' die de overheid inricht (en oplegt), in dit specifieke geval, de registers, ook een evaluatie doorgaan.

Het verzamelen van alle gegevens vraagt immers een gigantische inspanning, zowel van software-realisatie alsook (zeker afhankelijk van de automatiserings-rijpheid van sommige instellingen) een enorme tijds-inspanning van personeel in de aanleverende instellingen.

Dankzij API8-actie uit het vorige actieplan zijn alle registers zeer uitgebreid beschreven.

In dit actieplan wordt een project uitgevoerd om volgende zaken te onderzoeken en aanbevelingen te doen:

- Waarom is het register opgericht? Welke finaliteit heeft het? Wie levert aan?
- Hoe worden de gegevens aangeleverd? Synchron, asynchron?
- Zijn er Machine2Machine-interfaces beschikbaar om de gegevens aan te leveren?
- Wat was de initiële investering van deze koppeling en wat zijn de jaarlijkse onderhoudskosten?
- Wat is de inspanning om aan te leveren, zowel in het geval van gebruikmakend van (semi-) geautomatiseerde processen?
- Zijn er vergoedings-verbintenissen aangegaan voor het aanleveren van de gegevens?
- Hoeveel hebben die vergoedings-verbintenissen al gekost (out-of-pocket money)?
- Worden de aanleveraars benchmark-data aangereikt?

- Welke beleids-informatie-onderzoeken zijn met de aangeleverde data gebeurd?
- Op basis van die onderzoeken zijn welke beleidsbeslissingen genomen?
- Wat heeft dergelijke beleidsbeslissing teweeggebracht? (zorg-economisch en/of resulteren in betere zorg)

Daarnaast moet het nieuwe uitgangspunt worden: alle nieuwe registers maar ook de bestaande (overlevende) registers moeten uitgerust worden met 'state of the art' system 2 system koppelingen, zodanig dat gegevens ontstaan in de diverse ZIS-componenten gebruikt kunnen worden (afgeleid kunnen worden; eventueel verrijkt worden door extra functionaliteiten) om via een dynamische system2system-koppeling aangeleverd te worden aan de registers.

Hierdoor wordt bereikt dat het "only once"-principe vanuit de bron kan worden gerespecteerd.

Doelstellingen

4.1.1.1 Evaluatie en aanbevelingen

De doelstelling levert een gedetailleerd rapport

- over de bestaande registers met de vragen die hierboven beschreven staan
- met aanbevelingen over aanpassingen/bijstellingen van de bestaande registers en de gegevens-flow om deze registers op te vullen en de gegevens te exploiteren

4.1.1.2. Richtlijnen en checklist voor nieuwe registers

Deze doelstelling stelt een checklist op zodat verzekerd kan worden dat registers op de meest efficiënte manier opgevuld en geëxploiteerd worden.

4.12 Communicatie over en planning van zorg

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | X | X | X | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

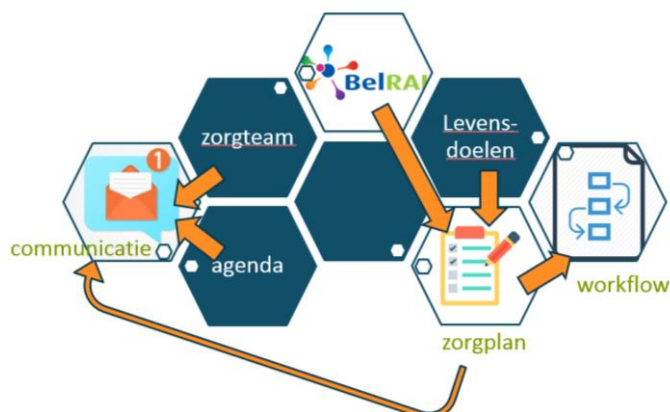
Beschrijving

De Vlaamse overheid heeft als doel om een gedeeld digitaal zorg- en ondersteuningsplan aan te bieden zodat multidisciplinaire samenwerking en gegevensdeling in het kader van zorg en welzijn worden ondersteund. Men streeft naar een integrale zorg waarbij de zorgnoden en – doelstellingen van de persoon als uitgangspunt genomen worden.

De Vlaamse overheid zal de andere gefedereerde entiteiten en de federale overheid op hoogte houden, en waar nodig afstemmen met andere projecten of synergiën zoeken.

Het **digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP)** is in de eerste plaats een **communicatie-en planningsinstrument** om de zorg voor zorgbehoevende patiënten te ondersteunen. Alle relevante gegevens die beschikbaar zijn over/van een persoon met een zorgnood zijn beschikbaar voor alle betrokken zorgverleners en voor de persoon en zijn omgeving.

Het digitaal zorg en ondersteuningsplan kan worden opgesplitst in de volgende elementen:



Dit project heeft raakvlakken met het project 4.2 'Multidisciplinaire functionaliteiten'. Er zal nagegaan worden hoe afstemming tussen beide projecten kan bekomen worden

Doelstellingen

Een digitaal zorg- en ondersteuningsplan (werktitel) dient tot doel om zelfmanagement, zorgcoördinatie en casemanagement te faciliteren en mee mogelijk te maken en dit doorheen alle lagen van de zorg met name thuiszorg, woon-en ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, welzijnszorg, de samenwerking tussen eerste, tweede en derdelijnszorg, etc. De digitalisering van de onderliggende zorgprocessen is nodig om de continuïteit van de zorg te garanderen, de zorgcoördinatie te vergemakkelijken maar ook om de persoon (of diens vertegenwoordiger) zelf aan het stuur te zetten van zijn zorg. Het is niet de bedoeling om een vervanging of vernieuwing van de bestaande e-zorgplannen aan te bieden, noch is het de bedoeling om een nieuw soort elektronisch patiënten/clientendossier (EMR, EPD, EVD, EFD, etc.) aan te bieden.

Het digitaal zorg – en ondersteuningsplan is een **digitale tool** die kan gebruikt worden voor en door elke burger, patiënt of mantelzorger en zorgverlener in het ondersteunen van de zorg. Idealiter worden bepaalde functionaliteiten van de tool al in een vroeg stadium van zorgbehoefendheid ingeschakeld om de zelfregie te ondersteunen, zodoende dat de tool al goed is ingeburgerd alvorens grotere zorgbehoefendheid en afhankelijkheid van zorgplanning optreedt en dat de patiënt al over bepaalde zaken heeft kunnen nadenken, als hij/zij met vragen zit. Dit betekent dat een patiënt, alvorens zorgbehoefend te zijn, al een zorgteam kan hebben (gebaseerd op therapeutische, zorgrelaties en mandaten), kan nadenken over levensdoelen en eventueel een agenda kan hebben met de planning van informele zorg en/of preventieve zorg. Andere zaken zoals BelRAI, Zorgplanning, Workflow, zullen pas worden opgenomen wanneer er meerdere zorgverleningsvormen rondom de patiënt nodig zijn.

Daar tegenover staat het begrip zorg- en ondersteuningsplanning wat een **werkmethode** is, nodig wanneer de zorgsituatie complex wordt en vele zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt. Dan is er nood om de zorg op elkaar af te stemmen met/over een afgesproken planning en met behulp van communicatietools.

4.12.1 Realiseren en aanboden van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan

De piste waar de Vlaamse overheid zelf voorziet in een software en deze ter beschikking stelt aan elke burger en zorgverlener wordt verder onderzocht.

4.12.2 Integratie van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan in de EPD's van zorgverleners

De tool wordt uiteraard gebruikt binnen een architectuur van bestaande applicaties in de gezondheidszorg. Volgende uitgangspunten worden vooropgesteld:

- Individuele gebruiker kan aanloggen via Single Sign On uit het eigen EPD op de tool OF indien geen EPD aanwezig is, aanloggen op de DZOP tool zelf. De DZOP tool is geen vervanging voor een volwaardig elektronisch patiënten dossier (EPD).
- Zorgorganisaties die functionaliteiten van de tool al in de eigen software hebben kunnen via webservices en API's deze functionaliteiten vanuit hun corporate applicatie aanroepen.
- Vitalink gateway wordt de toegangspoort tot de opslag van de data, de gateway kan toegang geven naar zorg en ondersteunings-data van de DZOP tool die is opgeslagen in Vitalink, in de database van de DZOP tool (zal veelal bij de leverancier van de software staan) of op andere servers.

4.13 Connecting Europe Facility (CEF) project gedeelte « Patient Summary »

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | | | | X |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

Dit is een project gerealiseerd door Abrumet, gefinancierd door de Europese commissie in cofinanciering met het Brusselse Gewest.

Om de verschillende manieren waarop de samenvatting van de eHealth patiënt kan worden gebruikt uit te leggen, worden hieronder twee representatieve gebruikscasussen weergegeven. De betrokken menselijke actoren (individuen) zijn de volgende:

De patiënt: persoon uit een land ("land van herkomst" - land A) dat in een ander land gezondheidszorg aanvraagt ("land van behandeling" - land B).

De gezondheidswerker: de gekwalificeerde / gecertificeerde persoon die zorgt voor gezondheidszorg. De gezondheidswerker moet zijn geregistreerd bij ten minste één professionele zorgorganisatie of gezondheidsautoriteit behorend tot het land van behandeling.

Doelstellingen

Om een land in staat te stellen om grensoverschrijdend een patiëntenoverzicht uit te wisselen, moet er gestructureerde en gecodeerde informatie beschikbaar zijn binnen de secties van de uitgewisselde patiëntenoverzicht.

Voor een geldig patiëntoverzicht is er een minimale set informatie die moet worden verstrekt in een gestructureerde en gecodeerde indeling. Afgezien van de minimale set van informatie, is er ook informatie die optioneel is, wat betekent dat de patiëntenoverzicht kan worden uitgewisseld zonder dat deze gegevens zijn ingevuld.

De minimale set informatie werd bepaald op basis van de relevantie vanuit klinisch oogpunt en verklaard gereedheid tijdens het epSOS-project.

4.13.1 Realiseren

De architectuur van NCP-server van CEF-project gebruikt dezelfde IHE-profielen dan Brusafe+.

Het CEF-project moet operationeel zijn voor het Q4 2021, en moet landelijk bruikbaar zijn.

Daarna zullen we bepalen of de NCP-server aan Brusafe+ zal gekoppeld blijven of dat dit eerder aan de Meta-hub kan worden verbonden.

4.13.2 Het uitbreiden voor heel België

De bedoeling van dit project is dat het bruikbaar zal zijn voor heel België. De reden waarvoor de Belgische NCP- server gekoppeld is aan Brusafe+ van Abrumet in de huidige architectuur is dat dit platform momenteel het enige Belgische systeem is dat alle profielen van de Europese server volgt (XCA, XDS, XUA, ...).

Zoals het nu wordt opgericht, zullen, aan het einde van dit project, alle Belgische artsen de Belgische NCP- server kunnen gebruiken om Patient Summaries van Europese burgers kunnen lezen. Andersom zullen ook alle Europese artsen (als hun nationale systeem het aanbiedt) dankzij het huidige project toegang geven tot alle Belgische SUMEHRs (vertaalt naar de CDA Patient Summary formaat) door Abrumet.

4.14 Modulatie van patiënttoegang door zorgaanbieders

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | | | X | | | X |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | X | |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| | X | |

Beschrijving

De toegankelijkheidsregels voor de patiënt van een document gepubliceerd op een hub of op een kluis zijn sterk geëvolueerd tijdens de Roadmap 2013-1018. Zorgverlenerssoftware ondersteunt deze functies niet altijd.

Doelstellingen

De software van de zorgverleners moet in staat zijn om de toegankelijkheidsstatus voor de patiënt van een document dat op een hub of kluis is gepubliceerd, weer te geven. Ze moeten het ook mogelijk maken om deze status te beheren in overeenstemming met de regels van de hub / safe (als de hub / kluis deze functionaliteit biedt).

4.14.1 Realiseren

Actie inzake accreditatie en / of financiële prikkels voor EMD's en EPD's.

Cluster 5 Patiënt als copiloot

5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal

Probleem

De beschikbare functionaliteiten en informatie die beschikbaar is voor de burger/patiënt is nog te beperkt.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| | X | | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

Beschrijving

Dit project is een vervolg en uitbreiding van het project API0 Personal Health Viewer van het actieplan 2013-2018.

Onze gezondheidszorg draait om de patiënt, dus is het evident dat die mee aan het roer staat, naast de zorgverleners met hun medische expertise. Om die actieve rol goed te kunnen invullen, is het belangrijk dat mensen geïnformeerd zijn. En dat is wat we beogen met Mijngezondheid: via dit gezondheidsportaal willen we mensen op een snelle en eenvoudige manier toegang geven tot hun gezondheidsgegevens die digitaal beschikbaar zijn, zodat ze bewuste keuzes kunnen maken.

De eerste ervaringen met het platform zijn positief. Burgers tonen zich erg tevreden dat ze hun medische gegevens nu snel en eenvoudig digitaal kunnen raadplegen, zo blijkt uit de feedback en metingen die we hiervoor doen. Sommige mensen kregen momenteel minder informatie te zien dan anderen, bijvoorbeeld omdat het digitale netwerk waar hun ziekenhuis toe behoort nog niet klaar is om gegevens te delen of omdat hun zorgverleners geen elektronisch dossier bijhouden. Wie vandaag al veel medische gegevens kan zien, moet die kans ook krijgen. Intussen is het aan iedereen op het terrein om dit voor alle burgers mogelijk te maken.

We willen voortdurend verbeteren en zien dit gezondheidsportaal (PHV), als het ideale doorverwijsplatform waarop burgers en/of patiënten aan hun gezondheidsinformatie geraken, die nu verspreid zitten over verschillende bronnen en platformen.

We bouwen verder op een architectuur die het concept 'doorlinking' en 'configureerbare tegels' ondersteunt, dit betekent concreet dat een tegel aanroepen vanuit een externe bron (deelregio, mutualiteit, ziekenhuis, etc.) dezelfde bron zal aanroepen en visueel dezelfde gebruikerservaring zal nastreven. Dit in het belang van de burger en/of patiënt, toegankelijkheid tot zijn gezondheidsinformatie, waar hij zich bevindt.

Naast het uitbreiden van de beschikbare functionaliteiten, is er een actievere rol voor de burger/patiënt, o.a. in het aangeven van foutieve, ontbrekende gegevens (de patiënt kan dit zelf niet aanpassen, enkel signaleren zodat de beslissende rol van een arts bevestigd wordt) maar ook in de keuze van de arts/specialist/zorgverstreker bij doorverwijzing of bij de keuze van de afleverende apotheek voor medicatie. Burgers, patiënten willen zorg niet louter ondergaan maar ook mee bepalen.

Het portaal Mijgezonderheid moet de toegangspoort worden voor gegevens over je gezondheid. Het online portaal zal een overzicht bieden van alle gezondheidsgegevens – medische maar ook administratieve – die elektronisch beschikbaar zijn voor iedere burger. Door deze informatie beter toegankelijk te maken willen we mensen helpen om hun gezondheid mee in eigen handen te nemen.

Verschillende platformen stellen vandaag gegevens digitaal te beschikking van de patiënt, bijvoorbeeld medische gegevens, medisch-administratieve gegevens, informatie over wilsverklaringen... Veel mensen zijn evenwel niet op de hoogte van deze mogelijkheid, of ze vinden de weg niet naar het juiste platform. En daar willen we verandering in brengen met een federaal online gezondheidsportaal.

O.a. wordt de patiënt niet automatisch geïnformeerd als er nieuwe medische data over zijn gezondheid gepubliceerd wordt door zorgverleners, zorginstellingen en gespecialiseerde organisaties. Daarom wordt een doelstelling over het gebruik van eBox als notificatie-middel voorzien.

Doelstellingen

5.1.1. Nieuwe flexibele en configureerbare tegelarchitectuur

Binnen de Mijgezonderheid-toepassing zal het mogelijk zijn om de visualisatie van links configureerbaar te maken. De burger en/of patiënt de beste gebruikerservaring aan te bieden is met onze partners de gemeenschappelijke ambitie, met oog voor uniformiteit. We maken gebruik van nieuw protocol om web-toepassingen met elkaar te integreren via dynamische (deep-)linking. Deeplinking heeft de bedoeling om bij een doorverwijzing direct naar een meer specifieke pagina met doelgerichte informatie te gaan (bv. de pagina met de Sumehr-gegevens van de patiënt.)

Het doel van dit protocol is tweeledig:

- Aanvragen van (een) link(s) bij de Mijgezonderheid-toepassing:
 - o Applicaties kunnen via dit protocol een link aanvragen bij de Mijgezonderheid-toepassing (deeplinking). Wanneer er op deze link geklikt wordt dan kan er doorverwezen worden naar een specifieke pagina binnen de Mijgezonderheid-toepassing.
- Doorverwijzen naar andere diensten vanuit de Mijgezonderheid-toepassing:
 - o Diensten die dit protocol implementeren kunnen beschikbaar gemaakt worden in de Mijgezonderheid-toepassing/via configuratie. Meer specifiek zal de Mijgezonderheid-toepassing, via het doorlinking protocol, een link kunnen opvragen bij deze diensten. De teruggekregen link kan dan gevisualiseerd worden als een tegel binnen de hoofdpagina van de Mijgezonderheid-toepassing.

5.1.2. 3-maandelijkse releases (per seizoen)

Het is de ambitie om zeer regelmatig nieuwe, uitgebreide releases uit te brengen.

Dit ritme van opleveringen kan enkel vastgehouden worden met een gestroomlijnd proces van scope-bepaling, analyse en ontwikkeling, testen, in-productie-name en communicatie.

Door in één dezelfde toegangspoort te voorzien moeten burgers niet langer zelf uit te zoeken waar welke informatie is opgeslagen.

Dankzij de digitale toegang kunnen ze het recht om hun medische gegevens in te kijken, veel eenvoudiger en sneller opnemen. Dit geeft burgers meer mogelijkheden om een actieve rol te spelen in de zorg en bijvoorbeeld hun therapietrouw te verbeteren, bewustere keuzes te maken inzake gezondheid en in dialoog te treden met zorgverleners over hun gezondheid en hun eventuele behandeling.

Dit ritme van opleveringen kan enkel vastgehouden worden met een gestroomlijnd proces van scope-bepaling, analyse en ontwikkeling, testen, in-productie-name en communicatie.

5.1.2.3. Versie 1.3 - Winter 2019 editie

We voorzien in de volgende versie een rechtstreekse koppeling via de Federal Authentication Service (FAS) SSO tussen één van de ziekenfondsen en ons gezondheidsportaal (PHV), burgers en/of patiënten die bij de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen aangesloten zijn, kunnen zich aanmelden tot onze gezondheidsportaal en hun eigen ziekenfondsdossier. We rekenen erop om via deze 5 ziekenfondsen (één landsbond) iets meer dan 2 miljoen Belgen te mogen verwelkomen.

Bovendien zal je voortaan de bijwerking (online vigilantie notificaties) van jouw geneesmiddel kunnen melden. Een bijkomende uitbreiding aan het medicatievoorschrift en beschikbare bijsluiter.

Bijkomend vermelden we graag het nieuwe “mijnTV” initiatief van het WGK waarbij informatie-vergaring en -deling in de thuiszorg als platform aangeboden wordt, waarbij we een nieuwe tegel voor deze toepassing voorzien.

5.1.2.4. Versie 1.4 - Lente 2019 editie

In de lente voorzien we een rechtstreekse koppeling tussen alle Belgische ziekenfondsen en ons gezondheidsportaal (PHV) via de Federal Authentication Service (FAS) SSO. Voortaan zullen alle burgers en/of patiënten via het gezondheidsportaal hun eigen ziekenfondsdossier kunnen raadplegen.

In deze versie willen we de applicatie orgaandonatie en wilsverklaringen ontsluiten, iedere burger en/of patiënt zal voortaan digitaal kunnen raadplegen en aanpassen, zonder zich naar het gemeentehuis te moeten verplaatsen.

Tevens wordt het toegangsbeheer uitgebreid met vertrouwenspersonen. Dit betekent vandaag dat een wilsbekwame patiënt zich kan laten bijstaan door een vertrouwenspersoon bij de uitoefening van zijn patiëntenrechten. De bevoegdheden van deze vertrouwenspersoon dienen steeds overeen te stemmen met de door de patiënt gegeven toestemming (IC).

Eén van de 3 nieuwe functionaliteiten of tegels die we aan het gezondheidsportaal toevoegen zijn, de gezonde vrijwilligers die deel zullen nemen aan klinische studies. Hiervoor wordt dus een applicatie ontwikkeld waarmee de ‘klinische studie’-registrators dan ook de gezonde vrijwilligers zich via het gezondheidsportaal kunnen registreren. Hiermee kan dus bewaakt (hopelijk vermeden) worden dat een vrijwilliger aan meer dan één studie deelneemt.

Ten laatste voorzien we in deze versie een vertaling in het FR van de betrouwbare gezondheidsinformatie “Gezondheid & Wetenschap”, voortaan zullen alle Franstalige Belgen hier ook toegang tot hebben.

5.1.2.5. Versie 1.5 - Zomer 2019 editie

De hoeksteen van deze nieuwste versie wordt de integratie van het medicatiedossier (versie 1) en hoe we dit vanuit het gezondheidsportaal beschikbaar zullen stellen. We willen vanuit het elektronisch medicatie voorschrift als burger en/of patiënt de geneesmiddelen willen toewijzen aan de apotheek waar men deze daarna kan afhalen.

We voorzien een 5-tal nieuwe functionaliteiten en tegels die ervoor moeten zorgen dat de burger en/of patiënt als copiloot een volledig zicht krijgt op zijn gezondheidsdossier.

5.1.2.6. Versie 1.6 - Winter 2019 editie

Eind 2019 willen we het nationaal gezondheidsportaal (PHV) in het Engels ter beschikking stellen, dit zowel voor alle EU-burgers als niet-EU-burgers die in ons land verblijven en werken. Zo krijgen ook niet-Belgen toegang tot beveiligde toepassingen en ons gezondheidsportaal.

Bijkomend voorzien we een 5-tal nieuwe functionaliteiten en tegels, dit kan bijvoorbeeld van toepassing zijn voor vrijwilligers die op regelmatige basis bloed of plasma willen afgeven. Maar ook andere nieuwe toepassingen zoals notificatie-diensten (eBOX) kunnen hiervoor in aanmerking komen. Burgers en/of patiënten

willen geïnformeerd worden wanneer er rapporten en resultaten in het ziekenhuis beschikbaar zijn ofwel wanneer de huisarts de gezondheidssamenvatting aangevuld heeft

5.1.3. Referentiekader 4.0

Dit referentiekader 4.0 is de huidige versie en door alle partners gevalideerd die aan het gezondheidsportaal (PHV) meegewerkt hebben. Het is een belangrijke hoeksteen van het project API0 Personal Health Viewer van het actieplan 2013-2018 en een vervolg hiervan.

Het referentiekader 4.0 heeft als doel om elke burger en/of zijn mandataris (ouder, voogd, vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger) op een eenvoudige, beveiligde en eenduidige manier rechtstreeks toegang te bieden tot de gezondheids- en welzijnsgegevens die hem/haar aanbelangen. Deze toegang moet in het kader van het gelijkheidsbeginsel voor elke patiënt dezelfde zijn, ongeacht de plaats van behandeling, de taal (van toepassing in het desbetreffende ziekenhuis in de deelstaat) of woonplaats.

Het referentiekader omschrijft:

- De context (waarmee rekening gehouden werd, i.e. wet, eGezondheidsprogramma, etc.);
- Toegang tot gezondheids- en welzijnsgegevens door de patiënt (opting in, rechtstreeks online toegang, etc.);
- Identificatie van ouders/voogden minderjarige patiënten, vertegenwoordigers en vertrouwenspersonen;
- Beveiliging;
- Acties rond patiënt-empowerment;

Opvolging initiatieven en afspraken door de governance structuur referentiekader (actoren engageren zich om de initiatieven van de governance structuur op te volgen en gemaakte afspraken na te leven, indien afspraken niet worden nagevolgd is een plaats in het Federaal portaal uitgesloten);

Vandaag wordt het referentiekader voor dit gezondheidsportaal (PHV) uitgevoerd door de hiervoor benoemde stuurgroep, als begeleidingscommissie die instaat en waakt over het bepalen en uitwerken van een roadmap, i.e. hoe doelstellingen (met nieuwe functionaliteiten) gerealiseerd kunnen worden en good practices definiëren/uitschrijven rond belangrijke juridische aspecten (ook vanuit beveiliging/security). Dit rekening houdend met de juiste prioriteiten voor de burger en/of patiënt, om transparantie en inzage te bieden in zijn gezondheidsdossier.

5.1.3. Namahn-rapport

Tijdens het vorige actieplan is samen met de patiëntvertegenwoordigers en een extern bedrijf (Namahn) een uitgebreide studie en rapport gemaakt over de gewenste gebruiksvriendelijkheid en functionaliteiten van het persoonlijk gezondheidsportaal.

De bedoeling van deze doelstelling is het vertalen van de aanbevelingen van dit rapport in concrete opleveringen (wat en wanneer) in één van de releases van het persoonlijk gezondheidsportaal.

5.2 Digitaal Verwijsplatform

Probleem

De betrokkenheid van de patiënt bij doorverwijzingen van een zorgverlener naar een andere zorgverlener is quasi onbestaand.

Klemtone

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
| | | X | | X | | |

Project-type

| | | |
|----------|---------------------|---------------|
| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
| X | | |

Project-categorie

| | | |
|----------|----------------|-------------------------|
| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
| X | | |

Beschrijving

Momenteel (in 2018) is doorverwijzen van een patiënt vanuit een huisartspraktijk op een softwarematig manier reeds mogelijk gemaakt voor een (nog beperkt aantal) verwijzing-types. Verwijzen naar een specialist (vb. reumatologie) kan met een paar klikken; een eForm-formulier kan aangemaakt worden, waarin alle belangrijke onderdelen zijn vervat.

Dit eForm document kan onmiddellijk verstuurd worden naar de eHealthbox van de ontvangende specialist (vb. Reumatoloog X). Het aantal eForm-toepassingen zal drastisch moeten uitbreiden.

Echter, in dit doorverwijsproces moet de patiënt een actievere en meer bepalende rol krijgen door bv. zelf een specialist te kunnen kiezen. Door de patiënt in het proces te betrekken openen we nieuwe toekomstmogelijkheden!

De elektronische verwijzing MOET raadpleegbaar zijn in de Personal Health Viewer (PHV).

In de doorverwijzing moet er een mogelijkheid zijn dat de verwijzer tekst includeert die niet door de patiënt kan worden gezien maar enkel door de ontvanger kan worden gelezen.

Vanzelfsprekend mag de huisarts bij het opmaken van de verwijsbrief een reumatoloog suggereren (deze mag ook in de verwijzing opgeslagen zijn).

De patiënt heeft de mogelijkheid om de suggestie al dan niet te wijzigen, vanuit de PHV-functionaliteit. De patiënt maakt dus uiteindelijk een keuze en zorgt voor de finale doorsturing naar de eHealthBox van de reumatoloog (en een bevestiging naar de eHealthbox van de huisarts!).

De elektronische verwijsbrief moet ook altijd gedropt worden in de eBox van de patiënt (tenminste als hij er één heeft)!

Dit project wil een algemeen doorverwijssysteem uitwerken waarin de keuzemogelijkheid van de patiënt centraal staat.

Deze keuzemogelijkheid zal verder in de toekomst ondersteund kunnen worden door (kwaliteits)criteria die de patiënt aangereikt zal worden:

- Specialist dicht in mijn buurt

- Het curriculum van de specialist is zichtbaar en daarmee worden specifieke sub-specialiteiten zichtbaar
- Specialist gebruikt een elektronisch afsprakensysteem en laat toe dat de verwijzing (met zijn medische details) door de patiënt zelfstandig omgezet kan worden in een geplande afspraak. Patiënt ziet beschikbare slots die via regels passen voor de ingestuurde verwijzing

Doelstellingen

Dit verwijsplatform is bedoeld om verwijzingen in alle richtingen tussen de 1^e lijn en de 2^e lijn te faciliteren en eventueel ook te gebruiken vanuit wachtpost-, RVT-, Revalidatie-omgevingen naar de 2^e lijn.

Met deze verwijsmethodiek zal het tevens mogelijk worden om een unieke identifier ('GUID') te verbinden aan de verwijzing waarmee de resultaat/rapportage feedback vanuit de 2^e lijn dan ook onmiddellijk en ondubbelzinnig verbonden kan worden aan de klacht/consult-registratie van waaruit de verwijzing is ontstaan.

Tegelijkertijd wordt hiermee ook een platform aangeboden waarmee non-medicamenteuze voorschriften (Kiné, logopedie, medical devices....) in dit verwijsplatform kan worden geplaatst, waardoor de patiënt ook bij dergelijke 'voorschriften' zelf kan bepalen bij welke zorgverstrekker de dienst zal worden afgenomen. (zie ook paragraaf 4.5.3: Elektronisch voorschrift.)

Voorts biedt dit centrale verwijsplatform de mogelijkheid om enkel kwalitatieve verwijzingen/voorschriften toe te laten (en op te kunnen slaan). Hierbij wordt dan de brug geslagen met project 4.5 'Beslissingsondersteunend platform'.

5.2.1. Definitie & implementatie van een verwijs-platform

Deze doelstelling ontwikkelt het platform waar andere projecten gebruik van maken om doorverwijzingen te beheren.

Een mogelijke piste kan zijn om de bestaande IHE-server (die gebruikt wordt voor Brusafe+) te gebruiken. Deze server kan het IHE XDW profiel ondersteunen. Een XDW-profiel maakt het mogelijk om een document tussen meerdere organisaties uit te wisselen, trajecttaken te beheren en patiëntgericht te zijn. Het XDW-profiel is geen centrale controller of een centrale planner, maar de beslissingen worden genomen door de randinstanties (zorgverleners, artsen, verpleegkundigen, enz.). XDW coördineert al deze activiteiten in een goed gestructureerde stroom.

5.3 Orgadon

Probleem

Er is geen vlot toegankelijke en geïntegreerde manier waarop een patiënt zijn 'donaties' kan beheren.

Klemtonen

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
| | | X | | | | |

Project-type

| | | |
|---------|---------------------|---------------|
| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
| | X | |

Project-categorie

| | | |
|----------|----------------|-------------------------|
| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
| X | | |

Beschrijving

Het beheer en de registratie van wilsverklaringen inzake orgaan (FOD), weefsel- en celdonatie (FAGG). De actuele toepassing is verouderd en is niet on-line ontsloten naar de burger en het merendeel van de gezondheidszorgprofessionals.

De burger zal via verschillende kanalen zijn wilsverklaringen kunnen beheren (via de software van de huisarts, via de gemeente, via een toepassing beschikbaar via Personal Health Viewer).

Doelstellingen

5.3.1 Opbouw nieuwe back-office applicatie

Deze doelstelling is de implementatie van een nieuw systeem.

5.3.2 Toegang tot Orgadon-gegevens voor zorgprofessionals

Deze doelstelling is de ontwikkeling van de verschillende toegangskanalen zodat zorgprofessionals data kunnen invoeren, wijzigen en opvragen.

De algemene regels van toegang en (therapeutische) relatie moeten gevolgd worden

5.3.3 Beheer door de burger van de Orgadon-informatie

Deze doelstelling verzekert de (beveiligde) toegang tot de applicatie zodat de burger zelf het beheer van zijn wilsverklaringen heeft.

Cluster 6 eGezondheid met Mutualiteiten

MyCareNet-platform biedt zorgaanbieders

- medische en administratieve consultatiediensten voor patiënten waarvoor de verzekeraars Authentieke Bron zijn (onder andere verzekerbareid),
- prijs- en factureringdiensten voor betalingen van derde betaler en de dienst voor het verzenden van gedigitaliseerde getuigschriften
- diensten tot aanvragen en raadplegingen van medische overeenkomsten (bijvoorbeeld hoofdstuk IV)
- diensten GMD-beheer en -raadplegingen

De veranderingen op het platform zijn twee assen: het opstarten van nieuwe diensten en functionele uitbreidingen van bestaande diensten aan de ene kant, de levering van bestaande diensten naar nieuwe gebieden aan de andere kant.

De door de NIC voorgestelde evoluties voor de periode 2019-2021 hebben betrekking tot de uitbreiding van bestaande diensten voor tandartsen, specialisten, kinesisten, logopedisten en medische huizen.

De stromen worden ontwikkeld op een gestandaardiseerde manier (eFac/eAttest - aanvraag / raadpleging overeenkomsten), waardoor de beschikbaarheid voor een nieuwe sector (kinesisten, logopedisten) ingepland zal worden door het verstrekken van een "pakket" aan de diensten voor de betrokken sector.

Klemtonen

| Uitbreiding bestaande concepten | Voortzetting lopend project | Nieuw | Omkadering | Innovatie | Operational Excellence | Europa & Internationaal |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|------------|-----------|------------------------|-------------------------|
| X | X | | | | | |

Project-type

| Concept | Business-uitvoering | IT-uitvoering |
|---------|---------------------|---------------|
| | | X |

Project-categorie

| Federaal | Inter-federaal | Gefedereerde entiteiten |
|----------|----------------|-------------------------|
| X | | |

6.1 eAttest voor de tandartsen, artsen-specialisten, kinesisten en logopedisten

Beschrijving

De eAttest-service biedt de mogelijkheid om de getuigschriften voor verstrekte hulp (GVH) die elektronisch via het MyCareNet-platform worden bezorgd, naar de verzekeringsinstelling van de patiënt (V.I.) te sturen.

EAttest is alleen beschikbaar bij de contante betaling.

De dienst werd in 2018 in productie gesteld voor huisartsen.

Doelstellingen

Het doel is om de dienst beschikbaar te stellen voor andere sectoren, rekening houdend met enerzijds de specifieke kenmerken van deze sectoren (de dienst zelf is generiek, maar sommige controles zijn specifiek) en de beschikbaarheid van software voor deze sectoren. .

Vanaf 2019 wordt de dienst uitgebreid met de volgende functies:

- Mogelijkheid om een eGVH te annuleren via MyCareNet
- Mogelijkheid om bewijsstuk te sturen via eBox-burger
- Versturen van de terugbetalingsgegevens via een globale stroom aan het RIZIV (voor de belastingautoriteiten)

6.1.1 Uitbreiding van eAttest

Tegen het einde van de eerste helft van 2019 zal de generieke dienst eAttest de annulering van een eGVH toestaan (in plaats van de tijdelijke oplossing).

Tegen het einde van 2018 zal de digitalisering van het bewijsstuk voor patiënten mogelijk zijn (door het sturen naar de eBox van de burger). Een planning van in-productie-stelling door de softwareleveranciers is nog niet beschikbaar.

6.1.2 eAttest voor tandartsen

Het is de bedoeling om de dienst in productie te nemen voor de tandartsensector tegen het einde van de eerste helft van 2019

6.1.3 eAttest voor artsen-specialisten

Het is de bedoeling om de dienst in productie te nemen voor de sector arts-specialisten in 2019 of 2020 (ten vroegste één jaar na het voltooien van de bovengenoemde vereisten)

6.1.4 eAttest voor kinesisten

Het is de bedoeling om de dienst in productie te nemen bij de kine-sector twee jaar na de consolidatie van de overeenkomsten van de Task Force en de validatie van de vereisten (zie hierboven), dat wil zeggen ten vroegste in 2020.

6.1.5 eAttest voor logopedisten

Het is de bedoeling om de dienst één jaar na de kiné-sector in productie te nemen voor de sector logopedie, dat wil zeggen ten vroegste in 2021.

6.2 Facturatie 3^e betaler voor medische huizen, kinesisten en logopedisten

Beschrijving

Met de dienst eFac (elektronische facturatie) kan elke instelling of zorgverstreker op elektronische wijze via het netwerk, het facturatiebestand overmaken, opgesteld in het kader van het derde betaler-systeem. Deze dienst is beschikbaar voor de volgende sectoren: ziekenhuizen, laboratoria, WZC, verpleegkundigen, huisartsen en specialisten, wachtposten en tandartsen. Het werd al gepland om het in 2018 beschikbaar te maken voor vroedvrouwen.

Doelstellingen

Het doel is om de dienst beschikbaar te maken voor medische huizen, kinesisten en logopedisten.

6.2.1 Facturatie 3^e betaler voor Medische Huizen

Het is de bedoeling om de dienst in 2019 in productie te nemen voor de sector Medische Huizen.

6.2.2 eFac voor kinesisten

Het is de bedoeling om de dienst in productie te plaatsen voor de kine-sector twee jaar na de consolidatie van de overeenkomsten van de Task Force en de validatie van de vereisten (zie hierboven), dat wil zeggen ten vroegste in 2020.

6.2.3 eFac voor logopedisten

Het is de bedoeling om de dienst één jaar na de kiné-sector in productie te nemen voor de sector logopedie, dat wil zeggen ten vroegste in 2021.

6.2.4 Elektronische facturatie voor apothekers

Om historische redenen gebruiken apothekers het Pharmanet-factureringscircuit en laden ze op via cd's. Vertegenwoordigers van de industrie en het RIZIV hebben gevraagd om de haalbaarheid van migratie naar MyCareNet te analyseren. Op basis van de resultaten van deze analyse zal een planning worden voorgesteld.

6.3 Raadpleging van ledengegevens

Beschrijving

De dienst "gegevens van het lid" biedt de mogelijkheid aan elke instelling of zorgverstreker om de informatie (verzekeraarbaarheid en afgeleide rechten) van de zorgbegunstigde raad te plegen om een correcte facturatie in het kader van de derdebetaler te kunnen uitvoeren

De dienst is een nieuwe mogelijkheid tot raadpleging, die de dienst raadpleging "Verzekeraarbaarheid" vervangt en aanvult.

Naast verzekeraarbaarheid biedt deze nieuwe dienst de mogelijkheid aan om de volgende informatie te raadplegen: bestaan van een zorgtraject (diabetes of nierinsufficiëntie), status chronische aandoening, huisapotheker, enz.

Doelstellingen

In Q1/2019 zal deze dienst voor apothekers, huisartsen en specialisten en wachtposten ter beschikking gesteld worden via het MyCareNet-portaal en voor ziekenhuizen, tarifieringsdiensten en medische huizen via hun software en het MyCareNet-portaal.

In 2019 zullen de sectoren apothekers, huisartsen en specialisten en wachtposten toegang krijgen via hun software.

Finaal, nog steeds in 2019:

- andere sectoren, die toegang hebben tot verzekeraarbaarheid via het portaal ook toegang geven aan deze nieuwe dienst.
- de raadpleging van het abonnement in Medische Huizen zal worden geïmplementeerd.

Uitbreidingen van de raadpleging van andere relevante gegevens is mogelijk, maar is momenteel niet gepland.

In het bijzonder moet de status "invaliden" toegankelijk zijn. Een 1e analyse moet de betrokken sectoren valideren:

- zorgverstrekkers via een aanpassing van de stroom 'raadpleging gegevens van het lid'
- de instellingen (bijvoorbeeld voor afgeleide rechten), hetzij door de stroom Gegevens van het lid beschikbaar te stellen, hetzij door de bestaande stroom van de Attribute Authority te wijzigen.

6.3.1 'Raadpleging van GMD-houder' voor de ziekenhuizen

Het is de bedoeling om de bestaande dienst raadpleging GMD-houder dienst aan te bieden aan de ziekenhuizen.

6.4 Digitalisering van revalidatie-overeenkomsten

Beschrijving

In geval van functionele revalidatie van een patiënt moet het bevoegde ziekenhuis een verzoek tot instemming indienen bij de medische raad van de VI. Tegenwoordig worden deze verzoeken om overeenstemming schriftelijk vastgelegd in overeenstemming met de geldende verdragen. In 2016/2017 hebben de VI's een opportunitystudie uitgevoerd om te overwegen sommige van deze verzoeken te digitaliseren.

Doelstellingen

De diensten van aanvraag en raadpleging van overeenkomsten voor functionele revalidaties (diabetes, cardiale revalidatie, ...) beschikbaar maken voor ziekenhuisartsen om hen in staat te stellen hun verzoeken te digitaliseren in overeenstemming met de geldende verdragen.

Een eerste stap zal zich concentreren op een selectie van de overeenkomsten met het grootste volume, om prioriteit te geven aan het ontwikkelingswerk van de verschillende belanghebbenden (VI's, ziekenhuizen). Dit zijn de 5 revalidatieovereenkomsten in het kader van diabetes (TOP5).

6.4.1 Aanvraag functionele revalidatie-akkoord

De aanvraag voor de functionele revalidatie zal beschikbaar zijn voor TOP 5-overeenkomsten.

6.4.2 Raadpleging functionele revalidatie-akkoorden

De raadpleging van de akkoorden voor functionele revalidatie zal beschikbaar zijn voor TOP 5-overeenkomsten.

6.5 Digitalisering van akkoorden Hoofdstuk IV

Beschrijving

De dienst aanvraag en raadpleging van de akkoorden voor geneesmiddelen uit hoofdstuk IV is enerzijds beschikbaar voor de huisartsen en specialisten (aanvragen en raadpleging) en anderzijds voor de apothekers en de sector van de ziekenhuizen (raadpleging).

Doelstellingen

De raadplegingsdienst zal medio 2018 beschikbaar zijn voor ziekenhuizen (op basis van de huidige interface). Het is ook de bedoeling om de dienst voor aanvragen aan te passen aan de specifieke kenmerken van de DB SAM V2 (RIZIV-project).

6.5.1 Aanpassing van de dienst aanvragen Hoofdstuk IV-akkoorden aan de DB SAM V2

De aanpassingen van de dienst aanvraag Hoofdstuk IV-akkoorden zullen gebeuren na de realisatie van de DB SAM V2. De productieplanning is gekoppeld aan die van SAM V2. Verwacht wordt dat diensten V1 en V2 naast elkaar zullen bestaan.

6.6 Abonnementen bij Medische Huizen

Beschrijving

De inschrijving (of uitschrijving) van een patiënt bij een Medisch Huis is momenteel nog op papier.

Doelstellingen

Aan de Medische Huizen wordt een elektronische dienst ter beschikking gesteld om een patiënt te registreren of uit te schrijven.

Het raadplegen van de registratie bij een medisch huis moet worden uitgevoerd via de dienst 'Raadpleging Gegevens van het lid' (zie hierboven).

6.6.1 Inschrijving en uitschrijving bij een Medisch Huis

De in-productie-stelling van de dienst is gepland voor het einde van 2019.

6.7 Digitalisatie van de kiné-akkoorden

Beschrijving

De digitalisering van de kine-sector vereist ook de digitalisering van kennisgeving en aanvragen voor akkoorden. Een eerste stap die al door het RIZIV is gevraagd, bestaat uit de (gecodeerde) registratie van pathologieën. De structurering van dit project in sub-projecten is onderhevig aan aanpassingen volgens de analyses van de conclusies van de Task Force Kinés.

Doelstellingen

Het doel is om de kine-sector elektronische diensten aan te bieden voor de communicatie van kennisgeving en aanvragen voor akkoorden.

6.7.1 Registratie van pathologieën

De levering van de dienst wordt geanalyseerd (2019 nog te bevestigen).

6.7.2 Digitalisatie van meldingen

Het aanbieden van de dienst is gepland twee jaar na de consolidatie van de overeenkomsten van de Task Force en de validatie van de vereisten (zie hierboven), dat wil zeggen ten vroegste in 2020.

6.7.3 Digitalisatie van de aanvragen voor kiné-akkoord

Het aanbieden van de dienst is gepland twee jaar na de consolidatie van de overeenkomsten van de Task Force en de validatie van de vereisten (zie hierboven), dat wil zeggen ten vroegste in 2020.

Version française

Positionnement

Le plan d'action 2019-2021 se positionne comme une suite (logique) du plan d'action 2013-2018, l'accent étant mis sur :

- L'élargissement des concepts existants à d'autres groupes cibles ou à d'autres domaines d'application
- La poursuite des projets en cours, avec un accent particulier sur l'utilisation concrète dans la pratique
- Élaboration d'un cadre et d'un modèle de gestion pour l'utilisation des systèmes existants construits par le gouvernement et/ou le secteur privé
- Accent sur « l'excellence opérationnelle » : soutien à l'utilisation, rapports sur l'utilisation (KPI, etc.), sur la disponibilité et la performance, amélioration des installations d'essai, ...
- Connexion à l'Europe et aux initiatives et programmes internationaux
- Ajustement des projets en cours, arrêt des projets qui ne sont plus pertinents, lancement de nouveaux projets limité aux projets qui peuvent consolider, harmoniser et stabiliser les projets en cours.

Les lignes directrices suivantes s'appliquent pendant toute la durée de l'exécution du plan d'action e-Santé :

- Accent sur la finition des systèmes existants, tant fonctionnels que techniques.
- Un alignement, une explicitation et une mise en œuvre univoque renouvelés des concepts/fondements de base tels que les relations thérapeutiques et de soins, le COT ('Circle-of-Trust'), l'«Accès aux données» : leur utilisation a rendu clair l'importance et l'impact de ces concepts et la priorité est d'en préciser clairement et de manière univoque les détails
- Une attention particulière sera portée à l'évolution vers l'alignement sur ce qui se passe au niveau européen et international : au début du précédent plan d'action 2013-2018, nous avons développé propres normes, règles et protocoles belges, entre autres, en raison de la nécessité de progresser rapidement et parce que les normes internationales n'étaient pas encore suffisamment clarifiées et matures. Aujourd'hui, de nombreux aspects se sont cristallisés au niveau international, et certainement au niveau européen, et c'est maintenant le moment idéal pour élaborer un plan de transition afin que, d'une part, on puisse participer aux efforts au niveau européen et que, d'autre part, on puisse éviter/résoudre l'isolement de la solution belge.
- Alignement sur les autorités fédérées : le nouveau plan d'action inclut explicitement les accents mis par les autorités fédérées afin qu'il soit clair que le plan est aligné sur ces accents.

Champ d'application du plan d'action

Le présent plan d'action porte sur les projets qui seront mis en œuvre au cours de la période 2019-2021. Il décrit les objectifs de chaque projet, ainsi que les étapes nécessaires à sa réalisation. On le verra plus loin dans le document, il établit dans ce cadre une distinction entre 2 types de projet : les projets conceptuels et les projets d'exécution.

Au niveau d'e-Santé, il existe déjà un large éventail de services :

- D'une part, les services de base offerts par la plateforme e-Health, ainsi que différents services de base fournis par les gestionnaires des coffres-forts de la santé ou de banques de données authentiques.
- D'autre part, les services à valeur ajoutée qui sont proposés aux utilisateurs finaux et recourent en général à différents services de base.

Ces services font l'objet d'une description dans des fiches de service, qui précisent les *service level agreements* en matière de performance et de disponibilité.

La gestion, la maintenance et l'évolution permanente de ces services relèvent, pour leur part, de la responsabilité des fournisseurs des services en question et n'entrent donc pas dans le champ d'application du présent plan d'action.

En revanche, le plan d'action inclut différents projets conceptuels visant à adapter le cas échéant certains services qui dépassent l'évolution permanente normale.

Enfin, en Belgique, e-Santé est basé sur une architecture fonctionnelle, organisationnelle et technique TIC définie de façon concertée. Cette architecture est décrite dans des règlements (par exemple, en matière de consentement éclairé, de preuve des relations thérapeutiques ou de matrice d'accès), ainsi que dans des fiches architecturales (par exemple, en matière de répartition des tâches entre les sources authentiques).

Cette architecture est élaborée dans le cadre des organes institués par la loi portant création de la plateforme e-Health et dans le respect des principes énoncés dans le protocole d'accord du 29 avril 2013 entre l'Etat fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française en vue d'un échange et partage électronique d'informations et de données optimal entre les acteurs du secteur de la santé et du bien-être et de l'aide aux personnes. Ces travaux sont coordonnés par la plateforme e-Health, qui joue donc le rôle d'architecte d'entreprise au niveau de l'architecture de l'e-Santé, en concertation étroite et cocréation avec les acteurs concernés.

La définition et le processus d'évolution permanente de l'architecture n'entrent pas non plus dans le champ d'application du plan d'action. Ce dernier inclut toutefois différents projets conceptuels visant à évaluer certains choix au niveau de l'architecture et, le cas échéant, à y apporter les adaptations qui s'imposent.

Principes régissant l'utilisation des services et éléments de base

Les services de base offerts par la plateforme e-Health et certains éléments de base offerts par d'autres organisations, ou certaines parties de ceux-ci peuvent être utilisés pour l'ensemble des projets décrits dans le plan d'action.

Chacun de ces services et éléments de base fait l'objet de *service level agreements* définis entre autres en matière de performance et de disponibilité.

Dans le cadre de l'élaboration des services et éléments de base, le principe de modularité est pris en compte en suffisance, et ce dans une perspective de réutilisation maximale.

Plus concrètement, il s'agit, outre les services de base offerts par la plateforme e-Health, des éléments de base suivants :

- les coffres-forts e-Santé Brusafe, Intermed et Vitalink, en tant que lieu de stockage sécurisé des données de santé ;
- les sources authentiques telles que CobrHa et SAM v2, ou les nouvelles sources authentiques développées en application du présent plan ;
- les hubs et le système hub/metahub.

Lorsqu'un projet repris dans le plan d'action nécessite de recourir à de tels services ou éléments de base, ou à des composantes de ceux-ci, leurs fournisseurs veillent à ce que cela puisse se faire dans un délai raisonnable, le plan d'implémentation y afférent étant fourni dans les 2 mois.

Structure

Le plan d'action 2019-2021 constitue l'étape suivante du trajet logique suivi depuis déjà plusieurs années : d'une idée à des projets, ensuite des projets à des "services" et enfin l'utilisation de ces services.

Plus concrètement, cela se traduit, d'une part, par l'intégration des projets dans des organisations opérationnelles (administrations fédérales ou régionales, partenaires, etc.) et, d'autre part, par l'intégration de l'ensemble des systèmes pertinents dans un ensemble pratique pour les utilisateurs finaux (à l'exemple de VIDIS, à l'intérieur duquel le dossier médicamenteux (coffres-forts) et les prescriptions (Recip-e) formeront un ensemble intégré).

Le présent plan d'action établit la liste des projets, rassemblés en clusters. Pour chaque projet, le plan décrit en quoi il est nécessaire ("pourquoi souhaite-t-on réaliser ce projet") et ce à quoi il doit aboutir (objectifs globaux) ("à quoi veut-on arriver au travers de ce projet")

En revanche, le plan d'action ne détaille pas les actions spécifiques à accomplir dans le cadre d'un projet pour atteindre les objectifs. Le soin en est laissé au chef de projet et à l'équipe de projet, un suivi étant assuré par le Program Board.

Le plan est en outre devenu évolutif, il couvre une période de trois ans.

Au cours de la phase de réalisation du présent plan d'action, chaque projet fera l'objet d'une description détaillée dans un plan de projet. Ce dernier développera les actions, ainsi que les accords en matière de budget, de champ d'application, de planification, de gouvernance spécifique et de résultat final escompté. Le plan de projet sera établi par une équipe de projet, sous la responsabilité d'un chef de projet.

Cette façon de faire permettra de disposer de la flexibilité nécessaire pour s'adapter à l'évolution des circonstances tout en réalisant les objectifs fixés.

Continuité

Le plan d'action e-Santé 2019-2021 s'inscrit dans le prolongement du plan d'action e-Santé 2013-2018, qui est arrivé à son terme.

Les projets en cours qui ne sont pas encore terminés et gardent leur pertinence seront poursuivis, le cas échéant en remaniant légèrement leur objectif et le trajet à parcourir pour réaliser celui-ci.

En cas de réorientation de projets en cours et/ou de lancement de nouveaux projets, on permettra aux régions d'y participer à leur propre rythme (autrement dit, les projets ne seront pas mis au ralenti par le partenaire le plus lent). Ce principe ne s'applique, cela va sans dire, qu'aux projets ne comportant aucun vecteur de dépendance susceptible de conduire à un blocage. En outre, l'éventuelle différence de progression fera l'objet d'une communication transparente. Si une région décide d'adhérer à un projet en cours ou à un projet déjà mené à bien, elle apporte une contribution à la réalisation du service.

Les projets strictement fédéraux ou strictement (inter-)régionaux qui, d'une façon quelconque, ont recours à l'un des services de base de la plateforme e-Health ou à d'autres services de base sont affichés à la vue de l'ensemble des partenaires en toute transparence dans la plateforme e-Health.

Agility

Ces dernières années, les TIC ont su répondre à la demande d'un raccourcissement du "time-to-market" et ont tenu compte des critiques, justifiées, relatives au délai de réalisation trop long entre la demande initiale et la livraison finale et au fait que les solutions finales livrées étaient le plus souvent très éloignées de la demande et de la problématique initiales. Cette réponse est dite 'agile', terme anglais que l'on peut traduire par 'flexible'.

L'idée de base est qu'un projet fonctionne de façon incrémentale et produit très fréquemment des sous-fonctionnalités. Cela permet, le cas échéant, d'apporter rapidement des ajustements et d'obtenir des résultats à bref délai, fussent-ils partiels.

Dans l'e-Santé, ce sont surtout les livraisons fréquentes et progressives qui sont importantes.

Pour cette raison, les projets du plan d'action 2019-2021 seront encouragés à livrer concrètement au moins 2x/an afin de donner de la visibilité au projet et de permettre d'effectuer les ajustements nécessaires en vue des phases suivantes.

Réutilisation

On a constaté que certaines composantes sont réutilisables dans de nombreux projets, mais jusqu'à présent, tous les projets les développent encore et encore à partir de zéro.

En voici quelques exemples, parmi lesquels on trouve tant des composantes techniques que des concepts et des systématiques :

- composantes liées à un site web,
- mécanisme de support opérationnel doté de structures d'aide sous-jacentes,
- système de monitoring end-to-end,
- prescription et adressage par voie électronique
- cadre juridique générique

- méthodique de communication à l'égard des parties prenantes
- instruments permettant d'implémenter des normes

Certaines de ces composantes réutilisables peuvent également être intégrées par des systèmes externes. Si leur utilisation se généralise, ces composantes peuvent devenir soit des services de base e-Health, soit des applications générales e-Santé (mises gratuitement à la disposition de tous les acteurs concernés).

L'idée de base est que les projets peuvent avoir recours à ces composantes et systématiques pour résoudre des difficultés récurrentes.

En d'autres termes, tant au stade du développement des projets et des systèmes que par la suite, en phase opérationnelle, les composantes communes pourront être utilisées pour accroître la qualité (bonnes pratiques), réduire le délai de réalisation et le prix de revient des projets (grâce à l'utilisation d'éléments "préfabriqués") et faciliter la maintenance. Ce principe de réutilisation est déjà appliqué depuis un certain temps dans d'autres domaines d'activité.

Clusters

Le concept de "cluster" est utilisé pour marquer le lien entre les différents projets et soutenir une coopération plus intensive entre projets connexes.

Un cluster correspond au regroupement de projets étroitement liés. Il regroupe des projets qui ont chacun leurs propres objectifs spécifiques mais qui, ensemble, ajoutent une dimension supplémentaire à la réalisation des objectifs stratégiques du programme.

En permettant un rapportage plus clair et en proposant un processus d'escalade plus clair en cas de blocage, le principe des clusters simplifie la gestion et le suivi par les organes de gouvernance.

Le principe des clusters doit également faciliter l'échange de ressources (budget, personnel du projet, experts, etc.) entre les projets du cluster.

Enfin, le principe des clusters peut également faire diminuer les frais généraux liés à une approche par projet, sans pour autant perdre les avantages indéniables du travail par projet (c'est-à-dire le suivi, la planification, la transparence, la prévisibilité en matière de calendrier, le budget et l'étendue).

Et cela, parce que le principe du cluster rend inutile de développer une méthodologie complète pour chaque projet puisqu'elle peut aussi être développée au niveau du "cluster".

Le choix entre l'application de la méthodologie du projet au niveau du projet ou au niveau du cluster repose sur les critères suivants :

- la taille du projet (en termes de champ d'application, de budget ou de charge de travail)
- l'impact sur les autres projets et le programme
- le nombre de parties prenantes

Il doit être clair que le concept de "cluster" n'introduit pas une couche supplémentaire en termes de gestion : il y a un gestionnaire de programme et des chefs de projet qui dirigent, soit un projet, soit un ou plusieurs projets au sein d'un cluster.

Types de projet

La diversité des projets ne réside pas uniquement dans leur contenu, mais également dans leur approche, leur finalité et le résultat escompté. La répartition des projets en deux types, à savoir (1°) les projets conceptuels et (2°) les projets d'exécution, permet de préciser les choses et d'assurer un suivi et un ajustement plus efficace des projets.

Les points sur lesquels il importe de se mettre d'accord sont non seulement de savoir "comment" un projet est lancé, mais aussi "quand" il s'arrête. Et comment il devient, le cas échéant, un service e-Santé.



On distingue les types de projet suivants :

➤ Projets conceptuels

- Ce type de projet est utilisé lorsque l'on souhaite transformer une "idée brute" en plan de projet qui soit applicable. On s'en sert également pour réévaluer certaines composantes de base existantes et savoir si celles-ci répondent encore pleinement aux besoins.
- Ce type de projet se caractérise par un grand nombre de réunions de brainstorming et de coordination avec de nombreux stakeholders, tant internes qu'externes. Il comporte en général une analyse business.
- Il débouche sur une description de projet détaillée, qui inclut une délimitation du champ d'application, une estimation de haut niveau des coûts de la mise en œuvre, des flux d'activité de haut niveau, etc.
- Ce type de projet revêt une dimension stratégique importante.
- La suite logique des projets conceptuels est un projet d'exécution qui met en pratique les concepts développés.

➤ Projets d'exécution

- Ce type de projet est utilisé pour réaliser un plan de projet concret, dans le cadre duquel la problématique, la délimitation du champ d'application, le calendrier et le délai de réalisation ont été décrits avec un degré élevé de détail.
- Ces projets débutent en général par une "analyse fonctionnelle" basée sur la business analyse du projet conceptuel développé en amont.
- Il est facile d'assurer leur suivi puisqu'ils font l'objet d'un plan de projet concerté détaillé qui décrit le champ d'application, le budget (charge de travail incluse) ainsi que le calendrier, lequel inclut les phases et jalons mesurables à respecter.
- Ce type de projet comporte 2 variantes ayant chacune un profil différent de management de projet et de collaborateurs de projet :
 - Business : l'accent est mis sur les activités organisationnelles non liées à l'IT (exemples : projet "Incitants", projet "Formation", etc.). Ce qui ne veut pas dire que ces projets ne comportent aucune activité IT, mais que l'essentiel de la charge de travail est lié aux aspects opérationnels et que c'est sur ces derniers que l'on met l'accent.
 - IT : l'accent est mis sur les activités liées à l'IT comme l'analyse technique, le développement applicatif, les tests, la mise en production, etc.

Révision du plan d'action

e-Santé ayant désormais atteint son rythme de croisière, il est indiqué d'actualiser le plan tous les ans en ayant à l'esprit la période de deux ans sur laquelle il s'étend.

À partir de mars 2020, une consultation sera réalisée chaque année à l'initiative du gestionnaire de programme et de « l'architecte d'entreprise » afin d'évaluer les projets et d'en ajouter de nouveaux. Dans ce cadre, on demandera aux parties prenantes concernées d'adresser des fiches de projet décrivant les projets qu'elles estiment nécessaires.

En fonction du type de projet, le contenu des fiches de projet sera différent. C'est le gestionnaire de programme qui établira les templates de fiche de projet.

Si une même personne introduit plusieurs fiches de projet, il est demandé de définir un ordre de priorité.

Parmi les parties prenantes consultées, on peut citer les ministres de la santé des différents niveaux de pouvoir, le SPF SPSCAE, l'INAMI, l'AFMPS, la plateforme e-Health, les administrations communautaires et régionales compétentes, le CIN, Recip-e, etc.

En mai et juin, on demandera aux parties prenantes de soumettre des projets conceptuels et/ou des projets d'exécution au gestionnaire de programme au moyen d'un template standardisé. Un projet conceptuel consistera en un exposé du problème et une motivation de la priorité. Quant au projet d'exécution, il consistera en un plan de projet (fiche de projet) et une motivation de la priorité.

Pour la fin du mois d'août de chaque année, le gestionnaire de programme, aidé par des experts (l'architecte d'entreprise, par exemple) et conseillé par les organes de gouvernance concernés d'e-Santé, consolidera l'ensemble dans une proposition coordonnée et complète pour la période suivante ("sliding window"). Cette proposition sera discutée au sein du Program Board.

En septembre, la proposition de programme pour la période suivante sera discutée, amendée si nécessaire, et validée à la réunion du GTIC. Après quoi, elle sera entérinée à la CIM.

À partir d'octobre, le plan fera l'objet d'un exposé informatif rassemblant toutes les parties prenantes au sein du Comité de gestion de la plateforme e-Health, et les organes de gouvernance des autres services e-Santé seront informés.

La révision du plan d'action sous forme de schéma :

| | |
|---|------------|
| Initiative Gestionnaire de programme & Architecte d'entreprise | Mars |
| Consultation des parties prenantes quant à de nouveaux projets (perspective à 2 ans; 1e fois en 2020) | |
| | |
| Soumission des nouveaux projets par les parties prenantes | Mai & juin |
| <i>Conformément au template établi pour chaque type de projet (conceptuel ou d'exécution)</i> | |
| | |
| Proposition de consolidation par le Gestionnaire de programme & Architecte d'entreprise | Fin août |
| <i>Débouche sur un nouveau plan d'action intégral et remanié (les priorités des projets existants peuvent également avoir subi certains changements)</i> | |
| | |
| Discussion et validation par le GTIC et la CIM | Septembre |
| <i>Validation par le GTIC</i> | |
| <i>Entérinement par la CIM</i> | |
| | |
| Exposé à l'ensemble des parties prenantes au sein du comité de gestion de la plateforme e-Health et organes de gouvernance pertinents d'autres services d'e-Santé | Octobre |

Suivi des projets conceptuels et des projets d'exécution

Il est nécessaire de mettre en place un suivi intensif de l'état d'avancement des projets. Cela signifie qu'il faut appliquer les principes d'une méthodologie de projet sans pour autant imposer formellement et obligatoirement une méthodologie spécifique.

Ces principes s'appliquent à la fois aux projets conceptuels et aux projets d'exécution.

Ces principes sont entre autres :

- au début d'un projet ou d'un cluster
 - o une description claire du champ d'application et des objectifs à atteindre
 - o l'élaboration d'un plan de projet avec calendrier, charge de travail et jalons, y compris des scénarios de test basés sur des cas d'utilisation.
 - o la détermination du budget alloué/nécessaire, sur la base d'une estimation détaillée des différents éléments de coût du projet
 - o la fixation du financement du budget nécessaire : qui paie quelle partie des coûts prévus ? ? (voir matrice de financement du groupe de travail Budget du GTIC e-Santé)
 - o une description claire de la structure de gouvernance du projet (qui s'appuiera évidemment sur une structure définie au niveau du Plan d'action), dans les limites de la gouvernance générale votée dans le Plan.

- pendant l'exécution d'un projet
 - o un rapport sur le champ d'application, le calendrier, le budget et la charge de travail avec une comparaison progressive avec le plan initial : initial <-> actuel <-> ETC (*estimate to complete*)
 - o rapportage sur les tests de réalisation et de concrétude à l'aide de cas d'utilisation et de scénarios de test.
 - o les écarts par rapport au plan initial (champ d'application, budget, calendrier, charge de travail) doivent être formellement confirmés par les organes de gouvernance sur la base des délégations suivantes :
 - écarts de max. 5 % : décision prise par le chef de projet / le groupe de pilotage
 - écarts de max 20 % : décision prise par le gestionnaire de programme / Program Board
 - écarts > 20 % : décision prise par les organes de décision stratégiques (voir chapitre Gouvernance)

- à la réception du projet
 - o élaboration d'un plan de test comprenant des tests d'acceptation par les utilisateurs (s'ils sont pertinents, c'est-à-dire principalement pour les projets comportant une composante IT).
 - o une description détaillée et l'exécution du transfert du projet à l'organisation opérationnelle qui sera chargée de gérer l'application ou le système livré.

Financement

Pour chaque projet du Plan d'action, le budget nécessaire ainsi que les jours-homme nécessaires pour chaque profil nécessaire seront, dans la mesure du possible, préalablement détaillés. Ces détails devraient comprendre, si possible, les coûts et les jours-homme pour les systèmes de base étroitement liés (p. ex. les services de base e-Health, les coffres-forts, les hubs).

Pour les projets qui ont déjà débuté dans le cadre du plan précédent et qui se poursuivent dans le cadre du nouveau plan, un état de la situation budgétaire sera établi ("prévu", "déjà utilisé", "encore nécessaire"). Un projet n'est lancé qu'une fois que l'on s'est bien mis d'accord sur les conséquences (financières) de la gestion de l'application avec l'organisation qui incorporera finalement l'application intégrée (le résultat de la réception du projet) dans ses services.

Le financement du budget nécessaire est ventilé : le plan d'action finance les coûts directs des projets, les coûts de développement des systèmes concernés (comme les coffres-forts, les hubs, e-Health, etc.) sont quant à eux prévus par les systèmes proprement dits.

Les frais directs découlant (de certains) des projets du plan d'action sont financés au travers d'un mécanisme de co-financement qui prévoit que toutes les autorités (qu'elles soient fédérales ou fédérées) participent aux coûts selon une clé de répartition prédéfinie. (cf. matrice de financement du groupe de travail Budget du GTIC e-Santé)

Lorsqu'il s'agit de participer au financement d'un projet par une autorité, les autorités sont tenues de respecter un cycle budgétaire. La participation à un projet par une autorité dépend donc de ce que celle-ci a prévu à l'avance une année donnée pour soutenir l'ensemble du plan d'action e-Santé. La révision annuelle du plan d'action, qui prévoit toujours un horizon de 2 ans, permet d'anticiper cette participation de façon adéquate dans le cycle budgétaire.

Il convient de garder à l'esprit que le cycle budgétaire des administrations et autorités concernées n'est pas synchronisé avec le plan d'action : les provisions budgétaires pour l'année suivante doivent être fixées dès le mois de juin de l'année précédente. Les administrations appliquent un système de financement par enveloppe pour l'e-Santé dans son ensemble, ce qui veut dire que la réalisation des projets est tributaire de ce système.

Il est essentiel qu'au démarrage d'un projet, le financement du budget nécessaire soit formellement vérifié et confirmé, mais aussi que les jours-homme nécessaires et les profils appropriés (par exemple : analyste de processus, développeur, testeur, etc.) soient disponibles,

On peut dès lors définir des priorités et/ou ajuster les objectifs d'un projet pour respecter le budget disponible, le calendrier ou la charge de travail.

Structure de gouvernance

Conformément à la loi relative à l'institution de la plateforme e-Health et au protocole d'accord entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions, l'objectif stratégique global d'e-Santé consiste à :

- optimiser la qualité et la continuité des prestations de soins de santé,
- optimiser la sécurité du patient,
- simplifier les formalités administratives pour tous les acteurs des soins de santé,
- et à offrir un soutien solide à la politique en matière de soins de santé,

et ce en

- favorisant et en soutenant une prestation de services et un échange d'information mutuels électroniques bien organisés entre tous les acteurs des soins de santé
- offrant les garanties nécessaires en ce qui concerne la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins et le respect du secret médical.

Le présent plan d'action entend poursuivre la mise en œuvre de cet objectif stratégique global. La structure de gouvernance détermine **comment et par qui** sont prises les décisions concernant les projets qui s'inscrivent dans le cadre du plan d'action e-Santé et l'architecture d'entreprise en matière d'e-Santé. Ces décisions portent sur les objectifs stratégiques et opérationnels, les projets et l'architecture nécessaires à leur réalisation, le calendrier qui s'y rapporte et leur champ d'application, ainsi que sur le budget nécessaire à cet effet.

Outre la prise de décisions, la structure de gouvernance entend également assurer la circulation de l'information et la transparence en favorisant, entre toutes les parties prenantes, la cohérence et la cocréation par une "coalition des volontaires".

La gouvernance s'organise sur 3 niveaux :

- **un niveau stratégique**
à ce niveau, l'objectif stratégique global est transposé en sous-objectifs stratégiques; ceux-ci découlent des choix stratégiques faits par l'État fédéral et les entités fédérées; on veille à ce que le plan d'action e-Santé, d'une part, et l'architecture d'entreprise en matière d'e-Santé, ainsi que les services de base et éléments de base, d'autre part, soutiennent ces objectifs stratégiques.
- **un niveau tactique**
à ce niveau, les objectifs stratégiques sont transposés en objectifs opérationnels, les objectifs opérationnels sont transposés en projets conceptuels et projets d'exécution, le plan d'action qui regroupe ces projets est géré, l'architecture d'entreprise en matière d'e-Santé est définie, et on décide, dans le cadre de la réglementation, qui fournit quels services de base et éléments de base.
- **un niveau opérationnel**
à ce niveau, les projets sont mis en œuvre, et les services de base, les éléments de base et les services à valeur ajoutée sont fournis conformément à l'architecture d'entreprise et aux SLA.

La gouvernance est assurée par les organes existants, dans le respect de leurs missions légales et dans un esprit de collaboration constructive. Ces organes sont les suivants :

- la Conférence interministérielle de la santé publique (CIM) : la CIM a été créée pour favoriser la concertation et la collaboration entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions dans le domaine de la santé publique et, dans ce cadre, gérer les services et institutions communs, exercer conjointement leurs compétences respectives, et mettre sur pied des initiatives communes; la CIM se compose des ministres ayant la santé publique dans leurs attributions aux différents niveaux de pouvoir;
- le Groupe de travail intercabine de la Santé publique (GTIC) : le GTIC prépare la politique de la CIM; il se compose de membres des cabinets des différents ministres ayant la santé publique dans leurs attributions aux différents niveaux de pouvoir, assistés si nécessaire par un représentant de leur choix, du gestionnaire de programme du plan e-Santé et d'un représentant de la plateforme e-Health jouant le rôle d'architecte d'entreprise en matière d'e-Santé;
- les organes de gestion des services publics ou des services d'intérêt général à différents niveaux de pouvoir, comme les organes de gestion de l'INAMI, du SPF Santé publique, de VASGAZ ((Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg⁶, gestionnaire de Vitalink), du Réseau Santé Wallon ou d'Abrumet : ces organes sont responsables de la prise de décision

⁶ <https://www.departementwvg.be/wie-wat-het-agentschap>

sur les aspects de fond de la politique de santé ou des soins de santé, et/ou de la gestion des services de base ou éléments de base concernés; leur composition est hétérogène ;

- le comité de gestion de la plateforme e-Health (CG) : le CG assume la responsabilité finale de la gestion de la plateforme e-Health dans le cadre de l'accomplissement de ses missions légales ; le CG est composé de façon tripartite : représentants des prestataires et établissements de soins, représentants des mutualités, et représentants des ministres ayant la santé publique dans leurs attributions et des administrations publiques du secteur de la santé des différents niveaux de pouvoir; le gestionnaire de programme du plan e-Santé est invité en tant qu'observateur aux réunions du CG ;
- le Comité des utilisateurs de la plateforme e-Health et ses groupes de travail : le Comité des utilisateurs assiste le comité de gestion de la plateforme e-Health dans un certain nombre de domaines déterminés par le législateur ;
- le groupe de pilotage fédéral : il s'agit d'un organe créé pour coordonner les projets fédéraux en matière d'e-Santé entre les administrations concernées ; le groupe de pilotage se compose des responsables finaux des différentes administrations fédérales compétentes en matière de santé publique et du conseiller e-Santé du ministre fédéral de la santé publique ;
- le Program Board du plan e-Santé (voir infra).
- l'organe consultatif avec les fournisseurs de logiciels: cet organe informel organise des consultations régulières entre le gouvernement, les acteurs de la santé et les fournisseurs de logiciels afin d'assurer une évolution bien organisée d'e-Santé dans l'intérêt du patient et des acteurs des soins, tout en respectant le rôle de chacun et des pouvoirs des autres organes en ce qui concerne la prise de décisions de fond; le gouvernement se concentre principalement sur la détermination, l'orientation et le soutien des politiques, les acteurs de la santé sur la définition des besoins et l'utilisation efficace des services d'e-Santé, et les fournisseurs de logiciels sur la fourniture de logiciels de haute qualité et abordables et l'innovation technologique; l'organe consultatif est composé de représentants des administrations publiques des différents niveaux d'administration responsables d'e-Santé, du responsable du programme du plan d'e-Santé, de représentants des acteurs de la santé et de représentants des fournisseurs de logiciels pour les prestataires de soins de santé et les institutions

Au niveau stratégique, on trouve :

- les différents ministres de la santé publique, chacun pour leur domaine de compétence ;
- la CIM, aidée par le GTIC, pour ce qui concerne les sous-objectifs stratégiques qui concernent différents niveaux de pouvoir ;
- les organes de gestion des services publics responsables de la préparation et de l'exécution de la politique en matière de (soins de) santé, pour ce qui est des aspects de fond de la politique, chacun dans leur domaine.

Au niveau tactique, on trouve :

- le Program Board du plan e-Santé, pour ce qui concerne les projets prévus dans le plan d'action ;
- le comité de gestion de la plateforme e-Santé, assisté par le comité des utilisateurs et l'administration de la plateforme e-Santé, pour ce qui concerne l'architecture d'entreprise⁷ en matière d'e-Santé.

Au niveau opérationnel, on trouve :

- le gestionnaire de programme du plan e-Santé et les différents chefs de projet, pour ce qui concerne les projets définis dans le plan ;
- les fournisseurs de services de base et d'éléments de base en matière d'e-Santé, pour ce qui concerne les services en question et la mise en œuvre de l'architecture d'entreprise.

On l'a vu plus haut, le plan d'action distingue 2 types de projets : les projets conceptuels et les projets d'exécution. Chaque projet, quelle que soit la catégorie à laquelle il appartient, est en outre classé dans l'un des trois groupes suivants :

- strictement fédéral (A)
- strictement (inter) entités fédérées (B)
- interfédéral (C)

⁷ L'architecture d'entreprise est un ensemble cohérent et cohérent de principes, élaborés sous la forme de principes, règles, directives et normes décrivant comment l'organisation, la fourniture d'informations, les applications et l'infrastructure ont pris forme et comment elles sont utilisées. (<https://nl.wikipedia.org/wiki/Enterprisearchitectuur>)

L'inscription dans un groupe est proposée par le Program Board interfédéral et validée par la CIM. Un chapitre suivant présente la répartition des projets du plan d'action 2019-2021.

Le Program Board du plan e-Santé est un organe de concertation tactique en matière d'élaboration et de mise en œuvre du plan e-Santé, et il est organisé par un **gestionnaire de programme**. Le Program Board peut être utilisé pour préparer les aspects de fond des réunions de la CIM, par le biais du GTIC, et du groupe de pilotage fédéral en ce qui concerne les projets prévus dans le plan d'action.

Le Program Board n'est pas responsable de l'élaboration de l'architecture d'entreprise de l'e-Santé, de la répartition des tâches en matière d'offre de services de base ou d'éléments de base, ni du suivi opérationnel du suivi de ces services et éléments. Ces aspects sont pris en charge par le comité de gestion de la plateforme e-Health, qui peut être utilisé dans ce domaine pour préparer les aspects de fond des réunions de la CIM, par le biais du GTIC.

Selon qu'il s'agit d'un projet strictement fédéral (A), strictement (inter)régional (B) ou interfédéral/régional (C), la composition du Program Board est différente :

(A) Projets strictement fédéraux (7 participants) :

- gestionnaire de programme du plan e-Santé
- représentant de la plateforme e-Health
- conseiller e-Health du ministre fédéral de la santé publique
- représentant de l'administration fédérale SPF Santé publique
- représentant de l'administration fédérale INAMI
- représentant de l'administration fédérale AFMPS

(B) Projets strictement inter entités fédérées (3 + x participants)

- gestionnaire de programme du plan e-Santé
- représentant de la plateforme e-Health
- x délégués des entités fédérées

(C) Projets interfédéraux (7 + 3 participants)

- Composition groupe (A)
- délégué région Flandre
- délégué région Wallonie
- délégué région Bruxelles

Par souci de transparence, l'ordre du jour et le PV de toutes les réunions des 3 Program Boards sont transmis à l'ensemble des parties prenantes qui font partie des autres Program Boards. Toutes les réunions du Program Board font l'objet d'un PV établi par le secrétariat du gestionnaire de programme.

Le Program Board fournit les points de l'ordre du jour en ce qui concerne les projets du plan d'action au GTIC / à la CIM. Pour les projets conceptuels, il s'agit aussi bien des projets développés et bénéficiant d'un large soutien de la part du Program Board que des projets conceptuels qui ne sont pas soutenus par l'ensemble des membres du Program Board, de manière à pouvoir dégager un soutien maximal. Pour les projets d'exécution, seuls sont soumis à la discussion les projets pour lesquels aucune solution n'a été trouvée au sein du Program Board dans le cadre du pourcentage d'écart autorisé (voir infra).

Le gestionnaire de programme du plan e-Santé assure la coordination et le pilotage quotidiens - sur le plan de la cohérence et du fonctionnement général - du portefeuille de projets du plan e-Santé dans le cadre des stratégies et objectifs définis et des tolérances de projet (budget, jalons de haut niveau, champ d'application, etc.) approuvées par le GTIC / la CIM. Il s'agit du suivi direct et du pilotage opérationnel/tactique des projets d'exécution, avec un écart maximal de 20% suivant ce qui a été convenu. En outre, le gestionnaire de programme adresse les difficultés/problèmes aux organes décisionnels appropriés, et est assisté à cet égard par le Program Board. Il assure le suivi et les ajustements du programme et des projets conformément aux décisions prises.

Le gestionnaire de programme fait rapport / transmet des informations sur l'avancement du plan d'action au GTIC/à la COM, au groupe de pilotage fédéral et au comité de gestion de la plateforme e-Health. Il se charge également de préparer les réunions du groupe de pilotage fédéral et du GTIC / de la CIM dans ce domaine. Le gestionnaire de programme ne prend pas de décision en ce qui concerne le "quoi" et le "comment" de

l'architecture d'entreprise. Le gestionnaire de programme est financé par le budget commun e-Santé et est en poste au sein de l'une des administrations fédérales.

L'«architecte de l'entreprise» est responsable de l'élaboration et de la maintenance de la cohérence fonctionnelle des systèmes et des projets dans l'e-Santé et du suivi d'une vue d'ensemble claire («architecture d'entreprise»). Il est assisté par différents groupes de travail liés à l'architecture (groupe de travail architecture, groupe de travail accès, ...). L'architecte de l'entreprise et le président (en rotation) du groupe de travail de la plate-forme eHealth travaillent en étroite collaboration; Le président du groupe de travail architecture de la plate-forme eHealth est le premier point de contact des contacts avec les différents groupes de travail axés sur l'architecture.

L'architecte de l'entreprise prend des décisions sur les questions d'architecture relatives au «quoi» et «comment».

L'architecte de l'entreprise est financé par le budget commun de l'e-Santé et a son siège dans l'une des administrations fédérales (de préférence, la plate-forme eHealth).

Si nécessaire, les projets disposent de leur propre groupe de pilotage qui est investi d'un pouvoir de décision dans les limites du champ d'application, du budget et du calendrier établis, et peut s'écarter de ce qui a été convenu dans une limite maximale de 5%. Les projets font appel à des comités consultatifs ou à des groupes d'accompagnement, etc. spécifiques au projet pour permettre à toutes les parties concernées d'apporter leur contribution au projet en termes de contenu.

Le plan d'action e-Santé rassemble des projets mis en œuvre par le niveau de pouvoir fédéral (strictement fédéral) et n'ayant aucun impact sur les services e-Santé et réseaux de partage de données des entités fédérées. Ces projets sont coordonnés et suivis au sein d'un groupe de pilotage fédéral qui rassemble l'ensemble des partenaires concernés (INAMI, SPF Santé publique, AFMPS, plateforme e-Santé, etc.). Le groupe de pilotage prend ses décisions de façon autonome et procède à des escalades comportant une composante politique stratégique au niveau fédéral ou à des escalades liées à des projets d'exécution entre administrations fédérales (budget et disponibilité des collaborateurs de projet, par exemple).

Si un projet utilise des services ou éléments de base ou a un impact sur ceux-ci, il faut que le projet en tienne compte. En particulier si des modifications ou extensions s'imposent. Dans ce cadre, il associe les organes de gouvernance spécifiques des services de base ou éléments de base concernés. Exemples : pour Vitalink, il s'agit d'associer l'Agence flamande de collaboration en matière de partage de données entre acteurs des soins, les hubs, les coffres-forts, etc.

Chaque organe de gouvernance susvisé du plan e-Santé peut faire appel à des experts, solliciter l'avis d'autres organes de concertation (CCU de la plateforme e-Health, groupe de travail Architecture et Accès de la plateforme e-Health, Médico-Mut, Conseil fédéral des établissements hospitaliers, Comité de l'assurance, etc.) lorsqu'il s'agit de prendre une décision en connaissance de cause. L'avis non contraignant ainsi obtenu confirme l'existence d'un soutien ou d'une motivation en faveur d'un choix déterminé. Les organes précités sont évidemment libres de faire appel à d'autres organes spécialisés (IHE Belgium, par exemple).

Répartition dans les différentes catégories de projet

On l'a vu, les projets sont répartis en 3 catégories :

- strictement fédéral
- interfédéral, avec participation tant des autorités fédérales que des autorités régionales
- strictement (inter)entités fédérées.

La classement dans l'une des 3 catégories se fonde sur les compétences de décision d'une part et les contributions fonctionnelles et de fond au cours du projet de l'autre; ni l'utilisation a posteriori des objectifs du projet, ni l'utilisation ou l'extension des services de base (services de base e-Health, coffres-forts, système de hub-metahub, etc.) ne font partie des critères pris en compte dans le cadre de ce classement.

Tous les projets font partie du plan d'action interfédéral d'e-Santé et il est donc évident que cette division ne signifie pas que les projets sont mis en œuvre de manière isolée: les discussions et les consultations de toutes les parties concernées, administrations fédérales et régionales, demeurent la pierre angulaire de la mise en œuvre des projets du plan d'action.

Cette répartition s'applique uniquement à la phase de projet: après la livraison des projets, avec l'utilisation opérationnelle des systèmes livrés, toutes les autorités sont engagées et impliquées.

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des projets, classés dans la catégorie convenue.

| | | | Gouvernance | | |
|------------------------------------|-----|--|-------------|---------------|------------------|
| | | | Fédéral | Inter-Fédéral | Entités fédérées |
| Cluster | | | | | |
| 0 Fondements | | | | | |
| | 0.1 | Consentement éclairé | | X | |
| | 0.2 | Matrice d'accès, relations thérapeutiques, de soins et autres | | X | |
| | 0.3 | Service de base de gestion des utilisateurs et | | X | |
| | 0.4 | Règles d'application au coffre-fort de l' e-Santé et répartition des tâches entre les sources authentiques | | X | |
| | 0.5 | Normes techniques | X | | |
| | 0.6 | Terminologie | X | | |
| | 0.7 | Cobrha Next Generation & UPPAD | | X | |
| | 0.8 | Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes | | X | |
| 1 Transversalité | | | | | |
| | 1.1 | Communication | | X | |
| | 1.2 | Surveillance du programme | | X | |
| 2 Support | | | | | |
| | 2.1 | Incitants | X | | |
| | 2.2 | Code de conduite juridique de soutien & lignes directrices sur le partage des données à caractère personnel sur la santé | | X | |
| 3 Excellence opérationnelle | | | | | |
| | 3.1 | Architecture de base | | X | |
| | 3.2 | SLA's et Service Management | X | | |
| | 3.3 | Business Continuity | X | | |
| | 3.4 | Documentation, helpdesk & support | X | | |
| | 3.5 | Environnements de test : environnements, flux, | | X | |
| | 3.6 | Qualité des logiciels de santé | | X | |
| | 3.7 | Formation et éducation | | | X |
| | 3.8 | Réduction de la charge de travail administrative pour les fournisseurs de soins | X | | |

| | | | | Gouvernance | | |
|---|------|---|--|-------------|---------------|------------------|
| | | | | Fédéral | Inter-Fédéral | Entités fédérées |
| Cluster | | | | | | |
| 4 Prestataires de soins et institutions de soins | | | | | | |
| | 4.1 | Echanges d'informations multidisciplinaires | | X | | |
| | 4.2 | Fonctionnalités pluridisciplinaires | | | X | |
| | 4.3 | Prescription électronique | | X | | |
| | 4.4 | VIDIS - Evolution de la prescription | | X | | |
| | 4.5 | Plate-forme d'aide à la décision | | X | | |
| | 4.6 | BeRAI | | | X | |
| | 4.7 | Incapacité de travail (Mult-eMediatt) | | X | | |
| | 4.8 | MEDEX | | X | | |
| | 4.9 | DPI dans tous les hôpitaux | | X | | |
| | 4.10 | Publications d'informations structurées | | X | | |
| | 4.11 | Registres | | X | | |
| | 4.12 | Communication sur et planification des soins | | | X | |
| | 4.13 | Projet CEF, partie Patient Summary | | | X | |
| | 4.14 | Modulation accès patient par les prestataires de soins | | | X | |
| 5 Le patient en qualité de copilote | | | | | | |
| | 5.1 | Portail personnel de santé | | X | | |
| | 5.2 | Plate-forme de référence numérique | | X | | |
| | 5.3 | Orgadon | | X | | |
| 6 e-Santé et Mutualités | | | | | | |
| | 6.1 | e-Attest pour les dentistes, les spécialistes, les kinés, les logopèdes | | X | | |
| | 6.2 | eFac pour Maisons Médicales, kiné & logopèdes | | X | | |
| | 6.3 | Consultation des données du membre | | X | | |
| | 6.4 | Digitalisation des conventions de revalidation | | X | | |
| | 6.5 | Digitalisation des accords Chapitre IV | | X | | |
| | 6.6 | Inscription en Maison Médicales | | X | | |
| | 6.7 | Digitalisation des accords kinés | | X | | |

Comme indiqué dans la description des principes, le nouveau plan d'action s'inscrit dans le prolongement du précédent. Le mapping des anciens projets par rapport aux projets du nouveau plan d'action s'établit comme suit :

| Plan d'action 2013-2018 | | Plan d'action 2019-2021 | |
|-------------------------|--|-------------------------|---|
| Point d'action | | Cluster&Projet | |
| AP01 | DMG = DMI => SUMEHR | 4.1 | Échanges d'informations multidisciplinaires |
| AP02 | DPI HOSPITALIER | 4.9 | DPI dans tous les hôpitaux |
| AP03 | SCHEMA DE MEDICATION | 4.4 | VIDIS - Evolution de la prescription électronique |
| AP04 | PRESCRIPTION ELECTRONIQUE | 4.3 | Prescription électronique |
| AP05 | PARTAGER LES DONNEES VIA LE SYSTEME HUBS & METAHUBS | 4.10 | Publication d'informations structurées |
| AP06 | PARTAGER AFIN DE COLLABORER | 4.1 | Échanges d'informations multidisciplinaires |
| AP07 | ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES ET AUTRES ET SYSTEME D'INFORMATION | 4.10 | Publication d'informations structurées |
| AP08 | BELRAI : UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION UNIFORME | 4.6 | BelRAI |
| AP09 | INCITANTS A L'UTILISATION | 2.1 | Incentives |
| AP10 | ACCES AUX DONNEES PAR LE PATIENT (PHR) | 5.1 | Portail personnel de santé |
| AP11 | COMMUNICATION | 1.1 | Communication |
| AP12 | FORMATION ET SOUTIEN ICT DES DISPENSATEURS DE SOIN | Service opérationnel | |
| AP13 | STANDARDS ET POLITIQUE DE TERMINOLOGIE | 0.5 et 0.6 | Normes techniques & Terminologie |
| AP14 | MYCARENET | Cluster 6 | e-Santé et Mutualités |
| AP15 | SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE | 4.7 | Incapacité de travail (Mult-eMediatt) |
| AP16 | TRAÇABILITE DES IMPLANTS ET DES MEDICAMENTS | Service opérationnel | |
| AP17 | UTILISATION GENERALISEE DE LA EHEALTHBOX ET DES DONNEES | 0.7 | Cobrha Next Generation & UPPAD |
| AP18 | INVENTAIRE ET CONSOLIDATION DES REGISTRES | 4.11 | Registres |
| AP19 | MOBILE HEALTH | Service opérationnel | |
| AP20 | GOUVERNANCE, IMPLEMENTATION ET MONITORING E-SANTÉ | 1.2 | Surveillance du programme |

Accents mis par les autorités fédérées

Le présent chapitre présente l'angle d'approche choisi par chaque entité fédérée dans le cadre du plan e-Santé 2019-2021.

Chaque entité fédérée indique ici lesquels de ses projets dans le cadre des autorités fédérées font/feront appel à la réalisation des projets du plan d'action e-Santé 2019-2021.

Flandre

Rôle de Vitalink

Vitalink est le coffre-fort flamand pour le partage des données de soins et de bien-être, d'abord pour la première ligne et le patient, en lien avec la deuxième ligne et les soins résidentiels. Le partage des données s'effectue à partir du logiciel des acteurs des soins et du bien-être. Le couplage avec MyHealthViewer permet au patient de consulter ces données de façon centralisée.

Nous continuons à investir dans une mise en œuvre conjointe du plan e-Santé. Vitalink a pour objectif de faciliter la coopération mutuelle relative au partage efficace et sûr des données, et plus spécifiquement des données à caractère personnel, entre tous les acteurs des soins, afin d'assurer une prestation de soins continue et de qualité aux usagers de soins. Ce conformément au décret flamand relatif à l'organisation du réseau pour le partage de données entre acteurs des soins, adopté par le Parlement flamand le 23 avril 2014.

Plan de soins et de soutien (« *Zorg- en ondersteuningsplan* »)

L'objectif du Gouvernement flamand est de proposer un plan de soins et d'appui numérique commun afin de soutenir la coopération multidisciplinaire et le partage de données dans le cadre des soins et du bien-être. L'objectif est les soins intégraux, en prenant comme point de départ les besoins en soins et les objectifs de la personne.

Le plan de soins et de soutien numérique (DZOP) est avant tout un outil de communication et de planification pour soutenir les soins des patients dans le besoin. Toutes les données pertinentes disponibles concernant une personne ayant des besoins en matière de soins sont disponibles pour tous les prestataires de soins concernés et pour la personne et son environnement.

Un plan de soins et de soutien numérique (titre provisoire) a pour objectif de faciliter et faciliter l'autogestion, la coordination des soins et la gestion de cas et ce, à tous les niveaux de soins, en particulier les soins à domicile, les soins en établissement, les soins aux personnes âgées, les soins de santé mentale, les soins de bien-être, coopération entre les soins de première, de deuxième et de troisième intention, etc. La numérisation des processus de soins sous-jacents est nécessaire pour garantir la continuité des soins, pour faciliter la coordination des soins, mais aussi pour mettre la personne (ou son représentant) au volant de ses soins.

Le plan de soins et de soutien numérique est un outil numérique qui peut être utilisé par et pour chaque citoyen, patient ou aidant informel et fournisseur de soins dans le soutien des soins de santé.

Health monitor

Mise au point d'un moniteur santé (Health monitor), dans le prolongement du premier moniteur santé flamand de 2017. Ce moniteur sera implémenté de préférence au niveau national, mais reprendra les indicateurs par région.

Evolution du Sumehr, partager pour mieux collaborer

À court terme, l'objectif est que le logiciel Sumehr v2 ajusté ait été implémenté dans les coffres-forts et que le logiciel des médecins généralistes ait été adapté à cette fin.

L'étape suivante consiste à partager les informations de Sumehr dans des blocs de données distincts. Ces différents ensembles de soins partagés pour les différentes disciplines seront pris en charge par le projet Vitalink. Le partage des données du projet pendant la grossesse de Kind&Gezin est également en cours de déploiement.

Schéma de médication (avec accent sur la collaboration avec VIDIS, le schéma de médication dans les hôpitaux et les CHS)

Les coffres-forts régionaux supportent le schéma de médication, le logiciel des médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers est adapté et les critères d'interopérabilité qui ont été testés par les trois coffres-forts ont tous été remplis. Le schéma de médication est intégré dans le concept VIDIS et son déploiement se poursuit dans les hôpitaux (non seulement la consultation mais aussi la publication des schémas). Les schémas de médication peuvent également être consultés dans les CHS.

CHS Publication de documents de CHS via le système des Hubs/Metahubs

BelRAI

La Flandre soutiendra davantage la mise en œuvre de BelRAI dans des secteurs spécifiques. À long terme, la Flandre souhaite utiliser BelRAI en tant qu'instrument de dimensionnement unique dans tous les secteurs de la protection sociale flamande. Dans un premier temps, le cribleur BelRAI sera mis en œuvre dans les secteurs visés par le décret sur les soins en établissement (en particulier les soins à domicile et les soins en établissement pour les personnes âgées) et pour l'allocation du budget de soins flamand aux personnes nécessitant des soins.

Accès pour le patient (MyHealthViewer)

La Flandre a soutenu le partenariat des caisses d'assurance maladie en proposant un site Web permettant au citoyen de consulter les données de Vitalink.

Formation de professionnels et coordination helpdesk (eenlijn.be, TransEL)

La Flandre veut investir un maximum dans les soins intégraux aux personnes en besoin de soins et d'assistance. Les développements TIC dans les différents PA sont supportés et supervisés de manière horizontale : offre continue de formations permanentes (webinaires et cours classiques), qui met l'accent sur tous les aspects des soins multidisciplinaires intégraux.

Mobile Health

La Flandre investit dans l'accès mobile aux données, non seulement via MyHealthViewer, mais dispose aussi d'une procédure de validation pour l'industrie pour screener les apps dans le cadre des soins de santé préventifs. Cette procédure de validation fait partie de la pyramide de validation développée dans le précédent plan d'action e-Santé du projet Mobile Health (API9).

CobrHa+

L'administration flamande de la santé (WVG) insiste sur l'importance de la banque-carrefour des soins (CobrHa+), en ce compris l'ID unique dans CobrHa+, mais aussi les intégrations avec la carte sociale / « zorgzoeker » (moteur de recherche des prestataires de soins).

Wallonie

Le gouvernement wallon souscrit aux points d'action du nouveau plan d'action, en mettant les accents spécifiques suivants :

- La poursuite du développement de BelRAI qui servira de base à l'assurance-soins wallonne indépendante
- La nécessité de maintenir le stockage de données auprès des professionnels de l'aide et des soins.
- L'automatisation des maisons de repos et de soins et le partage des données de ces établissements avec d'autres prestataires de soins via les hubs.
- La formation des prestataires de soins au Sumehr V2.

Bruxelles

Rôle de Brusafe+

Brusafe+ a été créé en vue de permettre l'échange de données de santé entre les prestataires de soin de la première ligne (médecins et autres intervenants) et avec les patients dans le cadre de la continuité des soins. L'objectif est de permettre un échange de données :

- structurées
 - selon certains profils IHE reconnus par la Commission Européenne
- La connexion à Brusafe+ pour consultation et/ou publication a été prévue au travers d'un logiciel métier.

Évolution de Brusafe+

- Connexion par Itsme.
- Publication et consultation de photos.

Abrumet App

Destinée tant aux prestataires de soins qui ne disposent pas encore de logiciel métier connecté qu'aux patients. Dans une première étape, nous développons une version prototype au niveau code qui pourrait être échangée en mode open source avec n'importe quelle société de développeurs. Le développement d'une interface utilisateur a également été prévue.

Cross Enterprise Document Workflow (XDW)

Un premier projet pilote a montré que Brusafe+ peut être utilisé comme infrastructure pour envoyer des demandes de I vers N (type une demande d'examen pour un patient adressée à N hôpitaux). Nous avons proposé ce service aux autres régions et au fédéral en guise de plateforme de transfert.

Projet Européen (Connecting Europe Facilities = CEF)

Le projet européen a pour but d'échanger un Patient Summary (=PS). D'une part de le récupérer de l'étranger (PS B) et d'autre part de l'envoyer (PS A).

Pour la première phase (wave 2), nous comptons lire un Patient Summary. Ensuite (wave 3) d'en envoyer pour lecture à l'étranger.

Communauté germanophone

La Communauté germanophone souscrit pleinement aux points d'action du nouveau plan d'action.

Clusters

Cluster 0 Fondements

L'e-Santé est soutenue par une série de services de base fournis par la plate-forme eHealth. Ces services de base sont largement documentés sur le portail eHealth

En outre, un cadre organisationnel global a été élaboré au sein du Comité de concertation avec les utilisateurs, du Comité de gestion de la plate-forme eHealth et du Comité sectoriel Sécurité sociale et Santé, qui a été remplacé par la Chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information. Ce cadre organisationnel est coulé dans un certain nombre de documents tels que

- le règlement relatif à l'échange de données de santé entre les systèmes de santé reliés par le répertoire des références de la plate-forme eHealth ;
- la note relative au consentement éclairé dans le projet Hub & Metahub;
- la note relative aux moyens électroniques de preuve d'une relation thérapeutique et d'une relation de soins ;
- la matrice d'accès.

Ce cluster contient les projets relatifs au cadre organisationnel, aux services de base, aux normes d'information et terminologiques, à la source authentique CohrHA et aux modèles de collaboration avec les fournisseurs de logiciels.

Les réalisations de ces projets ne revêtent pas toujours, per se, de valeur ajoutée directe pour les acteurs (citoyens/patients, prestataires et dispensateurs de soins individuels, institutions), mais elles sont essentielles au développement d'une offre de soins et assistance efficiente.

Ces projets élaborent le concept de 'Master Data'⁸ pour l'e-santé en Belgique. Elles fournissent les fonctions de base d'identification/authentification de l'utilisateur (patient/citoyen/dispensateur de soins/établissement de soins) et d'autorisation (accès aux données).

Modifier les fondements existants exige de prendre beaucoup de précautions et d'accorder une attention particulière à la transition entre la situation existante et la situation désirée. En règle générale, une transition de type « big bang » n'est pas autorisée et la 'backward compatibility' doit être assurée pendant une période absolument raisonnable.

L'introduction des architectures e-santé remonte à il y a plus de 10 ans et il est donc conseillé aujourd'hui de les réexaminer en détail et de procéder aux éventuels changements architecturaux qui pourraient découler de cet examen approfondi.

Un délai suffisant d'implémentation et d'utilisation des fondements modifiés qui seront obligatoires à terme (par exemple, 6 mois à 1 an) est accordé à tous les systèmes concernés.

⁸ Les 'Master Data' sont des données clés essentielles au fonctionnement des processus. Les Master Data sont le plus souvent plutôt de nature statique, non transactionnelle et soutiennent souvent des processus et des traitements transactionnels.

0.1 Consentement éclairé

Problème

L'objectif de ce projet est d'évaluer si le consentement éclairé existant doit ou non évoluer et, le cas échéant, d'adapter les services de base et le cadre organisationnel en conséquence.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| X | | | X | | | X |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|----------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Le règlement général sur la protection des données repose sur le principe selon lequel le traitement des données relatives à la santé est interdit (article 9, paragraphe 1). Cela ne s'applique pas si certaines conditions sont remplies (article 9, paragraphe 2). L'une de ces conditions est lorsque la personne concernée a explicitement autorisé le traitement de ces données à caractère personnel à une ou plusieurs fins bien définies.

En vertu de l'article 9 du RGPD, les données relatives à la santé peuvent être traitées, entre autres, pour l'application du droit social, la protection des intérêts vitaux, la fourniture de soins préventifs ou curatifs, pour des raisons de santé publique ou avec le consentement explicite et spécifique de la personne concernée.

L'article 6 du Règlement général sur la protection des données (RGPD) prévoit différentes bases juridiques pour le traitement des données à caractère personnel : l'exécution d'une obligation légale, l'exécution d'un contrat, la protection des intérêts vitaux, l'exécution d'une mission d'intérêt général ou le consentement explicite et spécifique de la personne concernée.

Le traitement des données à caractère personnel dans le cadre des services d'e-Santé existants peut presque entièrement reposer sur d'autres motifs juridiques que le consentement explicite et spécifique au sens du RGPD.

Toutefois, afin de promouvoir la confiance de toutes les parties prenantes dans l'échange électronique des données à caractère personnel relatives à la santé, un règlement a été adopté qui stipule que le partage de données électroniques ne peut avoir lieu qu'avec le consentement éclairé du patient. Le citoyen donne son consentement éclairé pour le partage électronique et sécurisé de ses données de santé entre les différents prestataires qui le traitent. Ces données ne sont partagées que dans le contexte de la continuité et de la qualité des soins médicaux. Ce consentement éclairé s'applique, en principe, à l'ensemble de la Belgique : tous les prestataires de soins, tous les hôpitaux et tous les réseaux de santé du pays sont donc concernés, quelle que

soit leur localisation. Il existe cependant différentes implémentations. L'objectif est d'obtenir un consentement unique, générique et éclairé, qui soit mis en œuvre uniformément par tous les établissements et prestataires de soins de santé.

En outre, il convient d'examiner comment le consentement éclairé peut être encadré au niveau de l'échange transnational de données, en particulier au sein de l'UE et du Benelux. Il convient également d'examiner s'il est nécessaire de gérer les consentements spécifiques de la personne concernée dans les situations dans lesquelles aucune autre base juridique n'est prévue par le RGPD et comment ce consentement spécifique peut être géré par la personne concernée d'une manière efficace et conviviale.

Enfin, il convient de définir clairement quel traitement ne fait pas partie du consentement éclairé générique au partage de données dans le contexte de la continuité et de la qualité des soins médicaux.

Objectifs

0.1.1 Définition fonctionnelle et organisationnelle du « consentement éclairé »

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Analyse de l'évolution souhaitable du consentement éclairé existant
- Analyse de l'évolution souhaitable de la manière dont un citoyen peut facilement donner et retirer son consentement éclairé
- Inventorisation des implémentations existantes et de leurs différences
- Analyse de la manière d'éliminer les différences entre les différentes mises en œuvre
- Analyse des aspects supranationaux

0.1.2 Analyse des éventuelles adaptations nécessaires pour aboutir à un consentement éclairé univoque

Cet objectif précise la manière dont le concept d'un « consentement éclairé » univoque doit être concrétisé pour que toutes les parties et les différents systèmes concernés puissent l'utiliser de manière uniforme.

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et des services de base
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique

0.1.3 Préparation du projet de réalisation d'un « consentement éclairé » univoque

Cet objectif vise à inventorier le coût et le calendrier du projet de réalisation de l'implémentation pratique du « consentement éclairé » univoque, conformément aux flux architecturaux et de processus enregistrés et confirmés dans le cadre de l'objectif précédent.

- Inventaire des adaptations nécessaires (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre) des systèmes existants afin de s'aligner sur la définition univoque.
- Stockage du consentement éclairé
- Services d'accès au consentement éclairé pour pouvoir le lire / le modifier / l'ajouter en tenant compte de son caractère confidentiel, de sa sécurité et des droits d'accès.

0.2 Matrice d'accès, relations thérapeutiques, de soins et autres

Problème

L'objectif de ce projet est d'évaluer si la matrice d'accès existante et les moyens de preuve électroniques des relations thérapeutiques et de soins et autres relations doit ou non déjà évoluer et, le cas échéant, s'il s'avère nécessaire d'adapter les services de base et le cadre organisationnel en conséquence. Le concept doit permettre l'élargissement à d'autres types de relations.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| X | | | X | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

La notion de «relations thérapeutiques et de soins» est décrite dans la délibération n° 11/088 du 18 octobre 2011, modifiée en dernier lieu le 3 juillet 2018, en ce qui concerne la note relative à la preuve électronique d'une relation thérapeutique et d'une relation de soins. Un ajustement du champ d'application du concept de relation de soins a été réalisé et un ajustement de la délibération et du mémorandum a été effectué en décembre 2018. Son élaboration n'a pas encore été réalisée. Les principales priorités dans l'élaboration sont les suivantes:

- enregistrement et gestion des relations de soins entre une organisation de santé ou de soins et un patient
- fournir des preuves pour l'enregistrement de la relation de soins

En plus de la relation thérapeutique et de soins, il existe d'autres relations dans le contexte des soins. Il n'existe actuellement aucun aperçu de ces relations. Nous voulons affiner l'enregistrement et la gestion de telles relations afin que le patient ait une vue d'ensemble / uniforme / générale (à l'exception des relations avec les soins ou les fournisseurs de soins au sein des organisations).

La matrice d'accès détermine quels types de prestataires de soins et d'institutions ont accès à quels types de données sur un demandeur de soins. La note concernant la preuve électronique d'une relation thérapeutique et d'une relation de soins détermine comment une relation peut être prouvée et pendant combien de temps elle s'applique.

La matrice d'accès et le mémorandum concernant la preuve électronique d'une relation thérapeutique ou de soins doivent évoluer chaque année en fonction des nouveaux projets de partage de données électroniques, tels que le Caresets ou le BelRai. La cohérence doit exister entre les projets et les méthodes de mise en œuvre doivent être génériques et uniformes.

Dans plusieurs projets du Plan d'action 2013-2018, le concept de « relation thérapeutique » et/ou de « relation de soins » constituait un élément essentiel pour définir et mettre en œuvre le respect de la vie privée du patient/utilisateur de soins et l'accès (à certaines parties) des données de santé partagées.

Des implémentations de ce type ont été réalisées au niveau de différents systèmes et de différentes manières sur la période du Plan d'action 2013-2018. Ces différentes implémentations n'ont pas débouché sur une définition et implémentation simples, uniformes et uniques du concept de « relation thérapeutique ».

Le lieu et la méthode de gestion et de stockage des relations thérapeutiques et de soins doivent pouvoir évoluer, si nécessaire.

D'autres types de relations naissent ou naîtront aussi et seront développés plus en détail dans ce projet. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il faut prévoir un autre type de « relation » (il existe peut-être un autre moyen d'organiser la relation et l'accès à certaines données non médicales d'un patient qui y est lié).

Ces concepts constituent une étape cruciale vers le partage de données multidisciplinaires. La relation enregistrée avec le patient, ainsi que le consentement éclairé, constitueront la clé de l'accès à l'information numérique disponible sur le patient. Cette nécessité apparaît notamment très clairement au niveau des soins aux malades chroniques et dans le cadre des soins intégrés. Les soins intégrés supposent, en effet, une coopération/interaction/coordination entre tous les soignants et les dispensateurs de soins impliqués dans les soins d'un patient (ainsi qu'avec le patient).

Bien que la réglementation sur les relations thérapeutiques et de soins vienne d'être modifiée (délibération n° 11/088 du 18 octobre 2011, modifiée en dernier lieu le 3 juillet 2018, concernant la note relative aux moyens de preuve électroniques d'une relation thérapeutique et de soins), son implémentation dans les différents systèmes peut varier. L'ambiguïté et l'incohérence doivent être évitées. De plus, comment donner au patient un aperçu clair de toutes ses relations (et exclusions) et de la façon dont il peut les gérer de manière simple et conviviale ? Qui a accès à la liste des sources authentiques sur la base desquelles une relation entre une organisation ou un acteur individuel et un patient peut être établie et garantie et comment le patient y a-t-il accès ?

Il en va de même pour la matrice d'accès. Nous disposons d'un cadre général, d'une sorte de base minimale. Toutefois, chaque Région peut décider, en fonction de ses projets, de continuer à gérer l'accès en fonction du type d'acteur ou du type de données concerné par l'échange. Cela donne souvent lieu à une communication avec le patient. Les efforts visant à améliorer la cohérence ou au moins la clarté des différents points d'accès en fonction des systèmes et de la manière dont ils sont approuvés sont les bienvenus.

Une attention particulière doit également être accordée à la gestion et à l'authentification des aidants informels, des représentants légaux et des personnes de confiance.

Le lieu et la méthode de gestion et de stockage des relations thérapeutiques et de soins doivent pouvoir évoluer, si nécessaire. Pour cette raison, les objectifs comprennent explicitement l'étude de la technologie la plus appropriée.

Enfin, il doit exister un cadre général assorti de lignes directrices, spécifiant les modalités d'organisation de l'accès entre les systèmes, en ce qui concerne l'autonomie des services d'e-Santé existants et les accords existants en matière d'accès aux données. Une évaluation périodique et l'application des principes clés de la sécurité de l'information et de la confidentialité par les services d'e-Santé sont nécessaires.

Objectifs

0.2.1 Analyse de l'évolution souhaitée de la matrice d'accès et des preuves de « relation thérapeutique » et de « relation de soins ».

Cet objectif regroupe plusieurs aspects :

- Analyse de l'évolution souhaitable de la matrice d'accès existante
- Analyse des nouveaux types de relations thérapeutiques et de soins nécessitant des données probantes
- Analyse du caractère souhaitable de l'évolution des données probantes existantes relatives aux relations thérapeutiques et de soins
- Inventorisation des implémentations existantes et de leurs différences
- Analyse de la manière d'éliminer les différences entre les différentes mises en œuvre
- Analyse du caractère souhaitable d'utiliser les nouvelles technologies pour la gestion et le stockage des relations thérapeutiques et de soins
- Analyse des aspects supranationaux

0.2.2 Relations non professionnelles

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Inventaire des différents types d'autres relations pour lesquelles un besoin a été identifié à ce niveau.
- Élaboration d'une définition claire, y compris une analyse de la manière dont d'autres pays européens et/ou d'autres pays résolvent ce problème.
- Inventaire de l'approche d'implémentation (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre) et élaboration du plan de projet

0.2.3 Analyse des adaptations nécessaires

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et des services de base
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique
- Inventorisation de l'impact, de la charge de travail et de la durée d'exécution et planification du budget et des ressources humaines nécessaires pour l'implémentation des adaptations nécessaires

0.3 Service de base de gestion des utilisateurs et des accès

Problème

L'objectif de ce projet est d'évaluer si le service de base de gestion des utilisateurs et des accès existant doit ou non évoluer et, le cas échéant, d'adapter le service de base et le cadre organisationnel en conséquence.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| X | | | X | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Les données médicales sont des données particulièrement sensibles et il est donc tout à fait logique qu'une attention particulière soit accordée à leur caractère confidentiel dans tous les projets.

Un principe important est la réglementation de l'accès à ces données et l'utilisation des services de santé en ligne. Nous voulons que les citoyens aient confiance en utilisant les services e-Santé. Cette confiance est également importante pour consulter les données de santé des patients d'autres pays européens.

Le service de base de gestion des utilisateurs et des accès de la plate-forme eHealth prend en charge les fonctionnalités suivantes :

- l'identification des utilisateurs ;
- authentification de l'identité des utilisateurs sur la base du Federal Authentication Service (FAS) ;
- la vérification des capacités pertinentes dans des sources authentiques, telles que CobrHa ;
- la vérification des relations pertinentes, telles que les relations thérapeutiques et de soins ou la connexion avec certains acteurs du secteur social dans les répertoires de références autour de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale ;
- autorisation, soit sur la base de rôles explicitement attribués (Groupes d'autorisations), soit sur la base de la vérification des règles d'autorisation établies par les fournisseurs des différentes applications.

Lors de l'utilisation de services internet, la gestion des utilisateurs et des accès et la gestion de l'enregistrement sont basées sur des cercles de confiance (« COT », circle-of-trust) entre les différents acteurs impliqués.

Concrètement, il est convenu quels moyens d'authentification de l'identité de l'utilisateur peuvent être acceptés, qui vérifie quelles qualités et relations sont pertinentes, qui accorde les autorisations et ce qui est enregistré pendant quelle période.

Single-Sign-On (la connexion unique) doit être garantie pour l'utilisateur final. Le point de départ devrait être la réutilisation des mécanismes d'authentification déjà existants (par exemple, le système de sécurité sociale).

Objectifs

0.3.1 Cercle de confiance

Cet objectif définit (ou clarifie plus exactement puisqu'une définition existe) quand, sur la base de la confiance, des services e-Santé peuvent être utilisées, comment mettre en œuvre les principes fondamentaux de la sécurité de l'information et de la confidentialité et les mécanismes de contrôle à prévoir.

Quand une institution ou un service identifie eux-mêmes leurs utilisateurs (créer, gérer et supprimer des utilisateurs) il est indispensable qu'ils se conforment à ce point aux principes clés de la sécurité de l'information et de la vie privée.

Cela peut impliquer la mise en place d'un système intégré dans lequel les organisations, leurs services et les membres de ces services sont accessibles (la source authentique de ces informations reste toute organisation utilisant un mécanisme COT).

Un tel système central peut également résoudre d'autres problèmes (par exemple, la communication entre les prestataires de soins de première ligne et les spécialistes via eHealthbox).

0.3.2 Analyse de l'évolution souhaitée du service de base de gestion des utilisateurs et des accès

- Analyse de l'évolution souhaitable du service de base de gestion des utilisateurs et des accès
- Analyse de la fédération de l'utilisateur du service de base existant de gestion des utilisateurs et des accès avec des services de base similaires dans d'autres environnements (sécurité sociale, Communautés et Régions).
- Analyse de l'évolution souhaitable des cercles de confiance
- Fixation des sources authentiques pour la vérification des qualités et des relations pertinentes
- Inventorisation des implémentations existantes et de leurs différences
- Analyse de la manière d'éliminer les différences entre les différentes mises en œuvre
- Analyse du caractère souhaitable d'utiliser les nouvelles technologies pour l'authentification de l'identité
- Analyse des aspects supranationaux, comme eIDAS

0.3.3 Analyse des adaptations nécessaires sur la base des résultats du point 0.3.2

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et du service de base de gestion des utilisateurs et des accès
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique
- Inventorisation de l'impact, de la charge de travail et de la durée d'exécution et planification du budget et des ressources humaines nécessaires pour l'implémentation des adaptations nécessaires

0.4 Règles d'application au « coffre-fort de l'e-Santé » et répartition des tâches entre les sources authentiques

Problème

Les différentes structures de stockage existantes et futures des données relatives aux patients doivent être normalisées en termes de confidentialité, d'accessibilité et de sécurité d'accès.

Ce projet a aussi pour objectif d'évaluer si la répartition des tâches entre les sources authentiques et les règles d'application aux « coffres-forts de l'e-santé » existantes doivent ou non évoluer et, le cas échéant, d'adapter les services de base et le cadre organisationnel en conséquence.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Dans l'écosystème de l'e-Santé, les données relatives aux patients sont actuellement stockées de de nombreux endroits (e.a. Vitalink, RSW, BruSafe(+)) mais aussi BelRai, Recip-e, les registres (Quermid, Orthoprïde,), les systèmes fédéraux comme Orgadon et Wilsbeschikking.

Il est très important qu'on enregistre correctement les données et de savoir dans quelle source authentique elles sont stockées afin que les stockages redondants soient évités dans la mesure du possible.

Les systèmes qui travaillent ensemble partagent des informations sur la base d'une confiance mutuelle. Confiance que les utilisateurs s'authentifient d'une certaine manière, qu'ils réglementent l'accès de manière transparente, qu'ils maintiennent un niveau minimum de sécurité, etc. Une confiance mutuelle est non seulement nécessaire au niveau de la Belgique, mais est également une condition préalable à la réalisation du partage de données entre les pays du Benelux. Pour gagner cette confiance, des accords sont nécessaires entre les différents systèmes souhaitant participer à l'e-Santé en Belgique.

Pour les systèmes (coffres-forts de première ligne et hubs) qui utilisent le répertoire de référence, il existe déjà des réglementations dans lesquelles des accords ont été conclus. C'est une bonne base pour l'extension à tous les systèmes e-Santé. A partir de l'expérience pratique, il faut pouvoir garder une attention particulière pour garantir l'interopérabilité. Les sources de données de l'e-Santé doivent également respecter un certain cadre. Il faut donc élaborer des règles communes, qui doivent être respectées afin de garantir le bon fonctionnement en tant que base de données d'e-Santé.

Il est également important de connaître les informations qui seront traitées pour une personne donnée, ainsi

que de savoir par quel système elles le seront. Il existe un répertoire d'échange qui a cette finalité, mais actuellement seuls les hubs et les coffres-forts l'utilisent.

Le Metahub indique dans quels coffres-forts quels types d'informations sont disponibles et sur quelles personnes. L'enjeu porte sur une utilisation plus large de tous les systèmes e-Santé.

Les différentes structures de stockage existantes et futures des données relatives aux patients doivent être normalisées au maximum en termes de confidentialité, d'accessibilité et de sécurité d'accès.

Plus particulièrement, si des coffres-forts existants ou de nouveaux coffres-forts sont désignés comme lieux de stockage, ce stockage doit être conforme à la planification prévue dans le plan d'action et se faire d'une manière normalisée.

Les coffres-forts existants doivent être considérés comme des services de base offerts par les Communautés et les Régions, dont le contenu ne peut pas seulement être déterminé par les Régions et les Communautés, mais doit également répondre aux besoins de stockage d'autres organismes, définis dans le cadre du plan d'action, d'une manière coordonnée et en temps utile. La structure de gestion des coffres-forts doit être adaptée en conséquence et la continuité du financement doit être assurée.

Il convient également de veiller à ce que les logiciels destinés aux prestataires ou aux établissements de soins de santé puissent consulter et/ou modifier les données dans les différents coffres-forts de manière normalisée, en utilisant des règles de sécurité standardisées.

Dans ce cadre, il faudra élaborer des règles communes qui permettront de fonctionner comme un coffre-fort d'e-Santé.

Dans le Metahub, il est indiqué le ou les coffre(s)-fort pour lesquels des informations sont disponibles, concernant telle ou telle personne.

Il est clair qu'il n'est pas possible ou souhaitable de stocker toutes les données relatives aux patients dans une ou plusieurs bases de données géantes : non seulement cela générerait un goulot d'étranglement dans le développement des nouveaux systèmes, mais cela entraînerait également un risque élevé au niveau des performances, de la disponibilité, de la complexité de la gestion et de l'influence mutuelle de ces points de défaillance uniques.

Les différentes structures de stockage des données des patients, existantes et futures, doivent être optimisées en termes de confidentialité, d'accessibilité et de sécurité des accès.

L'e-Santé en Belgique comprend actuellement une multitude de systèmes, réseaux, sources authentiques, répertoires de références, passerelles, services de base, etc., en fonction des objectifs spécifiques. Beaucoup de ces systèmes sont connectés les uns aux autres ou dépendent les uns des autres. A cause de cette structure complexe, il n'existe aucun aperçu global et complet.

Objectifs

0.4.1 Établir les règles propres aux bases de données ou aux coffres-forts e-Santé.

Cet objectif définit les règles auxquelles les structures de stockage doivent se conformer pour être considérées comme un coffre-fort de l'e-santé.

Ces règles sont, par exemple, l'accessibilité et la disponibilité permanentes et sécurisées aux / des données, le respect des règles d'accès à l'e-Santé, la disponibilité pour tous les citoyens et les prestataires de soins, la gouvernance, l'utilisation de l'interface standardisée, le cryptage des données, l'enregistrement, l'historique, la traçabilité, déterminer les exigences BCP (business continuity plan), etc.

- Fixation de règles détaillées pour fonctionner comme un service de base de « coffre-fort d'e-santé ».
- Définition d'une couche d'accès universel aux coffres-forts existants de sorte que les utilisateurs des coffres-forts (fournisseurs de logiciels) ne doivent développer qu'une seule connexion.
- Définition de la couche d'accès universel pour un dispatching correct
- Analyse, en fonction des résultats des points précédents, de la nécessité de développer ou pas un « coffre-fort fédéral »

- Analyse pour publier la présence de données sur une personne dans un coffre-fort dans le répertoire des références existant de la plate-forme eHealth

0.4.2 Implémentation de la couche d'accès uniforme aux coffres-forts

Cet objectif vise la réalisation de l'implémentation d'une couche d'interface uniforme qui protège les API spécifiques des coffres-forts actuels de sorte qu'un logiciel ne propose qu'une seule méthode de contact uniforme.

- Mise en place d'une couche d'accès universel de tous les coffres-forts aux coffres-forts existants
- Implémentation de la couche d'accès universel pour un dispatching correct
- Implémentation de la publication de la présence ou non de données relatives à une personne dans le répertoire des références existant de la plate-forme eHealth

0.5 Normes d'information

Problème

Il est souhaitable que le futur développement de l'e-santé repose, dans la mesure du possible, sur des normes internationales ouvertes et de pointe offrant des garanties raisonnables de rétrocompatibilité. Cela devra, en tout cas, être le cas pour les nouveaux projets.

Les normes devraient permettre une évolution vers la connexion avec les systèmes internationaux, l'accessibilité du marché pour les fournisseurs de logiciels internationaux et l'accès des fournisseurs de logiciels belges au marché international.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | | | X | X | X |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Une norme d'information répond au besoin d'un ensemble d'accords qui doivent garantir que les informations de santé peuvent être enregistrées, récupérées, partagées, échangées et transférées (interopérabilité) avec la qualité adéquate.

Ce projet porte sur les normes d'information dans le domaine des « use cases » (processus), des ensembles de données (data sets) et des normes de communication.

Ce besoin est fortement présent dans l'approche de la santé basée sur les processus, où les données sont échangées de manière interdisciplinaire. Différents projets auront besoin de nouveaux ensembles de données (data sets) à cet effet, ainsi que de la nécessité de suivre le processus. La norme actuelle KMEHR n'est pas suffisamment adaptée à cela.

Nous voulons être en mesure de nous connecter aux normes internationales d'information, en combinaison avec l'utilisation de normes belges existantes telles que KMEHR.

Cela pourrait par exemple signifier:

- Application des principes de conception et de profil IHE pour la description spécifique d'une situation pratique dans le secteur de la santé. Ainsi, pour une situation spécifique, nous décrivons l'enregistrement et l'échange d'informations sur la base d'acteurs (personnes, systèmes) et de transactions (quelle information a été échangée et à quel moment).
- Appliquer HL7-FHIR pour les nouveaux jeux de données, en tant que définition uniforme pour toutes les données enregistrées et / ou échangées dans le contexte d'un processus de soin spécifique et des « use cases » définis.

C'est également une nécessité pour l'échange de données entre pays européens. Les fournisseurs étrangers de TIC demandent des normes internationales d'information. Il permet également aux fournisseurs informatiques belges d'accéder facilement aux marchés internationaux.

Cela inclut un manuel de mise en œuvre qui permet aux fournisseurs de l'intégrer réellement dans leurs systèmes d'information.

La base technico-informatique des projets du plan d'action e-santé a largement contribué à la croissance et à l'extension de l'e-santé.

Le développement de l'e-santé en Belgique repose largement sur les normes d'information internationales d'interopérabilité et de sécurité de l'information (XML, SOAP,). Dans certains domaines, cependant, d'autres normes émergent maintenant (REST, JSON, OAuth, etc.).

Sur base de la situation actuelle, en Belgique, l'e-Santé est construite sur le standard belge KmeHR pour la structuration des messages. Il existe maintenant aussi des normes internationales dans ce domaine, telles que HL7-CDA, HL7-FHIR,

Il est souhaitable que le développement futur de l'e-Santé repose, dans la mesure du possible, sur des normes internationales ouvertes et de pointe offrant des garanties raisonnables de rétrocompatibilité. Ce sera très certainement le cas pour les nouveaux projets.

Dans ce contexte, il est souhaitable que la norme belge KmeHR évolue vers des normes internationales. Ce sera une nécessité au niveau international, mais c'est aussi une demande des fournisseurs de logiciels. A cet égard les bonnes pratiques développées dans d'autres pays, comme les Pays-Bas avec Nictiz, ou les normes internationales peuvent servir d'exemples.

Objectifs

0.5.1 Normes de communication et de message

- Analyse de l'évolution souhaitable des normes
- Analyse de l'impact de l'évolution des normes
- Analyse des aspects supranationaux

0.5.3 Analyse des adaptations nécessaires

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et des services de base
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique
- Inventorisation de l'impact, de la charge de travail et de la durée d'exécution et planification du budget et des ressources humaines nécessaires pour l'implémentation des adaptations nécessaires
- un aperçu détaillé de la durée pendant laquelle et des situations dans lesquelles les normes existantes sont supportées ainsi que du moment où les nouvelles normes seront introduites et deviendront obligatoires.

0.6 Terminologie

Problème

L'échange de données entre les systèmes d'e-santé nécessite un codage standardisé des informations.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | | X |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Project-categorie

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

L'objectif principal visé par ce projet est « ***l'échange structuré de données entre les acteurs des soins*** ».

Ce projet est étroitement lié au projet précédent (0.5 *Informatiestandaarden*) parce qu'il détermine les normes utilisées dans le domaine du contenu des données.

Une politique terminologique bien pensée devrait contribuer à une meilleure communication entre les différents acteurs des soins et à l'amélioration de la qualité des soins, entre autres, en permettant l'aide à la décision et les alertes. La réduction de la charge administrative liée à l'extraction responsable de l'information à des fins secondaires (comme la facturation, le contrôle de la qualité, la recherche scientifique et l'information sur les politiques) contribue également à la réalisation de cet objectif.

Ce projet lié aux objectifs high-level suivants se poursuit dans le cadre du plan d'action 2019-2021

- Le développement d'un centre de coordination opérationnelle et d'expertise au niveau du SPF Santé publique consacré à la terminologie (notamment la désignation de SNOMED CT comme norme terminologique centrale).
- Le soutien d'autres projets dans le cadre de l'utilisation du stockage structuré de données de santé codées.

La mission du centre de terminologie consiste à définir, coordonner, faciliter et stimuler l'utilisation des normes terminologiques dans les soins de santé belges. Par le biais d'une approche par phase, l'objectif à long terme est de parvenir à l'implémentation complète de la norme terminologique SNOMED CT dans le système de santé belge.

Le phasage consiste à se concentrer d'abord sur la deuxième et la troisième ligne et ensuite, mais seulement dans un stade ultérieur, sur la première ligne.

Pour la période 2019-2021 la priorité sera accordée aux projets suivants :

- Élargissement du release national de SNOMED CT : focus sur les hôpitaux (DPI)

- LOINC (laboratoires)
- Soutien des flux business spécifiques et concrets
 - Care set Kind&Gezin
 - Mult-eMediatt : incapacité de travail

Objectifs

0.6.1 Développement d'un centre de coordination opérationnelle et d'expertise

Cet objectif sera considéré réalisé si

- Au sein du SPF Santé publique, il existe une cellule structurelle dont la principale mission est de coordonner les normes terminologiques dans le secteur des soins de santé en Belgique dans le but de déterminer et de soutenir la politique ;
- La cellule dispose des moyens nécessaires (collaborateurs, budget, outils logiciels) pour mener à bien sa mission ;
- La cellule s'inspirera activement de l'apport de l'industrie (internationale) et des secteurs de soins et l'intégrera dans les bibliothèques terminologiques nationales.

0.6.2. Traduction validée de SNOMED CT

Un DPI orienté vers l'avenir repose sur une structuration et une codification poussées : de cette manière, les différents business-processus au sein d'un hôpital peuvent être optimisés et implémentés de manière efficiente. Cette structuration et cette codification sont totalement transparentes pour les utilisateurs (médecins, personnel infirmier, personnel administratif et logistique, direction et employés) et pour atteindre cette transparence, une traduction utile et validée, en néerlandais comme en français des concepts SNOMED CT, s'avère nécessaire.

Cet objectif garantit la traduction du catalogue SNOMED CT existant en néerlandais et en français de tous les termes demandés et utilisés dans le paysage belge des soins.

0.6.3 Sous-ensemble LOINC

Cet objectif fournit un inventaire validé et exhaustif des codes LOINC qui peuvent / doivent être utilisés en Belgique pour la communication des résultats de laboratoire, tant intra- qu'extra-muros.

Cette inventarisatation est déjà en cours mais n'est pas encore terminée.

0.6.4 Soutien terminologique

Cet objectif couvre toute la durée du Plan d'action 2019-2021 et vise à garantir que d'autres projets puissent utiliser efficacement la cellule terminologie.

Pour cela, la cellule terminologie prévoira suffisamment de temps et de capacité. Pour cette raison aussi, la cellule terminologie consultera régulièrement les autres projets afin de pouvoir identifier clairement et rapidement leurs besoins d'appui.

La cellule terminologie élabore un plan par étapes, basé sur les besoins des autres projets et sur la poursuite de l'élaboration des normes terminologiques, y compris les priorités entre les différents demandeurs et projets.

0,7 CobrHa Next Generation & UPPAD

Problème

Pour augmenter la valeur ajoutée du système CobrHa existant en termes de qualité et d'efficacité des processus, des fonctionnalités supplémentaires sont nécessaires telles que l'historique, la publication et la souscription.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| X | X | | | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

L'objectif de ce projet est de mettre en place un registre central des établissements de soins, des acteurs des soins et des dispensateurs de soins afin d'implémenter un accès uniforme et univoque aux données.

Ce projet assurera l'exactitude et la cohérence de ces données en déterminant les sources authentiques de chaque type de données, en traitant l'input des sources authentiques et en effectuant des contrôles de qualité.

CobrHa constitue l'endroit unique et garanti où les informations les plus récentes et correctes sur les établissements de soins et les dispensateurs de soins sont disponibles. En d'autres termes, si une donnée figure dans CobrHa, elle est correcte et si elle n'est pas dans CobrHa, elle n'est pas valide. Il existe également un besoin important d'obtenir la garantie d'une information exacte et à jour dans la CobrHa.

L'utilisation de ce système existant est étendue en facilitant la consultation des données en proposant, entre autres, un mécanisme publish-and-subscribe.

CobrHa constitue un élément essentiel de l'optimisation des flux administratifs entre les sources authentiques (existantes) : par exemple, les sources authentiques peuvent s'abonner au système de notification et démarrer des processus internes sur la base d'une notification d'événement reçue. Exemple concret :

- Un médecin obtient son diplôme et fait une demande de visa
- Après l'approbation de son visa, le SPF Santé publique inscrit le nouveau médecin dans CobrHa
- CobrHa envoie une notification de création d'un nouveau médecin
- L'INAMI qui s'est abonné à ce service de notification est informé de cet événement de création et s'en sert
- L'INAMI lance ses processus internes pour attribuer un numéro INAMI à ce nouveau médecin
- L'INAMI publie une mise à jour des données du médecin dans CobrHa et plus précisément, ajoute le numéro INAMI
- CobrHa envoie une notification sur la modification des données du médecin

- Les destinataires intéressés récupèrent cet événement et débutent ou pas leur propre traitement (par exemple, modification de leurs données).

Le gouvernement flamand a deux initiatives qui peuvent apporter une réponse à cela:

- Un visualiseur CobrHa accessible au public (<https://publiek.departementwvg.be/CobrHa/>)
- L'application de carte sociale (<https://www.desocialekaart.be>) qui combine et visualise diverses sources de données avec des informations sur les acteurs des soins et de l'assistance. Il est également possible de faire corriger les informations.

Ce projet doit introduire une identification unique de sorte que chaque unité atomique (un prestataire de soins individuel, une fonction spécifique sur un site spécifique d'un établissement spécifique, une forme spécifique de collaboration (par ex. poste de garde), etc.) puisse être identifiée de manière unique et qu'aucune utilisation « inappropriée » des systèmes de numérotation existants (par ex. numéros INAMI, etc.) ne soit possible. Dans ce cadre, la 'backward compatibility' est importante pour que les systèmes existants n'aient pas à s'adapter immédiatement.

Une gestion de projet forte est nécessaire pour convaincre le management des « sources authentiques » agréés de fournir les données via CobrHa+ à tous les projets pertinents en appliquant les bons arguments et les bonnes normes.

Le processus consistant à identifier et à permettre à de nouvelles sources authentiques d'entrer des données dans CobrHa existe déjà par l'intermédiaire des organes de gouvernance d'e-Health.

UPPAD permet aux dispensateurs de soins individuels ⁹ d'accéder à leurs données administratives personnelles détenues par les diverses autorités compétentes en matière des soins de santé.

Cette porte d'accès centrale est une fenêtre sur les données CobrHa et offre aux professionnels de santé la possibilité de consulter leurs données personnelles et administratives (nom, visa, accréditation, conventionnement, etc.).

L'étape suivante consiste à étendre UPPAD aux établissements de soins (hôpitaux, pharmacies, centres de soins résidentiels, etc.).

L'objectif est qu'une personne, comparable au dispensateur de soins individuel, puisse consulter les données administratives au niveau de l'application UPPAD mais aussi les modifier, dans les limites, des droits définis.

Le développement des applications sous-jacentes sort du cadre de ce projet, mais il est nécessaire pour créer de la valeur ajoutée et convaincre les établissements de soins d'utiliser effectivement UPPAD.

Objectifs

0.7.1 Gestion du système de base central

Cet objectif est de développer un centre opérationnel de coordination et de gestion au sein du SPF Santé publique pour la gestion quotidienne et fonctionnelle du système CobrHa, y compris les contrôles de qualité et de cohérence et le soutien des sources authentiques existantes comme des nouvelles sources authentiques au moment du remplissage du registre CobrHa.

Si CobrHa devait être de plus en plus utilisé comme base de données de base, des extensions et de nouvelles applications seront créées et demandées. Ce centre de coordination rassemblera ces demandes et préparera des propositions pour de nouveaux projets ou de modifications pour l'organe décisionnel (Business Decision Group).

0.7.2 Historique

Cet objectif comprend

- La volonté de conserver dans CobrHa toutes les modifications apportées aux données en son sein assorties d'informations supplémentaires sur les modifications effectuées, notamment sur le moment où les modifications ont lieu et sur la source de la modification.

⁹ Il s'agit ici des professions des soins de santé reprises dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

- De proposer des fonctions de recherche spécifiques pour que la situation à un moment donné puisse être identifiée.

0.7.3 Publier et souscrire

Cet objectif comprend

- La possibilité, pour les systèmes externes, de s'abonner à un service de mise à jour de CobrHa pour recevoir presque instantanément certaines modifications spécifiques apportées dans le registre CobrHa.
- La possibilité, pour les systèmes externes, d'obtenir, sur simple demande, la liste complète la plus récente des informations spécifiques contenues dans CobrHa.

0.7.4 Numéro CobrHa / Identification unique

Cet objectif comporte 2 aspects :

- Le développement de l'analyse fonctionnelle, la conception technique et l'implémentation dans le registre CobrHa d'un identifiant unique, tout en maintenant la compatibilité existante, tant pour les sources authentiques d'input que pour les systèmes externes demandeurs.
- L'élaboration d'un plan de projet visant l'introduction d'un identifiant unique dans toutes les sources authentiques et dans les systèmes récepteurs. Dans ce cadre, l'approche, la charge de travail et le délai de réalisation sont cartographiés. Les coûts de prise en charge de la 'backward compatibility' sont également calculés.
L'exécution effective de ce projet de migration ne fait PAS partie de cet objectif et doit être traitée dans des projets spécifiques et distincts.

En d'autres termes, cet objectif fournit une identification unique dans le système CobrHa mais ne garantit pas que tous les systèmes environnants utilisent efficacement ce numéro CobrHa.

0.7.5 Simplification administrative

UPPAD vise à simplifier l'administration pour les établissements en rendant disponibles, par le biais d'un portail central unique, toutes les informations et applications actuellement disponibles auprès des différentes administrations. Cela comprend les aspects suivants :

- Un inventaire de toutes les données pertinentes que l'on veut afficher dans UPPAD via CobrHa et des applications existantes.
- Un look-and-feel agréable et convivial.

À cette fin, une analyse commerciale et technique approfondie sera effectuée avant le début du développement. Des tests utilisateurs seront également organisés, après quoi des ajustements seront effectués si nécessaire.

Bien que le développement d'applications n'entre pas dans le cadre de ce projet, il est intéressant de penser à de nouvelles applications qui offrent une valeur ajoutée.

0.7.6 Facilité d'obtention d'un accès

Un système est choisi qui permet à l'utilisateur de demander facilement l'accès et dans lequel l'accès peut être facilement transféré, par exemple lors d'un changement de personnel. Dans la mesure du possible on recherche des systèmes qui existent déjà pour des applications similaires. On étudie également si et comment les autorités compétentes peuvent avoir accès à UPPAD et consulter les données d'un établissement qu'elle contient.

0.7.7 Communication transparente

UPPAD améliorera la communication entre les acteurs de soins et les administrations.

Une attention particulière sera également accordée à la communication vers les utilisateurs. La documentation nécessaire sera fournie.

On examinera comment un utilisateur peut être informé des changements qu'il est en train de faire, car ceux-ci ne sont pas (actuellement) immédiatement visibles dans UPPAD.

Enfin, une procédure sera également mise en place pour permettre de poser des questions. Un simple formulaire en ligne est mis à disposition à cet effet, qui est ensuite envoyé aux autorités responsables afin qu'elles puissent contacter l'utilisateur.

Une campagne de communication sera développée pour le lancement de cette fonctionnalité (voir Cluster 1).

0.8 Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes

Problème

Les administrations fédérales, les entités fédérées, les fournisseurs de soins de santé et les organisations actives dans le domaine de soin de santé doivent améliorer et augmenter leur impact sur le développement de nouvelles fonctionnalités et de fonctionnalités supplémentaires par les fournisseurs de logiciels des systèmes d'e-santé et les fournisseurs de logiciels veulent un financement plus efficace pour le développement de nouveaux systèmes et fonctionnalités.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | X | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Les points faibles actuels des fournisseurs TIC sont :

- L'absence de vision à long terme des services d'e-santé entrave l'élaboration d'une stratégie d'investissement ;
- une gestion des fournisseurs TIC par projet ou par service d'e-santé n'est pas réalisable. Il en résulte une multiplicité de consultations et d'actions non coordonnées par rapport à d'autres projets ou services d'e-santé.
- la gouvernance non transparente ou fragmentée de l'e-santé dans laquelle diverses décisions non coordonnées sont prises sans évaluation d'impact préalable ;
- l'absence de mesures de soutien, y compris de mesures de soutien financier, pour les fournisseurs TIC ;
- il n'y a pas de centre de compétence eHealth auquel les fournisseurs TIC peuvent faire appel ;
- l'absence d'une offre en formations, pour les profils techniques, pour l'intégration et la mise en œuvre des services d'e-Santé et des services de base de la plate-forme eHealth ;

Dans le secteur des soins, les acteurs dépendent :

- d'une offre suffisante de solutions TIC qualitatives et conviviales
- et en corollaire, d'une disponibilité continue des services d'e-santé et des services de base de la plate-forme eHealth

La plus grande frustration des acteurs de l'e-santé reste l'absence d'un éventail suffisamment large de solutions TIC qualitatives et conviviales. Il existe actuellement une offre, mais elle ne répond pas aux attentes quand elle est utilisée au niveau de la collaboration multidisciplinaire ou du partage des données.

Les dispensateurs de soins et d'assistance ne sont pas les seuls à avoir besoin de formation et d'éducation. Les entreprises actives dans le domaine de l'e-santé recherchent également des informations, des conseils et des avis. Les possibilités sont à l'étude, éventuellement moyennant paiement. Il s'agit de proposer des trajectoires d'orientation pour la transformation des solutions TIC existantes, de proposer une analyse des solutions TIC dans le domaine de la convivialité, de la sécurité de l'information, ..., du coaching et du conseil. Ce qui précède traduit un besoin quant à l'utilisation et à l'intégration des services de base de la plate-forme eHealth. En concertation avec les entités fédérées, nous étudions la possibilité de développer une série de mesures de financement et de soutien pour les entreprises qui investissent dans une offre de logiciels conviviaux qui soutiennent les processus de travail actuels des acteurs des soins de santé, avec un accent particulier sur le partage numérique des données. Il s'agit d'une forme d'incitant pour les entreprises actives dans le domaine de l'e-santé.

Objectifs

0.8.1 Méthodes de financement

Cet objectif développe diverses façons de soutenir l'utilisation des systèmes et le développement de nouvelles applications et fonctionnalités de la manière la plus efficace possible en recourant à un soutien financier. Cela peut se faire de la manière traditionnellement utilisée jusqu'à présent qui consiste à accorder un soutien financier directement payé au dispensateur de soins, mais aussi, par exemple, en finançant le développement de systèmes ensuite mis à la disposition des prestataires de soins à un tarif avantageux.

0.8.2 Coopération au niveau de la conception des systèmes d'e-santé

Cet objectif fournit une méthode de travail et/ou un modèle pour la conception de nouveaux systèmes ou fonctionnalités dans lesquels le gouvernement et les fournisseurs de logiciels impliqués (ou leurs représentants par l'intermédiaire des organisations professionnelles) travaillent ensemble.

Les questions abordées dans le cadre de cet objectif sont les suivantes :

- Quelle est la répartition optimale des tâches entre le gouvernement et les fournisseurs de logiciels en ce qui concerne le développement de services partiels ou de composants ?
- Quelle est la méthode de contrôle des fournisseurs de logiciels utilisée par le gouvernement ?
 - marché libre et tests ? cahier des charges ?
 - financement uniquement des utilisateurs finaux ou aussi financement direct des fournisseurs de logiciels ?

Cluster I Transversalité

1.1 Communication

Problème

La communication externe du plan d'action et de ses projets ne repose pas sur une stratégie ou une planification cohérente.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| X | | | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Le plan d'action e-santé 2013-2018 comprenait un projet de communication PA11 qui n'a cependant pas bénéficié d'une attention suffisante. On s'est pourtant rendu compte à plusieurs reprises et tout récemment avec PA10-Personal Health Viewer, que la communication vers le « monde extérieur » est extrêmement importante et qu'il est nécessaire de disposer d'un plan coordonné et approuvé à ce niveau avant même la phase de réalisation d'un projet.

Ce projet se concentre sur la communication externe, c'est-à-dire à destination des acteurs des soins, des établissements de soins, des organisations dans le secteur des soins de santé, des développeurs de logiciels et des citoyens.

La communication entre les projets, entre les administrations et entre les cabinets n'entre pas dans ce champ d'application : celle-ci est traitée dans le cadre de la gouvernance du programme.

Par le biais de la gouvernance du Plan d'actions e-Santé, les autorités, entités fédérées, partenaires, chefs de projets, administrations et cabinets, sont informés de l'état d'avancement des projets. Ces actions de communication ne relèvent pas du champ d'application du présent objectif.

La réalisation du plan d'actions e-Santé se déroule dans un contexte de co-création. La communication qui s'y rapporte est une matière conjointe, impliquant que tous les partenaires concernés par le projet communiquent ensemble et non chacun séparément.

Il existe un besoin important et une forte demande pour une communication plus importante et plus efficace sur les avantages du partage des données des patients et de l'utilisation de divers services d'e-santé, ainsi que sur les responsabilités de tous ceux qui participent au processus.

Cette demande est forte au niveau des prestataires de soins qui sont en première ligne pour encourager les patients, mais qui ne se sentent pas suffisamment soutenus sur le plan de la communication.

Cette communication devra respecter les aspects suivants :

- Ne pas se présenter sous la forme d'une campagne unique mais plutôt sous la forme d'un flux constant d'initiatives diverses proposées via différents canaux.
- Les canaux et les initiatives existants (par exemple les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux, etc.) doivent, en tout cas, très certainement être conservés.
- De nouveaux canaux de communication modernes doivent être utilisés
- Le message doit concerner ce que le patient (et les dispensateurs de soins avec UPPAD) a à gagner en se montrant prêt et en encourageant ses prestataires de soins à partager ses données et à recourir davantage aux services d'e-santé (par exemple PHV, mHealth...).

Objectifs

1.1.1 Plan global de communication

Cet objectif permet d'élaborer un plan détaillé dans lequel sont rassemblés les différentes initiatives, les canaux, les messages et les parties concernées.

Une distinction est opérée entre différents groupes cibles : citoyens, professionnels de la santé et fournisseurs de logiciels.

Ce plan est élaboré dans le cadre d'un comité d'accompagnement composé de représentants de différentes parties prenantes ainsi que d'experts en communication internes ou externes.

Ce plan décrit la communication au niveau stratégique, tactique et opérationnel.

Ce plan est intégré dans la méthodologie du projet par le fait qu'il prévoit une réflexion sur la communication nécessaire à différents moments du projet.

Chaque projet du plan d'action e-santé comporte un volet consacré à la communication, qui s'inscrit dans le cadre du plan global de communication en matière d'e-santé.

1.1.2 Site Web de communication dynamique

Cet objectif implémente une version plus dynamique du site Web existant www.plan-egezondheid.be, y compris une description claire et documentée des rôles et des responsabilités au niveau de la gestion de ce site Web.

1.1.2 Rapportage sur la communication externe

Le plan de l'objectif 1.1 est revu tous les trois mois et fait l'objet d'un rapport trimestriel afin que les structures de gouvernance aient une vue d'ensemble sur les diverses initiatives prises par les divers groupes et diffusées par les divers canaux.

1.2 Surveillance du programme

Problème

L'utilisation efficace des systèmes d'e-santé fournis par les utilisateurs finaux n'est pas suffisamment mesurée et contrôlée, de sorte que les adaptations ne sont pas suffisamment fondées sur des situations réelles dans la pratique.

Le mandat et le rôle de la gestion du programme (responsable du programme, responsable du change&release) ne sont pas décrits de manière suffisamment détaillée.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Ce projet se concentre sur le suivi de l'utilisation des systèmes réceptionnés par les utilisateurs finaux et les services d'e-Santé. Il s'inscrit dans le glissement observé au niveau de l'accent des projets, de la réalisation du projet vers sa véritable finalité, c'est-à-dire son utilisation dans la pratique.

Ce projet vise à développer un ensemble cohérent et univoque de données fonctionnelles sur les utilisateurs. En ce sens, il est complémentaire aux statistiques existantes sur l'eHealth lesquelles se concentrent sur les chiffres et les quantités, ainsi que sur les informations techniques dont, notamment, le nombre de messages et le nombre de documents publiés. Les statistiques existantes sont évaluées en fonction de leur utilité, leur utilité et leur objectif étant clairement définis.

Ce projet comprend également la mise en place et l'utilisation de systèmes de monitoring (basées, p. ex. sur l'approche néerlandaise Nictiz), qui nous permettent d'adapter notre politique dans tous les domaines (produits logiciels, formation des dispensateurs de soins, inclusion des patients, etc.), si nécessaire.

Dans ce projet, l'accent est mis sur les données qui fournissent une indication sur l'utilité (et non sur l'utilisation à proprement parler) et la valeur ajoutée des projets dans la pratique.

Outre le suivi de l'utilisation des services d'e-santé et la vérification de la réalisation des objectifs des projets, il est également nécessaire de suivre l'avancement de l'ensemble du plan d'action en matière d'e-Santé à l'aide d'un nombre limité de chiffres clés. Cela s'inscrit dans le cadre de la concrétisation au niveau du monde

extérieur d'une vision et d'une mission de l'e-santé, dont la réalisation des projets permet d'atteindre un objectif donné mesurable.

De plus, ce projet confirme la mission du gestionnaire de programme de piloter activement le plan d'action : le champ d'action de la Gestion du programme est global : il englobe tant le plan commercial que le plan technique ou encore la formation, la communication, le support opérationnel, ...

Objectifs

I.2.1 Détermination des chiffres d'utilisation

Cet objectif définit ce qu'il faut mesurer et comment le faire.

- On dresse l'inventaire de ce qui est déjà disponible, de ceux qui mesurent ces chiffres et à quelle fréquence et on détermine la signification exacte des chiffres. Sa pertinence, son utilité et sa finalité sont également évaluées.
- On dresse aussi l'inventaire de ce qui manque encore pour avoir une image end-to-end complète de l'utilisation des services d'e-Santé.
- Les maillons manquants sont définis et implémentés en tenant compte des coûts de développement : le but est plutôt d'essayer d'arriver à un rapportage sur la chaîne dans son ensemble que de déterminer aussi précisément que possible une certaine donnée (règle 80-20).

I.2.2 Détermination des KPI et des objectifs des SLA

Cet objectif définit les KPI et les objectifs des SLA pour les différents systèmes partiels qui composent la chaîne complète des services d'e-Santé.

I.2.3 Organisation de la collecte des données et du rapportage

Cet objectif définit le processus et les rôles et responsabilités de toutes les parties impliquées pour collecter et publier régulièrement les KPI et les chiffres d'utilisation.

Déterminer si l'utilisation d'un outil apporte une valeur ajoutée pour la collecte, le traitement et la communication des données.

I.2.4. Rapportage sur les KPI et les objectifs des SLA

Cet objectif assure un rapportage fréquent et régulier (au maximum sans intervention manuelle) des KPI et des objectifs SLA convenus.

Étudier et déterminer qui est autorisé à voir quels rapports.

I.2.5 Gestion du programme

Cet objectif décrit le mandat et le pouvoir décisionnel de la gestion de programme dans le Plan d'action e-santé 2019-2021 par rapport aux différentes organisations et structures de concertation concernées.

I.2.6 Gestion des changements et des versions

Cet objectif assure une planification coordonnée et univoque, de même qu'une communication vers toutes les parties concernées (dispensateurs de soins, patients/citoyens, fournisseurs de logiciels, administrations et autorités) par les réalisations du plan d'action 2019-2021.

Il s'agira de toutes les versions ou « releases » en Production d'un projet ou d'un sous-projet du Plan d'action e-santé 2019-2021 « officialisées » par le Program Management. En d'autres termes, chaque projet doit être validé par le Program Management avant de pouvoir procéder à une activation de support.

Par ailleurs, cela permet aux parties externes (notamment les fournisseurs de logiciels) de bénéficier d'informations claires sur les calendriers et les versions officielles et d'un point de contact formel à ce sujet.

Cet objectif comprend également une communication opérationnelle structurée et ad hoc vers toutes les parties prenantes. Cela signifie, entre autres, que la réunion TALIS existante est coordonnée au niveau de la Gestion des changements et des versions (Change & Release Management) dans la mesure où elle est confirmée par l'objectif *1.1.1 Global Communicatieplan*.

1.2.7. eHealth Monitor

Le plan de projet relatif à cet objectif est en préparation et a fait l'objet d'une réunion avec les entités fédérées portant sur les possibilités d'un cofinancement.

Cluster 2 Support

2.1. Incitants

Problème

Le maintien des incitants pour le prestataire de soins individuel (médecin) nécessite une approche structurée.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|----------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Depuis le début du plan d'action 2013-2018, certains groupes de prestataires de soins ont bénéficié d'incitants pour les encourager à utiliser les services d'e-santé à bon escient. Ces incitants financiers peuvent comprendre un volet fédéral ainsi qu'un volet communautaire et régional.

Il a été reconnu que ces incitants ont constitué des stimulants démontrables et ont été conservés dans le plan d'action e-Santé 2019-2021, comme une méthode raisonnable pour atteindre les objectifs, par exemple stimuler l'utilisation de la terminologie.

Un ajustement des objectifs du précédent plan d'action a été recommandé afin

- de mieux soutenir l'utilisation des systèmes ;
- de mettre l'accent moins sur les groupes professionnels et plus sur le système utilisé (de sorte qu'en principe, chaque dispensateur de soins peut être éligible à un soutien financier) ;

Cela signifie que les mesures d'incitation seront utilisées de manière beaucoup plus spécifique pour atteindre des objectifs ou des effets spécifiques (mesurables). Une conséquence logique de ce qui précède est qu'un incitant doit être évalué périodiquement par rapport à son utilité (efficacité) et qu'il est limité dans le temps. L'offre d'incitants reste toutefois restreinte, afin de viser un effet maximal avec des ressources limitées au niveau de la réalisation effective des objectifs des projets prioritaires.

Objectifs

2.1.1. Les incitants existants dépendent directement de l'utilisation des services d'e-Santé.

Toute prime télématique et tout soutien pratique accordés à un prestataire de soins doivent être absolument liés à l'utilisation effective et mesurable des services d'e-santé.

L'étape suivante étant, en effet, de passer d'une simple « utilisation » à une « utilisation sensée » ('Meaningful Use') : Les incitants doivent, eux aussi, évoluer en parallèle.

2.1.2 Organisation des incitants

Actuellement, seuls quelques groupes professionnels parmi les prestataires de soins bénéficient d'incitants financiers.

Dans le précédent plan d'action e-santé 2013-2018, l'intention était également de lier les incitants à l'utilisation des systèmes et non à un groupe professionnel.

L'objectif du plan d'action précédent est donc repris, moyennant un léger ajustement.

Objectif

- dresser l'inventaire des incitants existants et de leurs modalités d'octroi
- proposer une adaptation des incitants existants en y intégrant, e.a. les dimensions suivantes
 - o objectif détaillé
 - o durée de l'incitant
 - o méthode de mesure
 - o groupe cible

2.2 Code de conduite juridique de soutien & lignes directrices sur le partage des données à caractère personnel sur la santé

Problème

Il n'existe ni code de conduite ni lignes directrices en ce qui concerne les bonnes pratiques pour soutenir les prestataires de soins de santé, les acteurs des soins de santé, les fournisseurs TIC et les citoyens.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | X | | | X |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Il est nécessaire que davantage de pays européens élaborent des codes de conduite et des lignes directrices de bonnes pratiques sur le partage des données de santé personnelles destinées aux dispensateurs de soins. Ces codes de conduite et lignes directrices peuvent aider les praticiens à répondre adéquatement aux demandes d'accès à des données secondaires, à recueillir et partager des données personnelles de manière conforme à la loi, juste, transparente et conforme aux droits et aux attentes des personnes dont les données sont partagées.

Un exemple de code de conduite et de lignes directrices existe aux Pays-Bas

(<https://afsprakenstelsel.medmij.nl/display/PUBLIC/MedMij+Afsprakenstelsel+release+1.0+versie+0.991>)

Un système/cadre d'accords décrit le cœur du partage numérique des données relatives à la santé. Ce système est essentiel à la confiance nécessaire pour soutenir l'échange numérique des données de santé entre les utilisateurs et dispensateurs de soins. Cet ensemble d'accords garantit un échange de données sûr, interopérable et fiable entre les réseaux de partage de données de soins, les services d'e-Santé et les solutions TIC des acteurs de soins et des utilisateurs.

Le cadre juridique donne un aperçu des principales lois et réglementations d'application à ceux qui participent à un système d'accords dans le cadre de la réalisation de leurs activités.

Le cadre normatif de la sécurité de l'information décrit les mesures minimales que les participants doivent prendre dans le domaine de la protection de la vie privée et de la sécurité de l'information. Ces mesures réduisent les risques potentiels et sont le résultat d'une analyse des risques effectuée annuellement à l'échelle du système.

La gouvernance décrit comment est géré le système d'accords de partage, les différents rôles qu'on y distingue et par quelles parties ces rôles sont endossés.

De plus amples informations et un exemple de système d'accords de partage en application aux Pays-Bas sont disponibles à l'adresse <https://afsprakenstelsel.medmij.nl>. L'objectif est que toutes les parties concernées par les services d'e-santé s'engagent à fermement les respecter.

Ce projet consiste, en grande partie, à rassembler la documentation et l'information existantes dans un lieu unique et facilement accessible (p. ex. un site Web).

Objectifs

2.2.1 Use-cases

Une FAQ est développée sur la base des use-cases spécifiques. Elle est destinée à accroître la confiance des dispensateurs de soins par rapport à leurs responsabilités au niveau du partage des données médicales. Les préoccupations des dispensateurs de soins relatives à leurs responsabilités (juridiques) risquent fort, dans un réflexe de protection (compréhensible) de considérablement réduire la qualité et le niveau de détail des informations partagées au niveau des données médicales des patients.

2.3.2 Communication du code de conduite

Cet objectif permet de mettre en place une information et une communication les plus larges possible, inspirées de l'exemple néerlandais : <https://afsprakenstelsel.medmij.nl/>

Cluster 3 Excellence opérationnelle

L'objectif ultime de tous les Clusters et projets du Plan d'action 2019-2021 est celui de leur utilisation effective au quotidien. Cette utilisation exige, entre autres, une disponibilité correcte et des performances suffisantes des applications et des systèmes, un support fonctionnel et technique adéquat dans l'utilisation quotidienne et certainement en cas d'incidents et de problèmes. Avec le partage de données numériques e-Santé entre différents systèmes et solutions TIC, assurer l'interopérabilité est un facteur de réussite essentiel. Le plan d'action 2013-2018 s'est concentré, à juste titre, plutôt sur le développement de projets, souvent à partir de zéro, et sa priorité était de veiller à ce que les projets soient développés rapidement et efficacement. Dans ce contexte, la convivialité et la maintenabilité générale des systèmes livrés ont parfois dû être négligées.

Aujourd'hui, l'ensemble du secteur de l'e-Santé a considérablement gagné en maturité et fait désormais partie intégrante de nos activités pour devenir un facteur essentiel dans les soins de santé. C'est donc le moment idéal et nécessaire pour améliorer l'utilité globale des systèmes existants (et des nouveaux systèmes à développer) et pour accroître considérablement leur visibilité et leur importance. C'est pourquoi un Cluster distinct a été défini pour l'excellence opérationnelle ou 'Operational Excellence'.

L'excellence opérationnelle est la dénomination couramment utilisée pour regrouper les divers aspects liés à l'utilisation dans la pratique. Cela concerne, e.a. le support, la maintenance proactive, la disponibilité, la performance, la qualité et la convivialité.

- Support
En raison de la grande diversité des services, mais aussi des fournisseurs de services, il est parfois difficile, en tant qu'utilisateur, de savoir où adresser ses questions, ses remarques ou ses plaintes. Par conséquent, le fait que la majorité des services d'e-santé sont proposés et utilisés par le prestataire de soins via le DPI ou le DMI ne signifie pas que le fournisseur du progiciel est le contact approprié pour tous les aspects de l'e-santé. Le soutien des différents services d'e-santé par le biais d'un service d'aide central et la mise à disposition des ressources financières nécessaires à cette fin constitue donc une nécessité que tous les prestataires de soins, tous les fournisseurs de progiciels et tous les fournisseurs de services d'e-santé estiment nécessaire.
- Maintenance proactive
Quel que soit le type de maintenance que l'on souhaite soutenir, il faudra prévoir un espace structurel. Le plan des versions, qui sera finalement élaboré, devra en tenir compte. Un plan des versions, c'est plus qu'une simple liste de nouvelles fonctionnalités assorties d'une date. La faisabilité d'un plan des versions doit être vérifiée auprès de tous les acteurs. Un plan des versions qui donne à tous les acteurs le temps nécessaire constitue la base de deux autres éléments qui figurent dans la liste de l'excellence opérationnelle, à savoir la qualité et la convivialité.
- Disponibilité et performance
La disponibilité et les délais de réponse des systèmes d'e-santé peuvent / doivent être améliorés et accroître leur cohérence. Actuellement leur perception est en tout cas mauvaise.

Tout cela doit répondre aux besoins des utilisateurs finaux individuels ou des petits établissements de soins de santé qui n'ont pas de connaissances dans le domaine des TIC, ainsi qu'aux besoins des grands établissements de soins de santé qui ont un département TIC et des fournisseurs de logiciels. Les deux groupes souhaitent pouvoir garantir la continuité des affaires et la transparence au niveau des interventions et des problèmes.

Le premier groupe souhaiterait également

- des applications disponibles et performantes pour les utilisateurs finaux
- un service intégré, à partir d'un environnement unique, avec authentification unique
- adaptés à leurs besoins
- un soutien fonctionnel et une formation
- un helpdesk fonctionnel

Les grands établissements de soins de santé qui ont des départements TIC et des fournisseurs de logiciels souhaitent

- des environnements de test
- des services web disponibles et efficaces
- un soutien technique et une formation
- une répartition claire des tâches entre les helpdesks

3.1 Architecture de base

Problème

L'architecture de base des applications e-Santé a été développée il y a 10 ans. Il est souhaitable d'évaluer et, si nécessaire, d'adapter les choix architecturaux. Une architecture qui répond de manière optimale aux besoins des parties prenantes, en tenant compte des contraintes contextuelles, devrait être mise en place.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|----------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Le paysage de la e-Santé en Belgique consiste en une multitude de systèmes, tels que divers réseaux de partage de données, sources d'informations, répertoires de référence, passerelles et services de base, le tout avec une finalité spécifique. Et beaucoup de ces systèmes sont connectés les uns aux autres ou dépendent les uns des autres. Un enchevêtrement complexe pour lequel il n'y a actuellement aucun aperçu. Les fournisseurs TIC, ainsi que les fournisseurs des différents systèmes, demandent à cartographier l'architecture de la santé en ligne et à assurer ainsi la transparence de son fonctionnement. Le patient a le droit de savoir quels systèmes stockent ou partagent des données avec d'autres systèmes. Les projets de ce plan d'action qui mettent en place de nouveaux systèmes, tels que de nouvelles sources pour le stockage d'informations, doivent s'intégrer dans cette architecture eHealth.

Dans l'écosystème e-Santé, il existe actuellement de nombreux endroits où des informations sur les demandeurs de soins sont stockées. Par exemple, il existe 3 coffres-forts e-Santé (Vitalink, Intermed et BruSafe (+)). En outre, il existe des registres BelRai, Recip-e (Qermid, Orthoprime, ...), des systèmes fédéraux tels qu'Orgadon et Wilsbeschikking. Il est très important d'établir clairement quelles sont les données stockées dans quelle source authentique, afin d'éviter au maximum le stockage redondant.

Les fournisseurs TIC souhaitent conserver une méthode, une intégration dans l'architecture e-Santé au lieu d'une intégration séparée avec chaque système. Différentes solutions sont possibles, mais doivent d'abord être étudiées.

Les questions qui peuvent se poser ici sont les suivantes

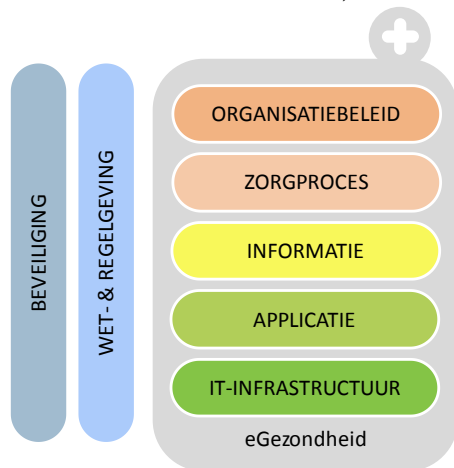
- la division actuelle en sous-systèmes est maintenue, ou mieux consolidée dans certains domaines, par exemple dans le domaine des

- centres de données et de l'infrastructure TIC
- des sources authentiques provenant des autorités (CobrHa, SAM,)
- des coffres-forts de la santé
- des systèmes d'information de certaines parties prenantes similaires
- évolue-t-on vers un « cloud » communautaire sécurisé de et pour les fournisseurs de soins de santé et les établissements de soins de santé ?
- choisit-on des « thin clients » ou des « fat clients » ?
- évolue-t-on vers un catalogue ouvert de composants ouverts et réutilisables ?

L'architecture doit être cartographiée et son fonctionnement doit être clarifié. Un patient a le droit de savoir où ses données sont stockées. Quel système traite quelles informations sur qui? Il existe un répertoire de référence pour les hubs et les coffres-forts, mais doit-il être étendu aux autres systèmes?

C'est également un message important de la part des fournisseurs informatiques et de logiciels. Si une intégration unique dans e-Santé n'est pas directement possible (avec une connexion universelle et une couche d'accès en tant que passerelle) au lieu d'une intégration dans chaque système, l'interopérabilité doit au moins être garantie.

Les modèles étrangers tels que le modèle néerlandais à 5 couches peuvent servir de source d'inspiration pour une architecture de base commune, e- Santé.



Objectifs

Les questions décrites ci-dessus seront discutées au sein des organes stratégiques compétents et, le cas échéant, un plan d'action sera élaboré.

3.2 SLA et Service Management

Problème

Les services d'e-Santé doivent être disponibles en permanence et être efficaces. Cela vaut aussi bien pour les applications destinées aux utilisateurs finaux que pour les différents sous-systèmes et services.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Le Service Management est le terme générique utilisé pour désigner la gestion des systèmes opérationnels d'e-santé et le rapportage sur ces systèmes à l'intention de toutes les parties prenantes.

Le Service Management contient entre autres

- le contrat de niveau de service (SLA)
 - o sur la disponibilité et la performance, si possible end-to-end
- l'élimination du point de défaillance unique (Single Point of Failure - SPOF) dans n'importe quel environnement (par exemple, la troisième plate-forme eHealth d'un centre de données en stand-by à froid)
- un système de monitoring end-to-end
- des tableaux de bord centraux et une supervision
- la gestion des incidents
- la gestion des problèmes
- la planification des capacités
- un calendrier public des versions et des interventions de préférence exhaustif

Objectifs

3.2.1 Portée du Service Management dans l'e-santé

Cet objectif fournit une description détaillée de la portée des rôles et des responsabilités de tous les intervenants dans la gestion opérationnelle des systèmes d'e-santé.

3.2.2 Organisation et mise en œuvre du Service Management

Cet objectif vise la réalisation du Service Management e-santé

3.3 Business continuity

Problème

Même si des interventions sont effectuées sur des parties du système d'e-santé ou si des incidents se produisent au niveau de ces parties, les prestataires de soins et les établissements de soins doivent pouvoir disposer de fonctionnalités minimales. La continuité de leur fonctionnement de base doit être garantie par des procédures de continuité des opérations (Business Continuity Plans, BCP).

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Aujourd'hui, les systèmes d'e-Santé constituent de plus en plus des maillons essentiels du domaine de la santé. La disponibilité permanente de ces systèmes est donc essentielle. Lors du développement des systèmes d'e-santé, il convient d'accorder une grande attention à leur disponibilité.

Une défaillance des systèmes, en tout ou en partie, ne peut toutefois pas être totalement exclue. C'est pourquoi des BCP doivent être élaborés et régulièrement testés afin que le plan puisse être mis à jour.

Ces BCP doivent décrire, pour tous les utilisateurs (finaux) de services d'e-Santé, les alternatives qui doivent ou peuvent être utilisées pour remédier à l'indisponibilité des systèmes d'e-Santé.

Les BCP contiennent également les processus qui les activent et, après avoir résolu l'indisponibilité, les désactivent et organisent le retour aux méthodes de travail « normales ».

Les BCP sont élaborés successivement pour les différents types d'utilisateurs finaux, comme les pharmaciens, les médecins généralistes, les infirmières à domicile et les hôpitaux.

Ce faisant,

- les exigences fonctionnelles minimales sont définies en concertation avec les représentants du type d'utilisateurs finaux concernés
- les points de défaillance uniques (SPOF) relatifs aux environnements sont éliminés autant que possible (pour chaque composant crucial, il existe une alternative dans un autre environnement)
- un plan d'implémentation est élaboré avec des itérations
- la communication sur les BCP se fait par l'intermédiaire d'un site Web
- une formation sur les BCP est prévue via ééniijn, e-santé Wallonie et l'eHealth Academy

- un tableau de bord intégré sur l'état des différents services (disponibilité, performance) est progressivement développé
- des mécanismes de rétroaction sur l'utilisation efficace des BCP sont implémentés

Une des conditions est que tous les services e-Santé et la plate-forme eHealth soient transparents, en cas d'indisponibilité, sur le service minimum qu'ils s'engagent à fournir et sur la manière dont ils communiquent à ce sujet.

Objectifs

3.3.1 Élaboration des BCP

Cet objectif élabore en détail les BCP pour les différents processus utilisant les systèmes d'e-santé pour les groupes cibles mentionnés.

Cet objectif décrit comment les processus sont adaptés en cas d'indisponibilité et, si nécessaire, développe les outils adéquats (site web, formulaires, outils d'enregistrement hors ligne, ...).

L'objectif décrit également comment le plan est activé, comment il est coordonné et communiqué pendant la situation CA et comment le plan est ensuite à nouveau désactivé.

Cet objectif ne porte que sur les systèmes d'e-Santé fonctionnels et ne concerne donc PAS le BCP des systèmes TIC sous-jacents (infrastructure informatique), qui (peut) entraîner l'indisponibilité des systèmes d'e-santé.

3.3.2 Tests des BCP d'e-Santé

Cet objectif consiste à organiser un test pratique contrôlé du BCP afin que, d'une part, toutes les parties concernées soient formées et d'autre part que les imperfections du plan puissent être détectées et corrigées. Un tel test doit être effectué au moins une fois par an.

3.3.3 Communication et formation des BCP d'e-Santé

Cet objectif vise la mise en place d'une formation et d'une communication explicites pour tous les utilisateurs des systèmes d'e-Santé du BCP.

Dans cet objectif un rôle majeur est dévolu aux organismes de formation notamment éénlijn, e-santé Wallonie, et eHealth Academy.

3.4 Documentation, helpdesk & support

Problème

Bien que divers fournisseurs de sous-services mettent à disposition une documentation complète, il n'est pas toujours facile pour les diverses parties prenantes de la trouver et elle n'est pas toujours claire. Plusieurs intervenants se plaignent de l'absence d'un point de contact unique (SPOC) en ce qui concerne le helpdesk et le support. Il est d'une part difficile de garder une vue d'ensemble sur l'enseignement et sur la formation des soignants et des secouristes, et d'autre part les fournisseurs de TIC recherchent également des informations, des conseils et des conseils sur l'intégration tout comme l'utilisation des services de e-Santé.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

En cas de problèmes ou de questions concernant l'utilisation des services de santé en ligne intégrés dans les solutions TIC, les prestataires de soins de santé contactent d'abord leur fournisseur TIC. Ces fournisseurs de TIC ont besoin du soutien des services d'e-Santé pour résoudre les problèmes de manière fluide et adéquate. Il est important de pouvoir analyser à l'avance où se trouve un problème particulier et qui est responsable de la recherche d'une solution. Dans un problème impliquant plusieurs services ou partenaires e-Santé, le besoin consiste principalement à coordonner la réalisation d'une solution. Cela implique également de fournir la transparence nécessaire dans le support fourni par chaque service e-Santé.

Des accords sont conclus sur la mise à disposition intégrée, entre les prestataires, d'une documentation claire et facile à trouver. La documentation est mise à disposition de manière intégrée sur le portail eHealth. Elle est fournie par chaque fournisseur de services, si nécessaire à différents niveaux de détail et sur la base d'un cadre conceptuel.

L'organisation du helpdesk et le support aux utilisateurs finaux relèvent de la responsabilité des fournisseurs de logiciels, éventuellement assistés par les services de support de première ligne. Pour les sources authentiques et les nouveaux services à valeur ajoutée, les prestataires de services organisent le helpdesk et le support. Le helpdesk et le support de la plate-forme eHealth s'adressent aux éditeurs de logiciels, aux départements TIC et aux fournisseurs de services à valeur ajoutée.

L'organisation efficace du support opérationnel des utilisateurs finaux dans le cadre de l'utilisation des systèmes, comprend aussi des outils, comme un aperçu détaillé du statut des différents sous-systèmes (disponibilité et performance).

Un des éléments du support des utilisateurs finaux est le « support au support de première ligne ». Cela signifie que les services de support de première ligne des fournisseurs de logiciels doivent avoir très facilement accès à ces possibilités de monitoring afin de pouvoir expliquer plus rapidement ce qui se passe à l'utilisateur final.

Objectifs

3.4.1 Organisation du support des utilisateurs finaux

Cet objectif décrit comment les questions et les incidents/problèmes des utilisateurs finaux des systèmes d'e-Santé sont résolus et/ou soumis à un système d'escalade.

Cet objectif inclut également le développement de l'outillage nécessaire tel que le tableau de bord de statut, etc.

3.4.2. Organisation du support des développeurs de logiciels

Cet objectif décrit de quelle manière les questions et les incidents/problèmes des développements de logiciels de systèmes d'e-Santé sont résolus et/ou soumis à un système d'escalade.

Cet objectif inclut également le développement de l'outillage nécessaire tel que des API d'intégration avec le tableau de bord de statut, etc.

3.5 Environnements de test : environnements, flux, processus, données

Problème

Ces dernières années, plusieurs initiatives ont été lancées et sont aujourd'hui opérationnelles pour tester et valider les différents aspects du développement et de l'utilisation des systèmes d'e-santé :

- validation des messages Kmehr (Kmehr)
- minilabs organisés par la plate-forme eHealth à des fins d'homologation/de certification de progiciels.
- minilabs des coffres-forts régionaux
- minilabs de MyCarenet

Un environnement de test intégré est toutefois nécessaire pour les fournisseurs de logiciels, les départements TIC des établissements de santé et les développeurs de services à valeur ajoutée.

Une telle infrastructure technique nationale permettant aux fournisseurs TIC de tester l'utilisation de plusieurs services d'e-Santé dans un processus de leur solution TIC fait défaut, de même que la possibilité de tester de manière indépendante l'interopérabilité du partage de données avec d'autres solutions TIC. Nous pouvons mieux décrire cette infrastructure technique en tant que laboratoire d'interopérabilité. Ce laboratoire fait partie intégrante d'un centre de qualification (voir 3.6) qui l'offre en tant que service.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

L'objectif de ce projet est celui de la mise à disposition et de la documentation

- d'environnements de test intégrés par l'intermédiaire
 - de la plate-forme eHealth pour les services de base
 - tout fournisseur de services à usage externe (par exemple, SPF Bosa, registre national) pour ces services
 - tout fournisseur d'une source authentique aux fins de l'établissement de la source authentique
- ensembles coordonnés de données d'essai

Une installation de test structurée et évolutive doit donc être disponible, co-organisée par l'industrie, afin que les fournisseurs de logiciels, les départements TIC des établissements de santé et les développeurs de services à valeur ajoutée puissent réaliser de véritables tests de bout en bout.

Des Connectatons seront organisés pour une assistance mutuelle.

La mission du gouvernement dans ce projet est de faciliter l'intégration opérationnelle des systèmes existants et nouveaux pour le partage de données dans les logiciels.

La priorité de ce projet peut être de réaliser les objectifs du projet VIDIS. Chez VIDIS, il est important que les solutions TIC soient interopérables pour partager le schéma de médication.

Objectifs

3.5.1 Création d'un laboratoire national d'interopérabilité

Cet objectif fournit une plateforme d'essai disponible en permanence au sein de laquelle les développeurs de systèmes de e-Santé, à différents stades de développement (essai du système, essai d'intégration, essai d'acceptation, essai de validation, essai de charge, essai BCP, ...), peuvent tester les systèmes.

Outre l'infrastructure TIC et tous les systèmes concernés (systèmes d'e-Santé, applications du registre national ou du SPF BOSA, coffres-forts, hubs, logiciels pour les prestataires de soins, logiciels hospitaliers, etc.), cela nécessite également des ensembles de données de test prévisibles et des outils de suivi.

3.5.2 Support des développeurs de logiciels

Cet objectif regroupe les activités qui soutiennent les développeurs de logiciels tels que

- les explications des specs
- des applications exemplatives
- une documentation claire et facile à trouver
 - fournie par le propriétaire de chaque service, à différents niveaux de détail
 - sur la base d'un cadre conceptuel commun

3.5.3 Utilisations de l'outil Gazelle d'IHE

En ce moment, Brusafe + (le coffre-fort multidisciplinaire bruxellois) peut connecter des projets à notre serveur via les outils en ligne disponibles:

- Livre de recettes en ligne ou manuel destiné aux développeurs de projets pour la mise en œuvre de toutes les spécifications de Brusafe +: <https://doc.brusafe.be>;
- Plateforme de test open-source appelée <https://gazelle.ehealth.brussels> et permettant aux développeurs de suivre les documents envoyés et leur connexion.
- Un accès au forum open source inspiré des codes de connexion existants des développements précédents.

Ce projetathon est une étape du processus de test global, depuis un prototype ou une version bêta dans un environnement antérieur au projet pilote, dans le monde réel. Le même environnement de test prend en charge chaque étape du processus de test, organisé comme un événement en face à face ou un test virtuel.

3.6 Qualité des logiciels de santé

Problème

Pour assurer la qualité des logiciels commerciaux de santé, il est nécessaire de disposer d'indicateurs de qualité explicites et clairs et de les valider.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Les prestataires de soins et les citoyens veulent être aidés pour pouvoir évaluer si une solution informatique, une application, un site Web ou des appareils dans le domaine d'e-Santé sont «bons». Nous devons être en mesure d'évaluer cela, le fournisseur transmettant les informations nécessaires via un outil d'auto-évaluation fournissant une image claire de la "qualité" du produit proposé. Les résultats sont réutilisables dans d'autres processus nécessitant un accès à un environnement de production ou dans le cadre d'une validation / homologation / certification formelle périodique de produits / services dans le domaine e-Santé.

Dans le plan d'action 2013-2018, de nombreuses activités concernaient déjà la validation, l'homologation, l'accréditation de logiciels de santé commerciaux et cela principalement liées à l'utilisation par les dispensateurs de soins de 1^{re} ligne et notamment les médecins généralistes, les dentistes, ... Ces activités étaient surtout orientées vers l'utilisation correcte des services de base d'eHealth base et sur l'interopérabilité des données.

L'objectif de ce projet est de fournir un maximum d'indications sur la qualité des logiciels de santé commerciaux, non seulement sur l'exactitude des données utilisées, mais aussi sur leur facilité d'utilisation, leur « supportability » (la mesure dans laquelle les problèmes peuvent être détectés et résolus, notamment au niveau des journaux, des mises à jour logicielles sans temps d'arrêt, de la reproductibilité des problèmes, de la disponibilité d'un « mode de test »,...), la politique de licence,....

Les termes génériques « logiciels de santé commerciaux » ont une acception très large et incluent, par exemple, les applications mobiles, qu'elles soient ou non liées à des dispositifs médicaux.

De nouveaux systèmes de partage des données seront développés, par exemple dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire. Ces systèmes de partage de données n'atteignent leurs objectifs que lorsqu'ils sont utilisés par une masse critique de prestataires de soins de santé concernés.

Pour permettre aux soignants et aux prestataires de soins d'utiliser ces systèmes efficacement, il est nécessaire de disposer d'une solution de connexion unique (de préférence sous la forme d'une intégration complète dans les logiciels) et d'une interopérabilité totale.

La mission des autorités dans ce projet est de faciliter l'intégration opérationnelle des systèmes existants et des nouveaux systèmes de partage de données dans les logiciels.

Les fournisseurs de TIC demandent un centre d'homologation national. Ce centre offre aux fournisseurs informatiques la possibilité de faire tester leurs solutions TIC (logiciels) pour s'assurer de la mise en œuvre correcte des normes (au sens large), des directives et des accords (par exemple, normes minimales).

Le fournisseur de TIC s'attend à ce que, sur la base d'un outil d'homologation, il puisse tester de manière indépendante si sa solution informatique répond aux exigences de fond des normes, directives et accords. De manière pratique, l'outil d'homologation est disponible 24h / 24 et 7j / 7 pour les fournisseurs de TIC et son utilisation est gratuite. Le fournisseur TIC peut planifier et gérer lui-même les sessions d'homologation. La qualification doit être de bas seuil et transparente. Plusieurs procédures doivent pouvoir se dérouler simultanément. Effectuer une validation / homologation / enregistrement formelle ne sera plus gratuit pour le fournisseur TIC. Avoir une évaluation / interprétation des réponses aux questions de l'outil de qualification (auto-évaluation) et les évaluer par rapport à certains référentiels sera également un service payant. Le fait d'effectuer un audit pour déterminer dans quelle mesure une auto-évaluation a été effectuée correctement appartient aux services payants.

Le centre d'homologation peut offrir des services supplémentaires:

- Orientation et soutien d'experts (rémunérés ou non);
- aperçu des messages / documents envoyés et des résultats de validation;
- La possibilité de se remettre en question et de s'envoyer des messages.

Le centre de qualification dépend d'une infrastructure technique nationale, d'un laboratoire d'interopérabilité, pour pouvoir offrir ses services. Le projet qui réalise cela est décrit dans 3.5.

Le principe de base de ce projet est que les autorités ne procéderont pas directement à des homologations, mais qu'elles se concentreront sur la création d'une plate-forme qui permettra aux prestataires de soins d'être informés de la mesure dans laquelle les logiciels de soins répondent à certains critères fixes.

Les autorités définiront les critères minimaux, surtout dans le domaine de l'interopérabilité tandis que d'autres critères tels que la convivialité seront définis et validés par les utilisateurs eux-mêmes (par exemple par l'intermédiaire de leurs organisations professionnelles).

Les fournisseurs de logiciels de santé commerciaux devront apporter eux-mêmes la preuve qu'ils satisfont aux différents critères en recourant aux services des organismes de contrôle, à leur tour contrôlés par les autorités et les utilisateurs finaux.

Objectifs

3.6.1 Offrir un outil de qualification

Afin de soutenir les fournisseurs de TIC dans le processus d'intégration et de contrôle de la qualité, un outil est nécessaire. Cet outil est un site Web qui guide pas à pas le fournisseur TIC (préparation (préparation), Design & Build et Test & Go Live) pour enfin obtenir une validation / homologation / enregistrement formelle. Nous nous basons sur ce qui existe déjà au niveau international.

3.6.2 Proposer et mettre à jour périodiquement une auto-évaluation

Nous développerons ceci en fonction des bonnes pratiques. L'objectif est d'intégrer cela dans le concept fédéral de la pyramide de validation. L'outil d'homologation prend en charge ce processus.

Le point de départ du processus d'évaluation est une auto-évaluation, qui doit être réalisée par les fournisseurs de TIC eux-mêmes.

3.6.3 Organisation du contrôle de la qualité

Cet objectif établit l'organisation et les responsabilités de chaque partie dans l'homologation des logiciels commerciaux de santé :

- quelles sont les parties concernées ?
- quel est le rôle endossé par chaque partie ?
 - o qui effectue les tests ?
 - o qui valide ?
- quels sont les flux de processus ?
- qu'est-ce que la gouvernance ?
- quel est l'impact (financier) des indicateurs de qualité ?
 - o pour le prestataire de soins ?
 - o pour le fournisseur des logiciels de santé ?
 - o pour les autorités ?
- quelle est la durée de validité ?
- qu'advient-il des qualifications existantes au moment de la sortie de nouvelles versions
 - o de logiciels de santé commerciaux ?
 - o d'un système public ?
- ...

3.6.2 Indicateurs de qualité

Cet objectif met en œuvre ce qui a été élaboré dans l'objectif précédent.

L'objectif est atteint quand au moins un logiciel de santé commercial (p. ex. un progiciel pour les médecins généralistes) a parcouru l'ensemble du processus.

3.7 Formation et éducation

Problème

Il est difficile de garder une vue d'ensemble de l'enseignement et de la formation des prestataires de soins. Les fournisseurs de TIC recherchent également des informations, des conseils et des conseils sur l'intégration et l'utilisation des services d'e-Santé.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | | X |

Description

Les entités fédérées offrent une formation et un enseignement par l'intermédiaire de partenaires, de sorte que les prestataires de soins et les praticiens de la santé utilisent l'e-Santé au quotidien. Ils le font pour des projets spécifiques des entités fédérées, mais également pour des projets du gouvernement fédéral. Il n'est pas nécessaire de changer cette approche, mais il est nécessaire de garder une vue d'ensemble sur de la formation offerte.

Ce ne sont pas seulement les prestataires de soins et les travailleurs sociaux qui ont besoin d'une formation. Les entreprises actives dans le domaine de l'e-Santé recherchent également des informations et des conseils.

Objectifs

3.7.1. Soutien aux prestataires de soins de santé et aux organisations de soins de santé

e-Health Academy

En région bruxelloise, il existe l'initiative e-Health Academy (www.ehealthacademy.be). On y trouve toutes les formations pour aider les prestataires de soins de santé à mieux comprendre l'e-Santé.

eenlijn.be (VIVEL à l'avenir)

eenlijn.be est le partenaire en Flandre qui encourage et soutient les prestataires de soins de santé par le biais de sessions d'information et de formation, de webinaires, d'e-learning et d'un service d'assistance téléphonique afin de promouvoir la coopération en première ligne.

e-santewallonie.be

Il s'agit de l'initiative wallonne de formation et d'aide aux prestataires de soins de santé.

3.7.2. Soutien aux fournisseurs de TIC

En consultation avec les entités fédérées, nous étudions les possibilités de coaching et de formation en e-Santé à destination des entreprises.

Cela concerne, par exemple, l'offre de programmes d'orientation pour la transformation de solutions informatiques existantes, l'audit de solutions informatiques en termes de convivialité, de sécurité de l'information, de coaching et de conseil. Cela peut être fait par des partenaires privés déjà actifs dans le domaine du coaching et de la formation. Ils collaborent avec la plate-forme eHealth qui met à disposition des experts pour partager leurs connaissances et leurs compétences.

3.8 Réduction de la charge de travail administrative pour les fournisseurs de soins

Problème

Les prestataires de soins et les établissements de soins sont soumis à une pression croissante en matière de rapportage qui n'a pas été optimisée.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|----------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|----------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

L'acceptation des services d'e-Santé par les prestataires de soins et les établissements de soins est entravée par les exigences de rapportage accrues des administrations publiques.

Ce projet part du point de vue des utilisateurs (et en 1^{er} lieu le prestataire de soins individuel en dehors du contexte d'un établissement de soins), inventorie et optimise la pression de rapportage existante.

Le projet cherche également un moyen d'améliorer la transparence et le feed-back d'informations sur les rapports collectés, au prestataire de soins ou, en d'autres termes, la façon avec laquelle ces rapports peuvent créer une véritable valeur ajoutée.

Objectifs

3.8.1 Inventaire du rapportage

Cet objectif fournit un aperçu détaillé des rapports demandés par type de prestataire de soins et leur impact (charge de travail, conséquences financières, etc.) sur le prestataire de soins qui fournit le rapport.

3.8.2 Optimisation

Cet objectif propose des optimisations tant au niveau du rapportage que du feed-back donné aux prestataires de soins.

Cluster 4 Prestataires de soins et institutions de soins

4.1 Échanges d'informations multidisciplinaires

Problème

Un échange multidisciplinaire efficace entre les prestataires de soins et les établissements de soins n'est toujours pas opérationnel.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | X | | X |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Ce projet est crucial pour la prochaine phase du plan e-santé car il doit, en effet veiller à ce que les informations sur les patients puissent être échangées par voie numérique entre les prestataires de soins, qu'ils fassent partie des mêmes groupes professionnels ou de groupes professionnels différents. Cette nécessité apparaît notamment très clairement au niveau des soins aux malades chroniques et dans le cadre des soins intégrés.

Un tel échange contribue également à éviter de multiplier les examens onéreux. Dans le plan d'action 2013-2018, ce point était traité sous PA06.

Ce projet part de la disponibilité d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) pour tous les groupes professionnels concernés (ce qu'on appelle les prestataires de soins AR78). Un certain nombre de groupes professionnels (médecins, pharmaciens, personnel infirmier, dentistes, kinés,...) ont déjà mis en place ce système, mais certains autres doivent encore le faire. Cette définition décrira les différents blocs d'information qui doivent être inclus dans un DPI afin de pouvoir partager les données avec d'autres prestataires de soins.

L'étape suivante consiste à concevoir et à mettre en œuvre un système d'échange : quel que soit le type de données échangées entre les différents prestataires de soins, il existe un modèle et des activités fixes (entre autres, le remplissage des données, la publication des données, le stockage des données dans une structure de stockage sécurisée, la recherche des données, l'adaptation des données, les règles d'accès). Un inventaire des rôles et des responsabilités (y compris les développeurs de logiciels) est dressé pour chaque étape générique des objectifs spécifiques du projet.

Ensuite, les blocs d'information sont élaborés, ces blocs d'information sont appelés **Care-Sets**.

La manière dont les blocs d'information sont structurés sur le plan technico-informatique dépend des choix effectués dans le cadre de projet 0.5 Normes d'information et de la possibilité d'utiliser les structures existantes à l'étranger (par exemple, Clinical Building Blocks de Nictiz, FHIR de HL7 ou CDA/XDS de IHE7).

Les Care-Sets sont également mis à la disposition du patient (pour consultation uniquement) via projet 5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal .

Objectifs

4.1.1 Définition des DPI pour tous les groupes professionnels des soins de santé

Cet objectif décrit les différents blocs d'information qui doivent être inclus dans un DPI afin de pouvoir partager les données avec d'autres prestataires de soins (y compris les données administratives des patients qui sont identiques pour toutes les professions des soins).

Cet objectif dresse également l'inventaire de tous les flux d'information par profession des soins de santé qui constitue le point de départ ou le point de destination finale des informations partagées, car, en effet, pour chacun de ces flux, au moins un bloc d'information doit être disponible pour la profession des soins de santé considérée.

Exemples et références possibles :

- les processus définis par les Pays-Bas dans le cadre d'une mise en œuvre du FHIR. (https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.06_FHIR_IG#Use_cases).
- les profils IHE (p. ex. IHE Patient Care Coordination https://wiki.ihe.net/index.php/Patient_Care_Coordination).

4.1.2 Blocs d'information (Care-Sets)

Cet objectif vise le développement de blocs d'information spécifiques sur la base de la priorité approuvée dans le GTI et le modèle élaboré dans le cadre de l'objectif précédent.

Les éléments constitutifs de l'information sur les soins de santé des Pays-Bas (<https://zibs.nl/wiki/Hoofdpagina>) constituent une référence possible. Les éléments d'information sur les soins de santé servent à consigner les accords de fond (non techniques) dans le but de normaliser l'information utilisée dans le processus des soins de santé. L'objectif de la normalisation est de réutiliser ces informations du processus de soins à d'autres fins, p. ex. des enregistrements de qualité, des transferts ou des recherches liées aux patients. Un bloc d'information sur les soins de santé est un modèle d'information, dans lequel un concept de contenu sur les soins de santé est décrit en fonction des éléments de données qui le composent, des types de données de ces éléments de données, etc.

Les éléments constitutifs de l'information sur les soins de santé sont des modèles d'information sur des concepts cliniques minimaux, contenant chacun des données multiples avec un contenu, une structure et une relation mutuelle convenus. Nous nous efforçons de réutiliser ces éléments constitutifs de l'information sur les soins. Cela simplifie la transition vers les normes internationales de données et le partage international des données.

4.1.3 Intégration dans le 5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal

Cet objectif rend les blocs d'information (Care-Sets) en cours d'utilisation accessibles au patient/citoyen via le portail personnel de santé (projet 5.1)

Les informations contenues dans les blocs peuvent au moins être consultées par le patient. Quel que soit l'endroit où l'information est stockée, elle sera accessible via les fonctionnalités des hubs et des coffres-forts. Ainsi, les sites Web, portails ou applications existants pourront visualiser les données via les interfaces existantes.

4.1.4 Échange opérationnel

Cet objectif utilise les Care-Sets développés pour mettre en œuvre des cas d'utilisation et des flux opérationnels spécifiques.

Un exemple de ceci est l'échange de données sur la naissance et les 2 premiers mois de vie (période périnatale) entre l'hôpital de naissance, Kind&Gezin/ONE, la sage-femme indépendante et éventuellement les autres prestataires de soins.
Cet objectif permet donc de réaliser des implémentations et des utilisations concrètes.

4.2 Fonctionnalités pluridisciplinaires

Problème

Des fonctionnalités supplémentaires sont nécessaires pour un fonctionnement multidisciplinaire et transmurale efficace de tous les prestataires de soins impliqués dans une approche de soins multidisciplinaire autour d'un patient.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | X | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Outre l'échange d'informations pluridisciplinaire (projet 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling*), il est nécessaire de disposer de fonctionnalités permettant un fonctionnement multidisciplinaire et transmurale efficace de tous les prestataires de soins concernés, y compris le patient et le soignant informel.

Cette nécessité apparaît notamment très clairement au niveau des soins aux malades chroniques et dans le cadre des soins intégrés.

Dans un premier temps, les différentes catégories de prestataires de soins (pas non plus les prestataires de soins et assistants de l'AR78) doivent disposer des fonctionnalités suivantes dans un délai relativement court :

- **Journal** : Un journal est un document de communication contenant des informations pertinentes sur le patient, disponible pour tous les membres de l'équipe multidisciplinaire de soins et nécessaire et/ou utile dans le contexte du suivi des soins.

Le journal est structuré chronologiquement et se compose d'un ensemble de notes contenant des informations sur un patient. Le journal ne contient donc aucun document médical ou administratif (factures, lettre de sortie d'hôpital, etc.) qui doivent être conservés ailleurs, par exemple dans le dossier du patient.

- **Objectifs de soins et de vie** : Des soins ciblés/axés sur le patient ne sont pas fondés sur l'état ou les limitations du patient, mais sur les besoins et les objectifs du patient. Qu'est-ce qui est important pour le patient ?

Afin que chaque membre de l'équipe des soins soit en mesure de fournir des soins fondés sur ces objectifs et les besoins du patient, il est nécessaire que ces objectifs de vie puissent être identifiés, enregistrés et partagés avec tous les membres de l'équipe de soins. L'équipe soignante (avec le patient et son entourage) peut fixer les objectifs de soins en fonction des objectifs de vie.

- **Plan de soins** : Un plan de soins est un plan d'action multidisciplinaire concret basé sur les objectifs de soins et de vie d'un patient.

Afin de pouvoir proposer des soins intégrés à un patient, il est nécessaire que l'équipe soignante soit en mesure de travailler sur la base d'un plan de soins.

L'élaboration d'un plan de soins multidisciplinaire est un processus itératif :

- une évaluation globale, nécessaire pour cartographier la situation d'un patient (bilan biopsychosocial),
- la formulation d'objectifs de vie et de soins
- la conclusion de conventions de soins pour poursuivre ces objectifs.

Ce processus devrait être revu lorsqu'un changement survient dans la situation d'un patient.

- **Agenda** : Aujourd'hui (presque) chaque soignant a un agenda électronique qui contient son propre planning. L'agenda a donc été établi du point de vue du secteur de la santé.

Dans le contexte d'une approche axée sur le patient, dans laquelle l'autonomisation du patient est importante, il est nécessaire d'établir un programme du point de vue du patient.

Cet ordre du jour comprendra, entre autres, les points suivants

- les consultations avec les différents prestataires de soins,
- les modalités relatives aux différents examens médicaux (prises de sang, radiographies, etc.),
- les visites prévues par les prestataires de soins ou les travailleurs sociaux à domicile
- les périodes pendant lesquelles le(s) soignant(s) est(sont) avec le patient.
- ...

Ainsi, l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire, y compris le patient et les soignants informels, peuvent disposer d'un aperçu de la planification d'un patient et cette planification peut être optimisée.

- **Équipe de soins multidisciplinaire** : Une équipe de soins multidisciplinaire est une équipe formée autour d'un patient et composée du patient lui-même, des prestataires de soins qui ont une relation thérapeutique ou de soins avec le patient, des personnes-ressources du patient, de la personne de confiance du patient et du ou des soignants informels du patient.

La composition minimale d'une équipe de soins multidisciplinaire comprend le patient lui-même et un prestataire de soins ayant une relation thérapeutique avec lui.

Ce projet a des points communs avec le projet 4.12 "Communication et planification des soins". Nous examinerons comment une coordination entre les deux projets peut être obtenue.

Objectifs

4.2.1 Journal

Cet objectif examine les solutions possibles pour la fonctionnalité de l'agenda et implémente, éventuellement par étapes (à une échelle limitée et progressivement étendue), la fonctionnalité de l'agenda: cela inclut les flux de processus pour remplir, consulter, modifier, ajouter et supprimer le journal. Le contenu et la structure de l'information sont définis par le projet 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling*.

Les règles d'accès sont également fixées et développées.

Les ajouts au journal d'un patient peuvent être faits manuellement (par une personne spécifique de l'équipe soignante ou le patient lui-même) ou via des systèmes automatisés (par exemple, une application mobile qui enregistre le moment de la prise du médicament).

Une attention particulière est nécessaire pour s'assurer qu'aucune donnée médicale confidentielle ne soit stockée dans le journal.

4.2.2 Agenda

Cet objectif investigate les solutions possibles pour la fonctionnalité d'agenda et le met en œuvre, éventuellement par étapes (en commençant par une échelle limitée et progressivement étendue): cela inclut les flux de processus pour remplir, consulter, modifier, ajouter et supprimer l'agenda. Le contenu et la structure de l'information sont définis par le projet 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling*.

En outre, les règles d'accès sont également fixées et développées.

Les ajouts à l'agenda d'un patient peuvent être faits manuellement (par une personne spécifique de l'équipe soignante ou le patient lui-même) ou via des systèmes automatisés (p. ex. système de rendez-vous de l'hôpital, médecin généraliste, dentiste ou autres fournisseurs de soins).

4.2.3 Objectifs de soins et de vie et plan de soins

Cet objectif met en œuvre le processus itératif pour arriver à un plan de soins pour un patient. Le résultat est un plan de soins documenté qui est accessible à tous les membres de l'équipe soignante, y compris au patient. Un projet développé en Flandre (projet 4.12 communication sur et planification des soins) constitue une source d'inspiration et un projet pilote très utile.

4.3 Prescription électronique

Problème

Afin de garantir l'utilisation généralisée de la prescription électronique, des aspects supplémentaires tels que la dématérialisation et l'intégration dans le Personal Health Viewer doivent être élaborés. D'autres types de prescriptions (autres que les médicaments) peuvent être élaborés de la même manière.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

La prescription électronique des médicaments sera obligatoire à partir du 1 janvier 2020 et, au sens strict du terme, ce projet du plan d'action 2013-2018 a été largement réalisé, à l'exception de la dématérialisation de la prescription électronique.

La dématérialisation peut être réalisée de différentes manières et notamment

- en recourant aux possibilités qu'offre mHealth (l'industrie a déjà pris des initiatives intéressantes en la matière).
- Grâce au Personal Health Viewer (voir section 5.1 *Persoonlijk gezondheidsportaal*) il sera aussi possible d'indiquer chez quel pharmacien le patient pourra aller chercher ses médicaments (ou peut-être même se les faire livrer).

Le Plan d'action 2019-2021 ajoute un objectif supplémentaire, à savoir celui de l'élargissement du système aux prescriptions non médicales (p. ex. kinésithérapie, logopédie, etc.).

Étant donné sa dimension supplémentaire, c'est-à-dire la disponibilité et l'harmonisation de la planification, ce type de prescription aura un autre flux processus que les prescriptions traditionnelles. Dans ce cadre, le lien avec ce qu'on appelle la « plate-forme de référence » (voir 5.2 *Digitale Verwijsplatform*) sera inévitablement établi.

Objectifs

4.3.1. Implémentation du trajet de dématérialisation

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- À partir de mi-2019, il sera possible d'aller chercher ses médicaments dans toutes les pharmacies sans avoir besoin d'une preuve papier de sa prescription électronique. À compter de ce moment, le patient pourra consulter par voie électronique ses prescriptions encore en suspens en utilisant une application ou directement à la pharmacie. Le pharmacien disposera d'un accès convivial aux prescriptions en suspens sur la base du numéro d'identification de la sécurité sociale d'un patient (NISS) et pourra exécuter les prescriptions indiquées par le patient. L'accès aux prescriptions en suspens d'un patient sera consigné dans un registre. Les modalités concrètes de ce processus seront déterminées en concertation avec toutes les parties concernées.
- Utilisation des prescriptions électroniques dans le cadre des visites à domicile.
- Adaptations réglementaires nécessaires

4.3.2. Prescriptions non médicamenteuses

Cet objectif garantit que toutes les prescriptions de traitement sont créées, transmises et récupérées par voie électronique.

Il ne s'agit pas de références mais de prescriptions de traitement, de prescriptions extra-muros ou intra-muros (c'est-à-dire destinées aux prestataires de soins de 1^{re} ligne : kinésithérapie, soins infirmiers ambulatoires, diététiciens, logopèdes, podologues, matériel médical...), demandées par des médecins généralistes ou des médecins spécialistes dans le cadre de leur pratique privée ou d'une consultation à l'hôpital.

Une 2^e catégorie de prescriptions/ordonnances est celle des ordonnances destinées aux laboratoires et aux services d'imagerie médicale extra-muros.

Brusafe+ représente une référence possible qui peut supporter le profil IHE XDW. Le profil XDW, Cross-Enterprise Document Workflow est un profil IHE. C'est l'équivalent de la eHealthBox, mais avec la possibilité de gérer une catégorie d'adresses (« 1 à n » au lieu de « 1 à 1 »). Par exemple, un médecin généraliste peut envoyer un message aux « infirmières » au lieu de l'envoyer à une seule infirmière. Et la première infirmière disponible peut, par exemple, répondre à la demande.

(https://wiki.ihe.net/index.php/Cross_Enterprise_Workflow).

Le profil XDW peut être utilisé pour :

- les flux de travail eReferral (références électroniques),
- une solution flexible pour les flux de travail dynamiques et adaptables (équipes tumorales, soins à domicile, etc.)
- L'impact clinique, économique, social et organisationnel (les statistiques sur l'XDW peuvent donner un aperçu de la manière dont les soins sont dispensés « dans le monde réel »).

Une autre référence possible ici, est Recip-e avec une extension des fonctionnalités existantes.

4.4 VIDIS - Evolution de la prescription électronique

Problème

Un partage efficace et efficient des données et de l'information sur tous les aspects du traitement de la médicamenteux, entre les acteurs des soins ambulatoires, entre le secteur ambulatoire et l'environnement hospitalier, et avec et par le patient et son entourage, doit être réalisé en intégrant les données disponibles dans les systèmes existants et en orchestrant mieux les processus pharmacologiques.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Le projet VIDIS (*Virtual Integrated Drug Information System*) vise à organiser et à stimuler le partage de données et d'informations.

- entre les acteurs des soins ambulatoires
- entre le secteur ambulatoire et le milieu hospitalier
- avec et par le patient et son entourage

sur tous les aspects du traitement médicamenteux en intégrant les données disponibles dans les systèmes de partage de données existants et en orchestrant mieux les processus relatifs aux médicaments

Les objectifs du projet VIDIS sont :

- L'organisation des processus liés aux médicaments [les processus classiques comme la prescription et la délivrance des médicaments, ainsi que les processus de qualité des soins comme la 'medication review'].
- Améliorer l'interopérabilité entre les systèmes de partage des données
- Optimiser la qualité des données (par l'utilisation de normes, de sources authentiques)

au moyen de

- L'évolution des systèmes de partage des données existants afin de les rendre plus « compatibles » et plus harmonisés
- Règles commerciales pour les fournisseurs de logiciels et les utilisateurs finaux
- Méthodologie de test et de validation des logiciels

En d'autres termes, fournir des outils personnalisés et optimisés que nous pouvons proposer aux utilisateurs finaux en vue de soutenir de manière optimale les processus relatifs au partage des données et des informations.

Le projet vise la réalisation d'une vision à long terme et a été divisé en 3 phases.

Le plan d'action 2013-2018 comprenait le déploiement des systèmes de partage de données existants (schéma de médication, GFD, etc.) et a développé de nouvelles fonctionnalités (par exemple, des notes de journal). Les instructions et recommandations d'implémentation de la phase 1 du projet VIDIS (le « dossier de médication » consolidé virtuellement, une nouvelle fonctionnalité dans le logiciel des acteurs des soins et une nouvelle view pour le patient via le PHV) sont disponibles. Dans le plan d'action 2019-2021, ce projet se concentre sur la phase 2 et la phase 3.

Avant fin 2018, l'architecture nécessaire pour optimiser l'orchestration des processus relatifs aux médicaments sera définie, les adaptations nécessaires des systèmes existants pour accroître l'interopérabilité seront identifiés (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre) et un plan de projet sera élaboré. Ce plan de projet tiendra également compte des adaptations dans le cadre de l'utilisation des données SAML2.0.

La phase 2 se concentre sur l'utilisation du « dossier de médication » et du schéma de médication multidisciplinaire partagé dans le contexte des processus classiques de prescription, de délivrance et d'administration des médicaments. La phase 3 met l'accent sur son utilisation dans le contexte des processus de la qualité des soins (p. ex. la medication review et la discussion de cas interdisciplinaires) et sur l'établissement et la consultation de l'historique des traitements médicamenteux.

En plus de l'utilisation unique des données de SAML 2.0, il est également souhaitable que dans le cadre de la prescription d'un (nouveau) traitement, le prescripteur soit aidé par un système d'aide à la décision (Decision Support System) (semblable à iRadiology pour les prescriptions radiologiques). Voir aussi le chapitre 4.4.

Objectifs

4.2.1. Implémentation de la phase 2 du projet VIDIS

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Réalisation des adaptations des systèmes de partage de données existants conformément au plan de projet convenu pour la phase 2 du projet VIDIS.
- Réalisation des adaptations des progiciels conformément au plan de projet convenu pour la phase 2 du projet VIDIS.
- Organisation d'un pilote
- Adaptations réglementaires nécessaires
- GO LIVE

4.2.2 Analyse et planification de la phase 3 du projet VIDIS

Cet objectif comporte 2 aspects :

- Inventaire des adaptations nécessaires des systèmes existants (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre)
- Élaboration d'un plan de projet « VIDIS phase 3 »

4.2.1. Implémentation de la phase 3 du projet VIDIS

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Réalisation des adaptations des systèmes de partage de données existants conformément au plan de projet convenu pour la phase 3 du projet VIDIS.
- Réalisation des adaptations des progiciels conformément au plan de projet convenu pour la phase 3 du projet VIDIS.
- Organisation d'un pilote
- Adaptations réglementaires nécessaires
- GO LIVE

4.5 Plate-forme d'aide à la décision

Problème

L'amélioration de la qualité par l'utilisation de systèmes d'aide à la décision peut être organisée de manière très efficace par le biais d'une plate-forme centrale.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | X | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Récemment, des applications d'aide à la décision, par exemple iRadiology, Theramid-i, ont été développées pour faciliter les références plus ciblées.

L'introduction d'une telle couche de services, sous la forme d'une couche de qualité mise à disposition à l'échelle nationale permet de réaliser diverses choses :

- Les diverses organisations de soins ne sont PAS tenues, d'acheter elles-mêmes une licence pour les solutions pertinentes ou de s'occuper de la maintenance du contenu (économie de coûts).
- Les diverses organisations de santé ne doivent pas, elles-mêmes insister auprès de leurs fournisseurs de logiciels pour obtenir une connexion à tels systèmes de qualité (simplification de la gestion des projets/produits).
- Les autorités fédérales fournissent au marché une couche de qualité et peuvent ainsi plus facilement réaliser des intégrations obligatoires et tout le monde utilise les mêmes paramètres et les mêmes processus (plus de comparaisons entre des pommes et des poires).
- Les autorités fédérales se présentent comme un partenaire fiable et de qualité
- Garder le contrôle sur la gestion de ces parties permet d'éviter les écarts commerciaux
- Une fertilisation croisée qualitative avec les véhicules de partage de données existants (par exemple Sumehr, VIDIS, ...) est possible.

La gestion de ces couches de qualité doit se faire dans le respect d'une gouvernance sérieuse. Les partenaires (hôpitaux, etc.) seront étroitement associés à ce processus.

Objectifs

4.5.1. iRadiology

À un « niveau très élevé », iRadiology veillera à ce qu'une certaine demande d'imagerie médicale soit éventuellement annulée ou convertie en une demande d'un autre examen plus adapté. iRadiology se sert pour cela d'une part des paramètres de la demande (spécifiques au patient) et d'autre part des règles des « bonnes pratiques ».

Le fait d'intégrer cette opération dans une couche de qualité fédérale permet d'utiliser d'autres données centralisées, par exemple,

- Sumehr indique si un pacemaker ou des broches en métal sont présents ;
- Schéma de médication (pas de contraste possible parce que le patient prend le médicament X), ...)

Cela permet au prestataire de soins demandeur d'éviter d'avoir à fournir ces données en tant que paramètres à prendre en compte (ce qui influence favorablement l'effort demandé pour introduire la demande (temps)).

4.5.2 iMedication

Il est bien entendu très important de prescrire et d'utiliser les bons médicaments.

Étant donné qu'il existe tellement de médicaments (et qu'il en existe de plus en plus) ainsi que de plus en plus de substances chimiques, il est quasi impossible pour un médecin prescripteur ou un pharmacien de retenir tous les détails.

Afin de soutenir ces parties prenantes, il est nécessaire d'utiliser des systèmes d'aide à la décision aussi à cette fin.

Un tel DSS doit être capable de traiter correctement les interactions, notamment :

- les interactions médicamenteuses
- les interactions entre les médicaments et les allergies
- Les interactions entre les médicaments et la maladie

Au moment de la prescription, juste avant que celle-ci ne soit envoyée dans Recip-e, la couche DSS sera activée de façon à ce que le prescripteur reçoive un feed-back si des « situations » sont détectées (la même approche qu'avec iRadiology).

Avec cette méthode, il n'est pas nécessaire de demander à chaque fournisseur de logiciels de réaliser lui-même une intégration DSS.

Comme pour iRadiology, la licence nationale pour un tel DSS sera également beaucoup moins chère que si chaque environnement (hôpital, partenaire logiciel, prescripteurs, etc.) devait l'acheter.

4.5.3 Enregistrement des effets secondaires des médicaments

Aujourd'hui, divers systèmes ont été mis en place pour signaler et traiter les effets secondaires des médicaments :

- Un patient peut signaler un effet indésirable sur le site Web de l'AFMPS.
- Un médecin généraliste peut-il rapporter des effets secondaires dans le cadre des systèmes utilisés dans les pratiques de médecine générale ?
- certains systèmes informatiques hospitaliers permettent d'enregistrer les effets secondaires des médicaments
- ...

Au final, toutes ces informations sont réunies au niveau de l'AFMPS, qui analyse ces informations et qui, le cas échéant, les transmet au fournisseur du médicament.

Pour l'instant, cela concerne de nombreux processus autonomes qu'il est préférable d'aborder de manière holistique. Sur la base du plan d'action 2019-2021, divers leviers sont disponibles pour soutenir l'input de ces divers rapports :

- Le Personal Health Viewer (5.1 *Persoonlijk gezondheidsportaal*) peut très facilement lancer le formulaire de rapport existant de l'AFMPS (ou la future fonction de rapport de l'AFMPS) et le remplir en grande partie.

On pourrait, par exemple, veiller à ce que le rapport d'effets indésirables de médicaments qui ne sont pas repris dans le schéma de médication VIDIS du patient soit traité de manière « différente » (par exemple, qu'une alerte soit envoyée au médecin généraliste ou au pharmacien de famille).

- L'homologation/accréditation des systèmes utilisés dans les pratiques examine aussi s'ils comprennent une fonction de rapport des effets secondaires.

4.6 BelRAI

Problème

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action eHealth 2015-2018, l'application web BelRAI 2.0 a été mise à la disposition de tous les prestataires de soins. Son objectif était de « fournir un outil uniforme d'évaluation des personnes vulnérables » qui pourrait être largement utilisé dans le secteur de la santé.

Le 26 mars 2018, un protocole BelRAI a également été signé au sein de la CIM qui décrit la stratégie commune pour faciliter l'implémentation du BelRAI. Ce protocole contient plusieurs chapitres, dont les suivants

- le contenu de l'instrument BelRAI et ses éventuelles futures extensions
- les modalités et les conditions d'utilisation de l'instrument BelRAI par les prestataires de soins dans un contexte de soins
- les modalités et les conditions d'utilisation des données nominatives du BelRAI en dehors d'un contexte d'urgence ou de soins
- un programme spécifique de formation, de recyclage et de formation continue pour les utilisateurs
- l'architecture de BelRAI, qui repose sur une base de données centrale et une application web, une extension mobile pour le « screener » BelRAI, des services web pour des tiers (pour les logiciels proposés par des tiers, pour les administrations ou autres personnes autorisées qui ont besoin de certaines informations du BelRAI et pour l'accès du patient à ses propres données) et un data warehouse
- la collaboration avec les fournisseurs de logiciels et avec InterRAI™
- l'élaboration d'une charte de communication pour toutes les autorités en matière de communication
- les modalités de cofinancement entre les différentes autorités
- des engagements spécifiques des autorités fédérales et des entités fédérées de promouvoir et d'utiliser le BelRAI dans le cadre de leurs compétences propres.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

À partir de 2019, des initiatives devront être prises pour mettre pleinement en œuvre le protocole du 26 mars 2018 en ce qui concerne :

- les principes de base de la politique d'e-Santé
- les pouvoirs et l'autonomie des différentes autorités
- les besoins de soutien des prestataires de soins

Les différentes initiatives et leur répartition dans le temps doivent être enregistrées dans la limite du budget annuel de 1 379 035 euros prévu dans le protocole.

Objectifs

4.6.1 Développement de la cellule opérationnelle BelRAI

Les missions de cette cellule sont décrites dans le protocole comme suit :

- secrétariat du groupe de pilotage
- SPOC / gestionnaire du helpdesk et de la boîte aux lettres BelRAI, auprès des utilisateurs, des organismes de formation et des producteurs de logiciels
- gestion du site web BelRAI
- coordinateur des programmes de formation BelRAI (niveau expert) et de certification
- responsable de la maintenance et de la coordination de la base de données, de l'application, de l'entrepôt de données, du site wiki
- gestion de la relation contractuelle et opérationnelle avec les partenaires d'hébergement et les développeurs de logiciels
- la gestion des demandes d'autorisation au comité sectoriel
- gestion des versions, système de gestion du contenu et gestion des versions
- responsable de l'adaptation et de la production de nouveaux modules et de l'organisation des traductions
- gestion et suivi des dépenses et du budget
- responsable de la gestion des licences et des contacts avec InterRAI
- responsable de l'élaboration d'un rapport annuel d'activité

La cellule BelRAI est composée de collaborateurs du SPF Santé publique et doit disposer des moyens nécessaires (collaborateurs, budget, outils logiciels) pour mener à bien sa mission ; L'équipe permanente compte 3 collaborateurs à temps plein qui peuvent faire appel, pour certains aspects spécifiques, à d'autres services du SPF (p. ex. ce qui concerne la communication) ainsi qu'à des collaborateurs externes ponctuels (p. ex. en ce qui concerne les études) pour des aspects spécifiques.

4.6.2 Création d'un référentiel BelRAI au niveau méta-HUB

Ce répertoire sera consultable par les prestataires de soins traités via leur propre logiciel afin qu'ils puissent être informés de l'existence d'une évaluation de leur patient dans la base de données BelRAI.

La mise en production de cette fonctionnalité doit encore être inscrite au calendrier de lancement.

4.6.3 Notification envoyée par l'application BelRAI au médecin généraliste

Quand de nouveaux éléments concernant son patient sont chargés dans la base de données centrale BelRAI, le médecin traitant d'un patient recevra un message via sa eHealthBox.

La mise en production de cette fonctionnalité doit encore être inscrite au calendrier de lancement.

4.6.4 Accès du patient à ses propres données BelRAI

L'accès du patient à ses données se fera via le portail 'Masanté.be'.

Cela suppose :

- l'identification des informations utiles au patient (en collaboration avec les associations de patients)
- une formulation adaptée (dans les 3 langues nationales) des éléments retenus par BelRAI afin que l'information fournie puisse endosser un rôle de soutien dans le processus d'autonomisation du patient
- de compléter le système de gestion de contenu sur cette base
- de mettre à disposition un service web pour masante.be

4.6.5 Accès au BelRAI via des progiciels externes

La disponibilité d'un service web pour utiliser BelRAI à travers un progiciel externe est prête et la description et la documentation de l'architecture de données et du modèle de données sont mises à disposition dans un système de gestion de contenu. Le service web sera ouvert au marché à partir de février 2019. Cela doit se faire dans un environnement sûr :

- qui respecte les lois sur la protection de la vie privée et les principes de proportionnalité
- qui respecte les principes de base de la politique d'e-Santé
- qui respecte la cohérence interne de la base de données BelRAI (e-consent, relations thérapeutiques et de soin, matrice d'accès, etc.)

Pour ce faire, il faut des procédures claires pour reconnaître/homologuer les progiciels, concrétiser les conditions d'utilisation des fournisseurs de logiciels et être en mesure d'évaluer la fiabilité des utilisateurs finaux (COT).

Tant la reconnaissance des progiciels que les critères et la procédure pour considérer les utilisateurs comme « COT » seront élaborés en étroite collaboration avec les autres partenaires du monde de l'e-santé.

Cet objectif prend en compte les projets du cluster 0, en particulier le projet relatif à l'évolution des soins de mémoire et de la relation thérapeutique.

4.6.6 Programme de formation des utilisateurs

Afin d'assurer une utilisation optimale de l'application BelRAI et la cohérence de la base de données centrale, un programme commun de formation à l'utilisation de l'outil BelRAI, composé de différents modules de formation, devrait être élaboré dans les trois langues nationales. Le matériel de support sera destiné tant aux professionnels de la santé qu'aux étudiants ou aux chercheurs et devrait couvrir différents aspects : les différents outils InterRAI développés dans le cadre de l'application BelRAI, leur contexte d'utilisation et leur contribution dans le cadre des soins multidisciplinaires, mais aussi les obligations liées à leur utilisation, leur intégration dans des logiciels de gestion ou leur réutilisation à des fins administratives ou scientifiques, en matière de sécurité des informations, contrôle des accès, réutilisation des données, etc.

Les formateurs pourront donner une formation BelRAI après avoir été formés et certifiés par les experts BelRAI eux-mêmes et leur certificat sera lié à des conditions de formation continue, de feed-back régulier à la cellule centrale de BelRAI, ...

En se basant sur les commentaires du terrain, la cellule BelRAI complétera la section 'FAQ' du site web.

4.6.7 L'entrepôt de données en tant qu'instrument d'appui politique

Les données de la base de données centrale BelRAI seront mises à disposition de manière cryptée dans un entrepôt de données qui constituera un instrument de support au niveau de la qualité des soins, de la politique des soins et de la recherche scientifique et épidémiologique.

Des analyses de base génériques épidémiologiques et politiques seront identifiées et déboucheront sur des rapports normalisés. Les modalités de rapportage sont définies en concertation en tenant compte des besoins et souhaits des différentes entités fédérées. Une procédure distincte sera décrite pour les questions supplémentaires à analyser (questions ad hoc des autorités, des chercheurs,...).

La réalisation prend en compte les besoins des entités fédérées

4.6.8 Utilisation des données BelRAI au niveau méso

La cellule BelRAI étudiera, en concertation avec les entités fédérées, la valeur ajoutée potentielle de l'utilisation des RUG et des indicateurs de qualité dans le contexte belge, notamment au niveau des groupes de patients (ou au niveau de différents contextes de soins comme par exemple les maisons de repos et de soins ou les soins à domicile) pour lesquels les RUG peuvent être appliqués.

4.6.9 Une charte de communication sur BelRAI

Dans le cadre du GTI 'soins chroniques', une charte de communication sera préparée et présentée lors de la CIM pour approbation.

4.6.10 Implémentation du BelRAI dans des secteurs spécifiques

La possibilité d'introduire le BelRAI dans le secteur des soins à domicile, des soins résidentiels pour personnes âgées, dans le secteur des maisons médicales, dans le cadre du projet Parkinson, dans le cadre de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, dans le cadre de l'allocation d'intégration des personnes handicapées, de l'utilisation des budgets de soins en Flandre, notamment, est à l'étude avec les administrations et prestataires de soins concernés.

La cellule BelRAI sera chargée de prendre les contacts nécessaires pour que la question puisse être traitée dans ces différents contextes.

La Flandre souhaite, à terme, utiliser BelRAI comme instrument unique d'évaluation dans tous les secteurs de la Protection Sociale flamande. Le screener du BelRAI sera tout d'abord implémenté dans les secteurs couverts par le Décret sur les soins et le logement (plus précisément les soins à domicile et les soins résidentiels pour personnes âgées) et pour l'octroi du budget de soins flamand pour les personnes fortement dépendantes. Une série de projets-pilotes ont déjà démarré au titre de préparation. Le screener de BelRAI est maintenant opérationnel au sein d'une région-pilote de Flandre en ce qui concerne le secteur des soins familiaux et du budget de soins pour personnes fortement dépendantes des soins. L'objectif est donc à la fois l'octroi de droits et l'identification des besoins en soins afin de déterminer les objectifs de soins.

Concrètement, BelRAI est actuellement déjà déployé ou, le sera à court terme (2019) et des projets-pilotes sont prévus : soins à domiciles (services d'aide aux familles et complémentaires, services de travail social, CPAS), soins résidentiels aux personnes âgées (maisons de repos et de soins, centres de soins de jour et centres de court séjour) et soins de santé mentale.

BelRAI sera aussi utilisé, dans ces mêmes secteurs, par les caisses d'assurance comme instrument d'évaluation dans le cadre de l'octroi des budgets de soins au sein de la protection sociale flamande, en premier lieu pour le budget de soins destiné aux personnes lourdement dépendantes (l'ancienne assurance-soins), ensuite pour le budget de soins destiné aux personnes âgées en besoin de soins (l'ancienne allocation d'aide aux personnes âgées).

Concernant l'utilisation de BelRAI dans d'autres secteurs, des études sont encore en cours, tant pour évaluer les actuels instruments qui peuvent être utilisés en Flandre que pour le développement d'instruments additionnels spécifiques.

A la demande du gouvernement flamand, le centre de bien-être, de santé publique et de soutien à la famille (KUL) a été chargé de développer et/ou évaluer certains instruments complémentaires afin que, à plus long terme, BelRAI puisse être implémenté dans d'autres secteurs :

- Développement d'un screener BelRAI pour les enfants
- Développement d'un module social à ajouter au screener BelRAI et à l'instrument BelRAI Home Care
- BelRAI dans le secteur de la santé mentale : évaluation des instruments InterRAI destinés à ce secteur en vue d'une implémentation en Flandre
- L'évaluation des besoins en soins des justiciables, dans le secteur de soins de santé mentale : utilisation possible du module supplémentaire d'InterRAI pour la psychiatrie médico-légale et comparaison avec d'autres instruments d'évaluations applicables à ce secteur
- BelRAI LTCF : évaluation de l'instrument LTCF de InterRAI pour une application en Flandre
- BelRAI revalidation : évaluation de l'instrument revalidation d'InterRAI pour une application dans le secteur de la revalidation en Flandre
- Développement d'un 'cut-off' applicable au screener BelRAI dans le cadre du budget de soins destiné aux personnes âgées en besoin de soins (allocation d'aide aux personnes âgées)

La Communauté germanophone a pris aussi certaines initiatives :

- Utilisation de BelRAI pour la classification des bénéficiaires dans le cadre des soins à domiciles.
- Utilisation de BelRAI dans le cadre des maisons de repos et de soins (projets)
- Utilisation du screener BelRAI pour définir des catégories de soins dans le cadre du financement des maisons de repos et de soins.
- Un test régional a également été identifié en Communauté germanophone pour le module social à introduire dans le screener BelRAI et l'instrument BelRAI Home care
- Utilisation du screener BelRAI pour l'allocation d'aide aux personnes âgées, dans le futur
- Implémentation de modules de formation

4.7 Incapacité de travail (Mult-eMediatt)

Problème

Il existe aujourd'hui des certificats d'incapacité de travail avec des contenus différents selon le destinataire (avec ou sans diagnostic). Selon le modèle, le certificat doit être envoyé vers l'employeur, vers une société externe chargée de la gestion des certificats, vers le service médical de son employeur, ou vers les mutualités.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|----------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

À l'issue de la consultation médicale, l'objectif est d'envoyer un maximum de documents au destinataire de façon électronique. Le projet Mult-eMediatt s'inscrit dans cette perspective de sortir « paperless » de chez le médecin.

Il existe aujourd'hui des certificats d'incapacité de travail avec des contenus différents selon le destinataire (avec ou sans diagnostic). Selon le modèle, le certificat doit être envoyé vers l'employeur, vers une société externe chargée de la gestion des certificats, vers le service médical de son employeur, ou vers les mutualités.

Lors de la Roadmap 2.0, un travail de standardisation des différents modèles a été réalisé et validé par un comité de pilotage composé de médecins, d'instances « réceptionnaires » des certificats, des syndicats, des représentants des employeurs et des travailleurs.

Une architecture technique et extensible à d'autres types de certificats a été développée à cet effet.

Dans un premier temps, si des instances ont été identifiées pour recevoir le certificat électroniquement et avec l'accord du patient, Mult-eMediatt permettra l'envoi électronique à partir du software du médecin généraliste d'un certificat d'incapacité totale de travail standardisé vis-à-vis d'un groupe pilote de destinataires.

Objectifs

4.7.1 Go-Live

Mettre le projet Mult-eMediatt en production pour les groupes pilotes si les prérequis sont remplis (participation des softproviders avec implémentation du service, et mise à disposition de tables de diagnostics codés).

4.7.2 Évaluation

Réaliser une évaluation du projet auprès des utilisateurs du groupe pilote (03/2020), tout en continuant à promouvoir ce projet vers d'autres groupes d'utilisateurs (employeurs du secteur privé,...)

4.7.3 Modifications législatives

En fonction des résultats de l'évaluation du projet, adapter la réglementation en vue de l'envoi par défaut de façon électronique du certificat d'incapacité de travail pour tous les secteurs

4.7.4 Élargissement à d'autres flux de formulaires

Réaliser, en parallèle, une sensibilisation pour que d'autres types de formulaires (comme par exemple les certificats médicaux pour les élèves) peut s'inscrire dans la même logique d'échange maximale électronique.

4.8 MEDEX dans l'e-Santé

Problème

MEDEX n'utilise pas les systèmes d'e-santé disponibles et risque ainsi de développer des besoins qui se chevauchent.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|----------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|----------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

La DG Expertise médicale (MEDEX) fait partie du SPF et son principal groupe cible est constitué des fonctionnaires des autorités fédérales et non fédérales.

En ce qui concerne les données et les processus, il y a des chevauchements et des ajouts évidents par rapport au dossier médical électronique de chaque citoyen.

Jusqu'à présent, MEDEX n'a jamais participé au Plan d'action e-santé alors qu'on note entre les deux de nombreux domaines connexes et qui se chevauchent.

Objectifs

4.8.1 Identification des opportunités d'intégration

L'opportunité de considérer Medex comme un « chapitre » du DPI ?

L'opportunité d'effectuer les transactions financières via My Carenet ?

L'opportunité d'atteindre un niveau de service plus élevé pour les fonctionnaires (Only Once) ?

L'opportunité de rendre les examens médicaux plus efficaces ?

L'opportunité de mettre les données MEDEX à la disposition du fonctionnaire via le PHV ?

4.9 DPI dans tous les hôpitaux

Problème

Le déploiement et l'utilisation d'un DPI dans tous les hôpitaux ne sont pas encore terminés.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|----------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

En 2016, un programme 'accélérateur' a été mis en place qui avait pour objectif que tous les hôpitaux mettent en production un DPI intégré et l'utilisent effectivement.

Il n'existe pas de définition généralement acceptée de ce que doit contenir un DPI.

Pour ne pas s'engager dans des discussions sémantiques interminables sur ce qui devrait et ne devrait pas être inclus dans le DPI, on a élaboré des Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC). Les BMUC sont une approche purement fonctionnelle qui exige des fonctionnalités et leur implémentation. Les moyens fournis par les autorités dans ce contexte aideront l'hôpital à soutenir la réalisation du programme accélérateur.

L'objectif important est de partager l'information relative à un patient entre toutes les parties concernées au moyen d'applications hautement intégrées et d'un portail unique.

Un autre objectif important est celui de la mise en place de ce qu'on appelle le Clinical Decision Support, ce qui implique que la structuration et la codification systématiques des données soient prises en compte dès le départ.

La création d'une valeur clinique ajoutée est également un must. Le DPI doit également être rattaché à la plateforme eHealth et soutenir la collaboration extra-muros. Car, en effet, le DPI intégré se situe dans un contexte qui permet un échange d'informations de santé à l'échelle du système et en toute sécurité.

Un DPI intégré constitue, qui plus est, une base et un facilitateur pour une planification efficace des ressources (machines, matériels et personnes) au sein d'un établissement de santé.

Le modèle des BMUC a le mérite de créer un cadre de référence clair pour les hôpitaux au niveau des informations qui doivent être collectées, enregistrées et partagées au sein des hôpitaux. Il s'agit là de la première étape du partage des informations de santé.

Le programme accélérateur a eu pour effet que les hôpitaux ont de plus en plus reconnu l'importance du DPI intégré dans le cadre de leurs efforts pour proposer des soins de bonne qualité.

En raison de la complexité et de la participation de nombreuses parties prenantes, il est préférable que l'implémentation d'un DPI intégré se fasse par phase et de manière méthodique. Afin d'optimiser les efforts et les ressources, un plan pluriannuel échelonné a été demandé aux hôpitaux pour leur permettre ainsi qu'aux autorités d'avoir une vision claire des objectifs visés à long terme.

Il est souhaitable que l'utilisation effective du DPI intégré soit davantage objectivée au moyen d'indicateurs. Des objectifs concrets seront également définis pour un certain nombre d'indicateurs et il sera prévu que les résultats de ces indicateurs seront mis à la disposition des parties prenantes.

L'implémentation d'un nouveau DPI entraîne des changements à la fois dans la structure organisationnelle et dans les processus au sein de l'hôpital. Outre les outils permettant d'évaluer la maturité de l'implémentation d'un DPI, il convient également de s'arrêter sur les facteurs organisationnels ou humains qui peuvent ralentir ou entraver le processus d'implémentation. En collaboration avec un groupe composé de diverses parties prenantes, des stratégies seront identifiées pour promouvoir l'utilisation efficace d'un DPI intégré. A cet effet, dans un premier temps, l'échange de connaissances fondées sur l'expérience pratique sera facilité.

Objectifs

4.9.1 Outils d'évaluation

Cet objectif développe et optimise la manière dont les autorités peuvent suivre les progrès des implémentations du DPI dans les établissements de soins.

- Élaboration d'une enquête pour évaluer la mise en œuvre des critères des BMUC
- Réception du BMUC Data Collection Tool
- Organisation d'un audit dans les hôpitaux Early Adopter

4.9.2 Évaluation et ajustement de l'état d'avancement de l'implémentation du DPI

Cet objectif évalue les progrès réalisés dans l'implémentation du DPI dans les établissements de soins et développe des mesures de soutien pour garantir et, le cas échéant, accélérer les progrès.

- Préparation des mesures de soutien en consultation avec le Comité d'orientation du BMUC
- Organisation d'ateliers avec hôpitaux Early Adopters dans le secteur hospitalier afin de faciliter le réseautage et le partage des connaissances.
- Suivi des progrès de l'implémentation du DPI dans les hôpitaux et rapport au comité d'accompagnement BMUC

4.9.3 Stimulants financiers et autres

Cet objectif a pour but de développer un modèle destiné à encourager les établissements de soins à implémenter et/ou accélérer l'implémentation du DPI, financièrement et/ou par d'autres moyens (par exemple en proposant une expertise ou en partageant les bonnes pratiques).

Cet objectif définit aussi les valeurs spécifiques que doivent permettre de réaliser les BMUC afin de pouvoir bénéficier des incitants prévus.

- Finaliser les modalités de financement et la méthode de calcul des critères BMUC
- Publication de la modification de l'« Arrêté royal relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux » décrivant les modalités de financement du DPI.

4.10 Publication d'informations structurées

Problème

La publication par les établissements de soins, les organisations spécialisées et les prestataires de soins d'informations relatives aux patients sous une forme structurée n'a pas encore été suffisamment élaborée et utilisée.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| X | X | | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Dans le plan d'action 2013-2018, les projets PA05 et PA07 se sont concentrés sur le développement d'une infrastructure essentiellement technique (y compris Hub/Metahub) qui permet aux établissements de soins (hôpitaux, laboratoires, établissements pour personnes âgées (MRPA, MRS, CSJ), etc.), hôpitaux psychiatriques, etc. de publier et d'échanger des informations médicales sur des patients.

Les objectifs de ces projets ont été précisés dans le Plan d'action 2013-2018, y compris ceux relatifs aux mesures des résultats et aux objectifs qualitatifs (par exemple, au moins 50% des rapports de consultation, des lettres de sortie, des rapports chirurgicaux et des protocoles RX devaient être accessibles au 01/01/2017). L'objectif de normalisation (par exemple, la présence de métadonnées sur les documents publiés, le codage des données) a été partiellement réalisé, mais de manière limitée.

Des progrès ont clairement été réalisés, mais le calendrier initial (ambitieux) s'est avéré irréalisable. Il est donc nécessaire de poursuivre ces projets.

Qui plus est, l'utilisation des données publiées est également encouragée.

Les anciens projets PA05 et PA07 sont fusionnés en un projet modifié 4.10 *Publication d'informations structurées*.

Ce projet prend en compte l'objectif des projets 0.5 Normes techniques et 0.6 Terminologie du cluster 0 avec les fondements.

Objectifs

4.10.1 Publication générale des données médicales des patients

Tous les hôpitaux publient les données médicales des patients (rapports de consultation, lettres de sortie, rapports chirurgicaux, protocoles RX, etc. via le système Hub/Metahub.

4.10.2 Les laboratoires intra-muros et extra-muros publient les résultats des laboratoires hospitaliers et extra-muros via le système Hub/Metahub

La publication se fait au format spécifié (fixé dans *0.5 Normes d'information* et *0.6 Terminologie*)

4.10.4 Publication par les radiologues privés

Les radiologues privés publient leurs rapports diagnostiques ('protocoles RX') via le système des hubs ou des coffres-forts.

4.10.5 Publication par d'autres établissements et organisations

Au fur et à mesure que de plus en plus d'établissements publient des données médicales sur les patients et que ces données sont de plus en plus utilisées, tant par le patient (via Personal Health Viewer/Personal Health Portal) que par les prestataires de soins et les établissements de soins, d'autres organisations et institutions se montrent aussi intéressées par la publication de leurs données. p. ex., la Rode Kruis Vlaanderen au niveau des informations sur les groupes sanguins de leurs donateurs.

Cet objectif aide ces organisations à obtenir l'autorisation de publier et à réellement publier leurs données.

4.11 Registres

Problème

On ne sait pas suffisamment si les données recueillies dans les divers registres ont un effet d'amélioration de la qualité.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | X | | X | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|----------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

La collecte des données de santé a été rationalisée dans le plan d'action précédent (PA18).

Le nouveau plan d'action va plus loin à ce niveau : il part du principe que les données qui sont (ou doivent être) fournies doivent, en principe, servir un intérêt public, c'est-à-dire qu'il doit s'agir de données ouvertes qui permettent d'acquérir de nouvelles connaissances utiles pour améliorer différents aspects des soins de santé (cf. Data4beterHealth).

Bien sûr, la notion d'intérêt public ne se limite pas au « fait de devenir des données ouvertes » et l'utilité au niveau de l'intérêt public doit être prouvée.

Tout comme les autorités exigent de l'industrie des preuves scientifiques concernant la commercialisation d'un médicament, d'un équipement médical, de dispositifs médicaux et d'applications médicales (mHealth), il est évident que les « produits et processus » organisés (et imposés) par les autorités, dans le cas présent, les registres, sont également soumis à une évaluation.

La collecte de toutes les données nécessite un énorme effort, à la fois au niveau du développement de logiciels et (certainement en fonction de la maturité d'automatisation de certaines institutions) et un énorme investissement en temps de la part du personnel des établissements qui fournissent l'input.

Grâce à l'action PA18 du plan d'action précédent, tous les registres ont été décrits de manière très détaillée.

Ce plan d'action met en œuvre un projet visant à examiner et à formuler des recommandations sur les questions suivantes :

- Pourquoi le registre a-t-il été créé ? Quelle en est la finalité ? Qui y apporte sa contribution ?
- Comment les données sont-elles fournies ? De manière synchrone, asynchrone ?
- Des interfaces Machine2Machine sont-elles disponibles pour fournir les données ?
- À combien s'est élevé l'investissement initial nécessité pour mettre en place cette connexion et à combien s'élèvent les coûts annuels de sa maintenance ?

- Quel est l'effort à fournir, aussi bien en cas d'utilisation de processus semi-automatisés que d'utilisation de processus automatisés ?
- Des engagements de compensation ont-ils été pris pour la fourniture des données ?
- Combien ces engagements d'indemnisation ont-ils déjà coûté (out-of-pocket money) ?
- Les fournisseurs reçoivent-ils des données de référence ?
- Quelles analyses des informations stratégiques ont été effectuées sur la base des données fournies ?
- Quelles décisions politiques ont été prises sur la base de ces études ?
- Quels ont été les effets de ces décisions politiques ? (sur le plan de l'économie des soins et /ou des effets d'amélioration des soins)

En outre, le nouveau point de départ doit être : tous les nouveaux registres, mais aussi les registres existants (survivants), doivent être dotés de connexions system2system de pointe, de sorte que les données générées au niveau des différentes composantes du SIH puissent être utilisées (déduites ; éventuellement enrichies par des fonctionnalités supplémentaires) pour être transmises aux registres via une connexion system2system dynamique.

Cela permettra de garantir que le principe « only once » applicable à la source soit respecté.

Objectifs

4.1.1.1 Évaluation et recommandations

L'objectif fournit un rapport détaillé

- sur les registres existants qui contiennent les questions décrites plus haut
- avec des recommandations de mises à jour/d'adaptation des registres existants et du flux de données pour compléter ces registres et exploiter les données.

4.1.1.2. Lignes directrices et liste de contrôle pour les nouveaux registres

Cet objectif établit une liste de contrôle pour s'assurer que les registres sont complétés et exploités de la manière la plus efficiente possible.

4.12 Communication sur et planification des soins

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | X | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Le gouvernement flamand a pour objectif de proposer un plan de soins et de soutien numérique partagé pour soutenir la collaboration multidisciplinaire et le partage de données dans le contexte des soins et du bien-être. Le but est de fournir des soins intégrés dans lesquels les besoins et les objectifs de la personne en matière de soins sont pris comme point de départ.

Le gouvernement flamand tiendra les autres entités fédérées et le gouvernement fédéral informés et, le cas échéant, assurera la coordination avec d'autres projets ou recherchera des synergies.

Le **digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP)** est avant tout un **outil de communication et de planification** pour soutenir les soins aux patients qui en ont besoin. Toutes les données pertinentes disponibles sur/de la personne nécessitant des soins sont à la disposition de tous les prestataires de soins concernés ainsi que de la personne et de son environnement.

Le plan de soins et de soutien numérique peut être divisé en plusieurs éléments :



Ce projet a des points communs avec le projet 4.2 "Fonctionnalités pluridisciplinaires". Nous examinerons comment une coordination entre les deux projets peut être obtenue

Objectifs

Un plan de soins et de soutien numérique a pour but de faciliter et de permettre l'autogestion, la coordination des soins et la gestion de cas. La numérisation de ces processus est nécessaire pour garantir la continuité des soins, pour faciliter la coordination des soins mais aussi autonomiser la personne (ou ses aidants informels) au niveau de ses propres soins.

Le plan de soins et de soutien numérique est **un outil numérique** qui peut être utilisé par et pour chaque citoyen, patient ou aidant informel et fournisseur de soins dans le soutien des soins de santé. Idéalement, certaines fonctionnalités de l'outil sont déjà utilisées à un stade précoce de la dépendance aux soins pour faciliter l'autogestion, de sorte que l'outil soit bien établi avant que le besoin de soins et la dépendance à l'égard de la planification des soins ne soient plus grands et que le patient ait déjà été en mesure de réfléchir à certaines questions, comme il / elle est avec des questions. Cela signifie qu'un patient peut déjà avoir une équipe de soins (basée sur des relations thérapeutiques, des mandats et des soins) avant de prendre des soins, peut réfléchir à des objectifs de vie et éventuellement à un agenda avec la planification de soins informels et / ou préventifs. D'autres aspects, tels que BelRAI, Zorgplanning, Workflow, ne seront inclus que lorsque plusieurs formes de soins sont nécessaires autour du patient.

Par ailleurs, le concept de planification des soins et du soutien est une **méthode de travail** nécessaire lorsque la situation des soins devient complexe et que de nombreux prestataires de soins sont impliqués dans les soins d'un patient. Ensuite, il est nécessaire de coordonner les soins en fonction d'un calendrier convenu et à l'aide d'outils de communication.

4.12.1 Réalisation et mise en place d'un plan de soins et de soutien numérique

Le gouvernement flamand fournit lui-même, par le biais d'un partenariat public-privé et après une procédure d'appel d'offres innovante, un logiciel qui est mis à la disposition de chaque citoyen et prestataire de soins.

4.12.2 Intégration d'un plan de soins et d'accompagnement numérique dans les DPI des prestataires de soins

L'outil sera utilisé dans une architecture d'applications existantes dans les soins de santé. Les points de départ suivants sont proposés:

- l'utilisateur individuel peut s'identifier dans l'outil via Single-Sign-On à partir de son propre DPI OU, s'il ne dispose pas d'un DPI personnel, pourra s'identifier directement dans l'outil DZOP. L'outil DZOP ne remplacera pas le dossier patient informatisé (DPI) proprement dit.
- Les organisations de soins qui disposeraient déjà de certaines fonctionnalités dans leur propre logiciel pourront appeler ces fonctionnalités à partir de leur propre outil via des webservice ou API's.
- Vitalink Gateway sera la porte d'entrée pour l'enregistrement des données et donnera accès à des données de soins et de soutien du DZOP qui seront disponibles sur Vitalink, dans la base de données DZOP (elles seront souvent chez le fournisseur de logiciel) ou sur d'autres serveurs.

4.13 Projet Européen Connecting Europe Facility (CEF), partie « Patient Summary »

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | | X |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Il s'agit d'un projet réalisé par Abrumet, financé par la Commission européenne en cofinancement avec la Région bruxelloise.

Afin d'expliquer les différentes façons d'utiliser l'eHealth Patient Summary, deux cas d'utilisation représentatifs sont présentés ci-dessous. Les acteurs humains (individus) impliqués sont les suivants :

Le Patient : individu d'un pays (« pays d'origine » - pays A) qui demande des soins de santé dans un autre pays (« pays de traitement » - pays B).

Le professionnel de la santé : la personne qualifiée/certifiée qui fournit des soins de santé. Le professionnel de la santé doit être enregistré auprès d'au moins un organisme professionnel de santé ou une autorité sanitaire appartenant au pays de traitement.

Objectifs

Pour qu'un pays puisse procéder à un échange transfrontalier d'un Patient Summary, des informations structurées et codées doivent être disponibles dans les sections du Patient Summary échangé.

Pour qu'un Patient Summary soit valide, un minimum de renseignements doit être fourni dans un format structuré et codé. Outre l'ensemble minimum d'informations, il existe également des informations facultatives, ce qui signifie que le Patient Summary peut être échangé sans que ces données soient complétées.

L'ensemble minimum d'informations a été décidé en fonction de sa pertinence du point de vue clinique et du niveau de préparation déclaré au cours du projet epSOS.

4.13.1 Réalisation

L'architecture du serveur NCP du projet CEF utilise les mêmes profils IHE que Brusafe+.

Le projet CEF doit être opérationnel avant le quatrième trimestre de 2021 et doit être utilisable à l'échelle nationale.

Nous déterminerons alors si le serveur NCP restera connecté à Brusafe+ ou s'il ne serait plus opportun de le connecter au MetaHub.

4.13.2 Élargissement à l'ensemble de la Belgique

L'objectif de ce projet est qu'il soit utilisable sur l'ensemble du territoire belge. La raison pour laquelle le serveur NCP belge est lié à Abrumet Brusafe+ dans son architecture actuelle est que cette plate-forme est actuellement le seul système belge qui suit tous les profils du serveur européen (XCA, XDS, XUA, etc.).

Tel qu'il est mis en place actuellement, à la fin de ce projet, tous les médecins belges pourront utiliser le serveur belge du PCN pour lire les Patient Summaries de citoyens européens. Inversement, grâce au projet en cours, tous les médecins européens (si leur système national le permet) auront également accès à tous les SUMEHRs belges (convertis au format CDA Patient Summary) par Abrumet.

4.14 Modulation accès patient par les prestataires de soins

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | | X | | | X |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| | X | |

Description

Les règles d'accessibilité pour le patient d'un document publié sur un hub ou sur un coffre-fort ont fortement évolué pendant la roadmap 2015-1018. Les logiciels des prestataires ne permettent pas toujours de gérer ces fonctionnalités.

Objectifs

Les logiciels des prestataires devraient pouvoir permettre de visualiser le statut d'accessibilité pour le patient d'un document publié sur un hub ou sur un coffre-fort. Ils devraient également permettre de gérer ce statut en accord avec les règles du hub/coffre-fort (si le hub/coffre-fort offre cette fonctionnalité).

4.14.1 Réalisation

Action sur les accréditations et/ou les incitants financiers pour les DMI et DPI.

Cluster 5 Le patient en qualité de copilote

5.1 Portail personnel de santé

Problème

Les fonctionnalités et les informations disponibles pour le citoyen/patient sont encore trop limitées.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | X | | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Ce projet s'inscrit dans le prolongement et constitue une extension du projet PA10 Personal Health Viewer du plan d'action 2013-2018.

Nos soins de santé concernent le patient et il est donc évident que le patient est à la barre, aux côtés des prestataires de soins de santé et leur expertise médicale. Afin de bien remplir ce rôle actif, il est important que les citoyens soient informés. Et c'est ce que nous visons avec Masanté : à travers ce portail de santé, nous voulons donner aux citoyens un accès rapide et facile aux données sur leur santé qui sont disponibles sous forme numérique, afin qu'ils puissent faire des choix conscients.

Les premières expériences avec la plate-forme sont positives. Les citoyens sont très satisfaits de pouvoir désormais consulter rapidement et facilement leurs données médicales sous forme numérique, comme en témoignent les retours d'information et les mesures que nous prenons. Certaines personnes voient actuellement moins d'informations que d'autres, par exemple parce que le réseau numérique auquel appartient leur hôpital n'est pas encore prêt à partager des données ou parce que leurs prestataires de soins ne tiennent pas de dossier électronique. Quiconque peut déjà voir beaucoup de données médicales aujourd'hui devrait avoir la possibilité de le faire. En attendant, c'est à chacun sur le terrain de rendre cela possible pour tous les citoyens.

Nous voulons continuellement améliorer et voir ce portail de santé (PHV) comme la plateforme de référence idéale sur laquelle les citoyens et/ou les patients peuvent accéder à leurs informations de santé, qui sont maintenant réparties sur différentes sources et plateformes.

Nous nous appuyons sur une architecture qui prend en charge le concept de « lien croisé » et de « onglets configurables », ce qui signifie qu'un onglet fera appel à une source externe (sous-région, soins de santé,

hôpital, etc.) vers la même source et poursuivra visuellement la même expérience utilisateur. C'est dans l'intérêt du citoyen et/ou du patient, l'accessibilité à ses informations de santé, où il se trouve.

Outre l'élargissement des fonctionnalités disponibles, il accorde également un rôle plus actif au citoyen/patient, entre autres au niveau de la déclaration de données erronées et manquantes (le patient ne peut pas modifier lui-même les données mais seulement signaler le problème, ce qui confirme le rôle décisionnel du médecin) ou encore au niveau du choix du médecin/spécialiste/prestataire de soins en cas de référence ou du choix de la pharmacie de délivrance des médicaments.

Les citoyens et les patients ne veulent plus subir, ils veulent aussi avoir leur mot à dire.

Le portail Masanté doit devenir la porte d'entrée vers leurs données médicales. Le portail en ligne fournira une vue d'ensemble sur toutes les données de santé - tant médicales qu'administratives - disponibles électroniquement pour les citoyens. En rendant ces informations plus accessibles, notre objectif est d'aider les citoyens à prendre leur santé en main.

Diverses plates-formes mettent aujourd'hui des données à la disposition des patients sous forme numérique : par exemple, des données médicales, des données médico-administratives, des informations sur les déclarations anticipées de volonté ... Cependant, beaucoup de personnes n'ont pas conscience de cette possibilité ou n'arrivent pas à trouver la bonne plate-forme. Et nous voulons changer cela grâce à un portail fédéral dédié à la santé.

Entre autres choses, les patients ne sont pas automatiquement informés lorsque de nouvelles données médicales sur leur santé sont publiées par les prestataires de soins de santé, les établissements de santé et les organisations spécialisées. Pour cette raison, un objectif d'utilisation de l'eBox comme moyen de notification a été fixé.

Objectifs

5.1.1. Nouvelle architecture d'onglets flexible et configurable

Dans l'application Masanté, il sera possible de configurer la visualisation des liens. Offrir au citoyen et/ou au patient la meilleure expérience utilisateur est notre ambition commune avec nos partenaires et cela, dans un souci d'uniformité. Nous utilisons un nouveau protocole pour intégrer des applications web les unes aux autres via des liens dynamiques (profonds). L'objet du présent protocole est double :

- Demander un (des) lien(s) à partir de l'application Masanté :
 - o Les applications peuvent utiliser ce protocole pour demander un lien vers l'application Masanté (deeplinking). Lorsque vous cliquez sur ce lien, vous pouvez être redirigé vers une page spécifique de l'application Masanté.
- Orientation vers d'autres services à partir de l'application Masanté :
 - o Les services implémentant ce protocole peuvent être mis à disposition dans l'application Masanté/via la configuration. Plus précisément, l'application Masanté pourra demander un lien à ces services via le protocole de liaison. Le lien récupéré peut alors être visualisé sous la forme d'un onglet sur la page principale de l'application Masanté.

5.1.2. Versions trimestrielles (par saison)

Le but recherché est de sortir régulièrement de nouvelles versions élargies.

Respecter ce rythme exige de disposer d'un processus rationalisé de délimitation du champ d'application, d'analyse et de développement, de test, de mise en production et de communication.

En fournissant un point d'accès unique, les citoyens n'ont plus besoin de savoir par eux-mêmes où sont stockées les informations.

Grâce à l'accès numérique, ils peuvent accéder à leurs données médicales beaucoup plus facilement et rapidement. Cela donne aux citoyens davantage d'occasions de jouer un rôle actif dans les soins, par exemple en améliorant l'observance thérapeutique, en faisant des choix de santé plus éclairés et en engageant un dialogue avec les prestataires de soins sur leur santé et les traitements possibles.

Respecter ce rythme exige de disposer d'un processus rationalisé de délimitation du champ d'application, d'analyse et de développement, de test, de mise en production et de communication.

5.1.2.3. Version 1.3 - Édition hiver 2019

Dans la version suivante, nous prévoyons un lien direct via le Federal Authentication Service (FAS) SSO entre l'une des mutualités et notre portail de santé (PHV), les citoyens et/ou patients affiliés au Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen peuvent s'inscrire à notre portail santé et à leur propre dossier de mutualité. Nous comptons sur ces 5 mutualités (une fédération nationale) pour accueillir un peu plus de 2 millions de Belges.

De plus, vous pourrez désormais signaler les effets secondaires de votre médicament (notifications de vigilance en ligne). Une extension supplémentaire à la prescription du médicament et à la notice sera aussi disponible.

En outre, nous voudrions mentionner la nouvelle initiative « myTV » du WGK, où la collecte et le partage d'informations dans le domaine des soins à domicile sont proposés sous la forme d'une plate-forme, et pour laquelle nous fournissons un nouvel onglet

5.1.2.4. Version 1.4 - Édition printemps 2019

Au printemps, nous prévoyons d'établir un lien direct entre toutes les mutualités belges et notre portail santé (PHV) via le Federal Authentication Service (FAS) SSO. Désormais, tous les citoyens et/ou patients pourront consulter leur propre dossier à la mutualité via le portail santé.

Dans cette version, nous souhaitons rendre accessible l'application don d'organes et déclarations anticipées de volonté : désormais, chaque citoyen et/ou patient pourra consulter et adapter ces données numériquement, sans avoir à se rendre à l'administration communale.

Le contrôle d'accès est également étendu aux personnes de confiance. Cela signifie aujourd'hui qu'un patient qui est en mesure de faire un choix peut être assisté par une personne de confiance dans l'exercice de ses droits en tant que patient. Les droits de cette personne de confiance doivent toujours correspondre au consentement donné par le patient (CI).

L'une des 3 nouvelles fonctionnalités ou onglets que nous ajoutons au portail santé est celle des volontaires sains qui participeront aux études cliniques, c'est pourquoi une application est en cours de développement pour permettre aux volontaires sains d'études cliniques de s'enregistrer via le portail santé. De cette façon, il sera possible de surveiller (en espérant l'éviter) si un volontaire participe à plus d'une étude.

Enfin, dans cette version, nous fournissons une traduction en FR de l'information fiable sur la santé « Gezondheid & Wetenschap », à laquelle tous les Belges francophones auront désormais également accès.

5.1.2.5. Version 1.5 - Édition été 2019

La pierre angulaire de cette dernière version sera l'intégration du dossier de médication (version I) et la façon dont nous le rendrons disponible sur le portail santé. À partir de la prescription électronique des médicaments, en tant que citoyen et/ou patient, nous aimerions désigner la pharmacie où les récupérer.

Nous proposons 5 nouvelles fonctionnalités et onglets pour s'assurer que les citoyens et/ou les patients en tant que copilotes obtiennent une vue complète de leur dossier de santé.

5.1.2.6. Version 1.6 - Édition hiver 2019

D'ici la fin 2019, nous voulons rendre le portail national de la santé (PHV) disponible en anglais pour tous les citoyens de l'UE et les citoyens non européens vivant et travaillant dans notre pays. Cela permet aux non-Belges d'accéder à des applications sécurisées et à notre portail santé.

De plus, nous proposons environ 5 nouvelles fonctionnalités et onglets, ce qui peut s'appliquer, par exemple, aux volontaires qui veulent régulièrement donner du sang ou du plasma. D'autres nouvelles applications aussi,

telles que les services de notification (eBOX) peuvent également entrer en ligne de compte. Les citoyens et/ou les patients veulent être informés quand les rapports et les résultats sont disponibles à l'hôpital ou quand le médecin généraliste a complété le résumé de santé.

5.1.3. Cadre de référence 4.0

Ce cadre de référence 4.0 est la version actuelle et a été validé par tous les partenaires qui ont participé au Portail Santé (PHV). Il s'agit d'une pierre angulaire de l'extension du projet PA10 Personal Health Viewer du plan d'action 2013-2018 et de sa suite.

Le cadre de référence 4.0 vise à fournir à chaque citoyen et/ou à son représentant (parent, tuteur, personne de confiance, représentant) un accès direct, simple, sécurisé et sans ambiguïté aux données de santé et de bien-être qui le concernent. Dans le cadre du principe d'égalité, cet accès doit être le même pour tous les patients, quels que soient le lieu de traitement, la langue (utilisée dans l'hôpital concerné dans l'entité fédérée) ou le lieu de résidence.

Le cadre de référence définit :

- Le contexte (pris en compte, c'est-à-dire le droit, le programme eHealth, etc. ;
- L'accès du patient aux données de santé et de bien-être (opting in, accès direct en ligne, etc.) ;
- L'identification des parents/tuteurs des patients mineurs, des représentants et des personnes de confiance ;
- Sécurisation ;
- Actions sur l'autonomisation des patients ;

Suivi des initiatives et des accords par le cadre de référence de la structure de gouvernance (les acteurs s'engagent à suivre les initiatives de la structure de gouvernance et à respecter les accords conclus, si les accords ne sont pas respectés, une place sur le portail fédéral est exclue) ;

Aujourd'hui, le cadre de référence de ce portail santé (PHV) est mis en œuvre par le comité de pilotage précité, en tant que comité d'accompagnement chargé de la définition et du suivi de la définition et de l'élaboration d'une feuille de route, à savoir comment atteindre les objectifs (avec de nouvelles fonctionnalités) et définir et décrire les bonnes pratiques concernant les aspects juridiques importants (également dans une perspective de sécurisation/security). Ceci en tenant compte des bonnes priorités pour le citoyen et/ou le patient, afin d'assurer la transparence et l'accès à son dossier médical.

5.1.3. Rapport Namahn

Au cours du plan d'action précédent, une étude et un rapport détaillés ont été réalisés en collaboration avec les représentants des patients et une société externe (Namahn) sur la convivialité et les fonctionnalités souhaitées du portail personnel de santé.

Le but de cet objectif est de transposer les recommandations de ce rapport en éléments concrets (quoi et quand) dans une des versions du portail personnel de santé.

5.2 Plate-forme de référence numérique

Problème

La participation du patient aux références d'un prestataire de soins à un autre est pratiquement inexistante.

Accents

| Elargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | | X | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| X | | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

Aujourd'hui (en 2018), il est déjà possible de référer un patient à partir d'une pratique de médecine générale en utilisant un logiciel qui propose un nombre (encore limité) de types de référence. La référence à un spécialiste (p. ex. à un rhumatologue) peut se faire en quelques clics ; un formulaire eForm peut être généré qui contient toutes les rubriques importantes.

Cet eForm peut être envoyé immédiatement à l'eHealthbox du spécialiste destinataire (p. ex. le rhumatologue X). Il faudra considérablement augmenter le nombre des applications eForm.

Toutefois, dans ce processus de référence, le patient doit se voir attribuer un rôle plus actif et plus déterminant, par exemple, en lui permettant de choisir lui-même un spécialiste. L'implication du patient dans le processus ouvre de nouvelles perspectives pour l'avenir !

La référence électronique DOIT être consultable dans le Personal Health Viewer (PHV).

La référence doit prévoir la possibilité pour le référent d'inclure un texte qui ne peut pas être lu par le patient mais uniquement par le destinataire.

Lors de la rédaction de la lettre de référence, le médecin généraliste peut bien entendu suggérer un rhumatologue (dont le nom peut également être conservé dans la référence).

Le patient a la possibilité de modifier ou pas la suggestion faite par son médecin généraliste dans le PHV. Le patient choisit et procède à l'envoi final de la référence vers l'eHealthBox du rhumatologue (et d'une confirmation vers l'eHealthBox du médecin généraliste !).

La lettre de référence électronique doit toujours être déposée dans l'eBox du patient (du moins s'il en a une) !

Ce projet vise à développer un système de référence général qui accorde une place centrale à la possibilité de choix du patient.

Cette possibilité de choix sera soutenue, à l'avenir, par des critères (de qualité) qui seront proposés au patient :

- Spécialiste à proximité de chez moi
- Le curriculum du spécialiste est visible, ce qui permet d'également voir ses sous-spécialités spécifiques.

- Le spécialiste utilise un système de prise de rendez-vous électronique et autorise la conversion de la référence (avec ses détails médicaux) en un rendez-vous planifié directement par le patient. Le patient voit des créneaux disponibles qui correspondent aux règles pour le renvoi soumis. Le patient voit s'afficher les créneaux disponibles qui correspondent à la référence envoyée.

Objectifs

Cette plate-forme de référence est destinée à faciliter les références dans tous les sens entre la 1^{re} ligne à la 2^e ligne et peut aussi éventuellement être utilisée depuis un poste de garde, une MRS et des environnements de revalidation jusqu'à la 2^e ligne.

Grâce à cette méthode de référence, il sera également possible de lier un identifiant unique (« GUID ») à la référence avec laquelle le résultat/le feed-back sur le rapport de la 2^e ligne pourra être lié instantanément et sans équivoque à l'enregistrement de la plainte/consultation à l'origine de la référence.

Il sera également possible d'enregistrer des prescriptions non médicales (kinésithérapie, logopédie, dispositifs médicaux, etc.) dans la plate-forme de référence ce qui permettra au patient de décider lui-même du prestataire de soins chez lequel il souhaite que sa prescription soit envoyée. (voir aussi la section 4.5.3 : Prescription électronique.

De plus, cette plate-forme de référence centrale offre aussi la possibilité de n'accepter (et de ne pouvoir stocker) que des références/prescriptions de qualité. Le pont sera ensuite construit avec le projet 4.5 «Plateforme d'aide à la décision».

5.2.1. Définition & implémentation d'une plate-forme de référence

Cet objectif vise le développement d'une plate-forme mise à la disposition d'autres projets pour gérer les références.

Une piste possible peut être d'utiliser le serveur IHE existant (qui est utilisé pour Brusafe +). Ce serveur peut prendre en charge le profil IHE XDW. Un profil XDW permet d'échanger un document entre plusieurs organisations, de gérer les tâches du projet et d'être axé sur le patient. Le profil XDW n'est pas un contrôleur central ni un planificateur central, mais les décisions sont prises par les autorités périphériques (prestataires de soins de santé, médecins, infirmières, etc.). XDW coordonne toutes ces activités dans un flux bien structuré.

5.3 Orgadon

Problème

Il n'existe pas de moyen facilement accessible et intégré pour les patients de gérer leurs « dons ».

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| | | X | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | X | |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

Description

La gestion et l'enregistrement des déclarations anticipées de volonté concernant le don d'organes (SPF), de tissus et de cellules (AFMPS). L'application actuelle est désuète et n'est pas accessible en ligne pour le citoyen et la plupart des professionnels de la santé.

Les citoyens pourront gérer leurs déclarations anticipées de volonté via différents canaux (via le logiciel du médecin généraliste, via la municipalité, via une application disponible via le portail eHealth).

Objectifs

5.3.1 Développer une nouvelle application back-office

Cet objectif consiste à mettre en place un nouveau système.

5.3.2 Accès des professionnels de santé aux données d'Orgadon

Cet objectif consiste à développer différents canaux d'accès afin que les professionnels de santé puissent saisir, modifier et récupérer des données.

Les règles générales d'accès et de relation (thérapeutique) doivent être respectées.

5.3.3 Gestion des informations de l'Orgadon par le citoyen

Cet objectif garantit un accès (sécurisé) à l'application afin que les citoyens puissent gérer eux-mêmes leurs déclarations anticipées de volonté.

Cluster 6 e-Santé et Mutualités

La plate-forme MyCareNet offre aux prestataires de soins

- des services de consultation des données medico-administratives des patients pour lesquelles les Organismes Assureurs sont Source Authentique (entre autre l'assurabilité),
- des services de tarification et de facturation des prestations en mode tiers-payant et le service de transmission des attestations de soins digitalisées
- des services de demandes et de consultation des accords médicaux (par exemple chapitre IV)
- des services de gestion et de consultation des DMG

Les évolutions de la plate-forme se font suivant deux axes : mise en production de nouveaux services et extensions fonctionnelles des services existant d'une part, mise à disposition des services existants pour de nouveaux secteurs, d'autre part.

Les évolutions proposées par le CIN pour la période 2019-2021 concernent la mise à disposition des services existants pour les secteurs des dentistes, spécialistes, kinés, logopèdes et maisons médicales.

Les flux étant développés d'une manière standardisée (eFac/eAttest – demande/consultation d'accords), leur mise à disposition pour un nouveau secteur (kinés, logopèdes) sera planifiée comme la mise à disposition d'un « package » de service pour le secteur concerné.

Accents

| Élargissement des concepts existants | Poursuite du projet en cours | Nouvelles normes | Encadrement | Innovation | Excellence opérationnelle | Europe & International |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|------------------------|
| X | X | | | | | |

Type de projet

| Concept | Implémentation niveau business | Implémentation IT |
|---------|--------------------------------|-------------------|
| | | X |

Catégorie de projet

| Fédéral | Interfédéral | Entités fédérées |
|---------|--------------|------------------|
| X | | |

6.1 e-Attest pour les dentistes, les spécialistes, les kinés et les logopèdes

Description

Le service eAttest offre la possibilité de transmettre des attestations de soins électroniques via la plate-forme MyCareNet à l'organisme assureur (OA) du patient. L'eAttest n'intervient que dans le cadre du paiement comptant.

Le service a été mis en production en 2018 pour les Médecins Généralistes.

Objectifs

L'objectif est de mettre le service à disposition des autres secteurs tout en tenant compte d'une part des spécificités de ces secteurs (le service lui-même est générique, mais certains contrôles sont spécifiques) et de la disponibilité des logiciels pour ces secteurs.

Dès 2019, le service sera étendu aux fonctionnalités suivantes :

- Possibilité d'annuler une eASD via MyCareNet
- Possibilité d'envoyer le justificatif via eBox citoyen
- Envoi des informations relatives au remboursement eAttest via un flux global vers l'INAMI (à destination du fisc)

6.1.1 Extension du service eAttest

Avant la fin du premier semestre 2019, le service générique eAttest permettra l'annulation d'une eASD (en remplacement de la solution temporaire).

Avant la fin 2018, la digitalisation du justificatif patient à travers l'envoi dans l'eBox citoyen sera possible. Un planning de mise à disposition par les logiciels des prestataires n'est pas encore disponible.

6.1.2 eAttest pour les dentistes

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des dentistes pour la fin du premier semestre 2019

6.1.3 eAttest pour les médecins spécialistes

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des spécialistes pour 2019 ou 2020 (au plus tôt un an après la réalisation des prérequis cités plus haut)

6.1.4 eAttest pour les kinés

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des kinés deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.

6.1.5 eAttest pour les logopèdes

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des logopèdes un an après le secteur des kinés, c'est-à-dire au plus tôt en 2021.

6.2 Facturation tiers-payant pour les Maisons Médicales, les kinés et les logopèdes

Description

Le service facturation permet à toute institution ou prestataire de soins autorisé de transmettre aux organismes assureurs, de manière électronique, via réseau, le fichier de facturation créé dans le cadre du tiers payant.

Ce service est disponible pour les secteurs suivants : hôpitaux, labos, MRS, Infirmiers, Médecins Généralistes et Spécialistes, Postes de garde, Dentistes. Il est déjà prévu de le mettre à disposition des sages-femmes en 2018.

Objectifs

L'objectif est de mettre le service à disposition des Maisons Médicales, des kinés et des logopèdes.

6.2.1 Facturation tiers-payant pour les Maisons Médicales

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des Maisons Médicales en 2019

6.2.2 eFac pour les Kinés

Il est prévu de mettre le service eFac en production pour le secteur des Kinés deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.

6.2.3 eFac pour les Logopèdes

Il est prévu de mettre le service eFac en production pour le secteur des Logopèdes un an après le secteur des kinés, c'est-à-dire au plus tôt en 2021.

6.2.4 Facturation électronique pour les OT et les pharmaciens

Pour des raisons historiques, les pharmaciens utilisent le circuit de facturation Pharmanet et facturent via des CD. Les représentants du secteur et l'INAMI ont demandé d'analyser la faisabilité de la migration vers MyCareNet. Sur la base des résultats de cette analyse, un planning va être proposé.

6.3 Consultation des Données du membre

Description

Le service « Données du membre » est un service de consultation qui permet à toute institution ou prestataire de soins autorisé de consulter les informations (assurabilité et droits dérivés) du bénéficiaire de soins nécessaires pour effectuer une facturation correcte dans le cadre du tiers payant.

Le service est un nouveau service de consultation qui remplace et complète le service de consultation de l'assurabilité.

En plus de l'assurabilité, ce nouveau service permet de consulter les informations suivantes : existence d'un trajet de soins (diabète ou insuffisance rénale), statut affection chronique, pharmacien de référence, etc.

Objectifs

En 2018, ce service est mis à la disposition des Hôpitaux, des Offices de Tarification et des Maisons médicales via leur software et via le portail MyCareNet pour les Pharmaciens, les Médecins Généralistes et Spécialistes et les Postes de garde

En 2019, les secteurs des Pharmaciens, Médecins Généralistes et Spécialistes et Postes de garde auront accès via leur software.

Enfin, toujours en 2019 :

- les autres secteurs qui ont accès à l'assurabilité pourront accéder au nouveau service via le portail.
- la consultation de l'abonnement en Maisons Médicales sera implémentée.

Des extensions à la consultation d'autres données pertinentes sont envisageables (exemple : inscription en maison médicale), mais non planifiées à l'heure actuelle.

En particulier, le statut « invalide » doit pouvoir être consulté. Une analyse préliminaire doit valider les secteurs concernés :

- les prestataires via une évolution du flux Données du Membre
- les institutions (par exemple pour les droits dérivés) soit via une mise à disposition du flux Données du Membre, soit via une évolution du flux existant Attribute Authority.

6.3.1 Consultation DMG pour les hôpitaux

Il est prévu d'offrir ce service de consultation DMG existant.

6.4 Digitalisation des conventions de revalidation

Description

En cas de revalidation fonctionnelle d'un patient, l'hôpital compétent doit introduire une (des) demande(s) d'accord auprès du Médecin Conseil de l'OA. Aujourd'hui, ces demandes d'accord se font via papier dans le respect des conventions en vigueur. En 2016/2017, les OA ont réalisé une étude d'opportunité permettant d'envisager la digitalisation d'une partie de ces demandes.

Objectifs

Les services de demande et de consultation des accords pour les revalidations fonctionnelles (diabète, revalidation cardiaque,...) seront ouverts aux médecins des hôpitaux pour leur permettre de digitaliser leurs demandes dans le respect des conventions en vigueur.

Une première étape va se focaliser sur une sélection des accords présentant le plus gros volume, ceci afin de prioriser les travaux de développement des différents intervenants (OA, hôpitaux). Il existe 5 conventions de réadaptation dans le cas du diabète (TOP5).

6.4.1 Demande d'accord de revalidation fonctionnelle

Le service de demande d'accord de revalidation fonctionnelle sera disponible pour les accords du TOP 5.

6.4.2 Consultation des accords de revalidation fonctionnelle

Le service de consultation d'accord de revalidation fonctionnelle sera ouvert pour les accords du TOP 5.

6.5 Digitalisation des accords Chapitre IV

Description

Le service de demande et de consultation des accords pour les médicaments du chapitre IV est disponible d'une part pour les Médecins Généralistes et Spécialistes (demandes et consultation) et d'autre part pour les pharmaciens et le secteur des hôpitaux (consultation).

Objectifs

Le service de demande d'accord sera mis à disposition des hôpitaux mi-2018 (sur la base de l'interface actuelle).

Il est également prévu d'adapter le service de demande d'accords aux spécificités de la DB SAM V2 (projet INAMI).

6.5.1 Adaptation du service de demande d'accords Chapitre 4 à la SAM V2

Les adaptations du service de demande d'accords chapitre IV sont une conséquence de la réalisation de la DB SAM V2. Le planning de mise en production est couplé avec celui de la SAM V2.

Il est prévu une coexistence des services V1 et V2

6.6 Abonnements en Maisons Médicales

Description

Le contrat d'inscription (ou de désinscription) d'un patient à une maison médicale est actuellement un processus papier.

Objectifs

Il s'agit de mettre à disposition du secteur des Maisons Médicales un service électronique permettant d'inscrire ou de désinscrire un patient à une Maison Médicales.

La consultation de l'inscription à une maison médicale doit être réalisée via le nouveau service de consultation des données du membre (voir plus haut)

6.6.1 Inscription et Désinscription en Maisons Médicales

La mise à disposition du service est planifiée pour la fin 2019.

6.7 Digitalisation des accords kinés

Description

La digitalisation du secteur kinés nécessite également la digitalisation des notifications et des demandes d'accords. Une première étape déjà demandée par l'INAMI consiste en l'enregistrement (codifié) des pathologies. La structuration de cet AP en projets est sujette à adaptations en fonction des analyses des conclusions de la Task Force Kinés.

Objectifs

Il s'agit de mettre à disposition du secteur des Kinés des services électroniques permettant la communication des notifications et des demandes d'accords.

6.7.1 Enregistrement des pathologies

La mise à disposition du service est en cours d'analyse (2019 encore à confirmer).

6.7.2 Digitalisation des notifications

La mise à disposition du service est planifiée deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.

6.7.3 Digitalisation des demandes d'accord kinés

La mise à disposition du service est planifiée deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.