

Brussel, 13 juni 2019

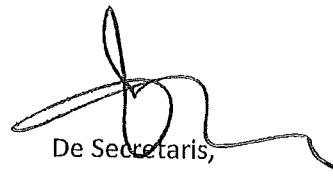
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/494-1 (\*)

**Advies van de FRZV m.b.t. de financiering van EPD via het BFM en vervolg  
acceleratorprogramma**

Namens de Voorzitter,  
Margot Cloet



De Secretaris,  
Pedro Facon

(\*) Dit advies werd behandeld tijdens de plenaire vergadering van 13/06/2019 en dezelfde dag bekrachtigd door het Bureau

## 1. Algemeen

- De Raad verwijst opnieuw naar zijn vroegere adviezen FRZV/D/464-1 (26 oktober 2017), FRZV/D/470-2 (8 maart 2018) en FRZV/D/482-1 (11 oktober 2018) betreffende de financiering EPD via het BFM.
  
- Het opvolgen van sommige elementen van deze adviezen in de huidige implementatie BFM wordt door de Raad blijvend sterk gewaardeerd, voorbeelden hiervan zijn onder andere
  - o de bijsturing van de timing van de financieringsvereisten volgens de situatie op het terrein
  - o de verdere concretisering van de BMUC criteria
  - o de snelle opstart en belangrijke rol van het begeleidingscomité
  - o het wegwerken van een aantal onevenwichten tussen algemene ziekenhuizen en andere ziekenhuizen (waaronder de psychiatrische)
  - o het integreren van een basisbedrag in het acceleratorbudget (zij het dat de Raad in het vorige advies duidelijk had aangegeven dit per ziekenhuis wenst te zien ipv per bed)
  - o het instellen van een drempel in termen van het aantal behaalde criteria voor het accelerator budget (zij het dat er tegen de vorige adviezen van de Raad ook nu al een pro-rata luik aan werd toegevoegd)
  - o het beperken van het early adopter budget tot 5% van het totale budget.
  
- Weliswaar blijven de andere elementen van de vorige adviezen welke tot op heden minder of niet werden gevolgd onverminderd belangrijk voor het toekomstig proces. Zo blijft onder meer een belangrijke rol weggelegd voor het begeleidingscomité (BC) BMUC in de verdere uitwerking en verduidelijking van de functionaliteiten, definities en het bepalen van de percentages (in de verschillende stappen).

Er is na 1 jaar werking een evaluatie gebeurd aangaande de werking van het Begeleidingscomité, waarbij afspraken werden gemaakt om de toekomstige werking van het BC te verbeteren (onder andere sterke rol in het expliciteren van een lange- en middellange termijnvisie inzake het digitaal patiëntendossier, opsplitsen luik algemene ziekenhuizen en psychiatrische / gespecialiseerde ziekenhuizen, focus op specifieke thema's, meer pro-actieve werking,...).

Een duidelijk en gedragen lange termijnperspectief<sup>1</sup> op het digitaal patiëntendossier in accordering met het eHealth platform vormt een belangrijke houvast voor alle bevoegde advies- en beslissingsorganen terzake. Het laat alle betrokken partijen toe om op een logische, realistische en doelgerichte wijze verder te werken (prioritisering, toekennen van gewicht aan specifieke (deel)aspecten, scherp stellen van eventuele randvoorwaarden, opmaken lastenboeken, ...).

- Dit advies gaat vooral in op de manier van financieren en geeft alvast enkele bezorgdheden mee (zie onder andere in bijlage) voor de verdere bespreking in het BC BMUC, waarvan de eerstvolgende vergadering is ingepland op donderdag 27 juni 2019. Er zijn tevens al in het najaar 2 vergaderingen BC BMUC voorzien op 19 september en 21 november 2019.
- De FRZV is van mening dat elke financiële penaliserende uitrolprocessen, die trouwens op de goede weg zijn in de ziekenhuizen, zou vertragen.
- De FRZV dringt erop aan om rekening te houden met de voorwaarden voor de IT-uitrol van de meeste ziekenhuizen, die op min of meer korte termijn zullen moeten migreren naar een nieuwe informaticatoepassing, onder meer naar aanleiding van de netwerking.
- De FRZV signaleert dat de nota van de administratie die ter kennisgeving aan het bureau van de vorige FRZV werd bezorgd begin 2019 en het daarop gebaseerd ontwerp KB (waarvan tot op heden geen inzage werd gegeven) dat nadien aan de Raad van State werd overgemaakt niet voor advies werd voorgelegd aan de FRZV. Het vorige advies van 11 oktober 2018 op de toenmalige adviesvraag is dus geen weergave van advies van de FRZV op het huidig ontwerp KB of voorstel. De FRZV is niet akkoord met een deel van de inhoud van dit voorstel en betreurt tevens hoe het proces verlopen is.

## 2. Principes

In lijn met de vorige adviezen van de FRZV inzake de EPD-financiering wensen we volgende principes blijvend te benadrukken. Dit zijn de uitgangspunten die we steeds voor ogen willen houden:

---

<sup>1</sup> Sommige leden noemen de output van recente initiatieven zoals o.m. "Zorg aan Zet" en "Groenboek Hospital of the Future" als mogelijke inspiratiebronnen.

- De FRZV is de achterliggende principes van de BMUC genegen, doch de spelregels moeten voldoende op voorhand gekend zijn, zowel voor wat betreft de regels omtrent de toepassing van de functionaliteiten als het gebruik ervan in de financiering.
- De gebruikte parameters moeten voorafgaandelijk gevalideerd worden op vlak van eenduidige definitie, haalbaarheid naar implementeerbaarheid & meetbaarheid en een afgesproken referentieperiode. Er moet hierin waar nodig een onderscheid worden gemaakt tussen de algemene ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen (waaronder de psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen).
- De kost van de implementatie van een geïntegreerd EPD bevat zowel een vaste als variabele component. De financiering dient hiermee rekening te houden.

### 3. Acceleratorprogramma 2019

Het acceleratorprogramma 2019 moet de nodige zekerheid bieden voor de ziekenhuizen door het respecteren van de uitgangsprincipes van de BMUC en geen grote veranderingen doorvoeren aangezien de spelregels eens te meer niet tijdig zijn kenbaar gemaakt waardoor de ziekenhuizen niet het nodige kunnen doen om eraan te voldoen indien dit vandaag nog niet het geval zou zijn. Ter herinnering: het ziekenhuis is hiervoor in vele gevallen afhankelijk van zijn leverancier.

De consistentie zal het ook eenvoudiger maken voor de ziekenhuizen om effectief samen te werken, schept de nodige duidelijkheid, maar ook verantwoordelijkheid voor de ziekenhuizen om aan die verwachtingen te voldoen.

- De Raad waardeert dat de verdeling over de verschillende onderdelen grotendeels werd gevolgd, doch kan met bepaalde onderdelen niet akkoord gaan.
- Accelerator vast per ziekenhuis (10%)
  - Waar in het FRZV voorstel het vaste luik van de Accelerator financiering per ziekenhuis wordt toegekend, is dit in het voorstel / ontwerp KB voorzien per bed. Het voorzien van een vast gedeelte per ziekenhuis sluit aan bij de reële kostenstructuur, namelijk een vaste kost waarmee elk ziekenhuis in de implementatie en onderhoud van het EPD mee geconfronteerd wordt, ongeacht de grootte van het ziekenhuis. Het ontwerp KB volgt deze logica voor de Sokkel, maar niet voor het Accelerator gedeelte, hetgeen voornamelijk in het nadeel is van de ziekenhuizen met een lager aantal bedden dan gemiddeld. Het is niet duidelijk waarom men voor de Sokkel wél rekening houdt met een vaste kost per ziekenhuis, maar niet voor de Accelerator. Opvolgende adviezen FRZV/D/464-1, FRZV/D/470-2 en FRZV/D/482-2 geven ten andere ook mee dat ook na 2019 best minimaal 15% van het beschikbare budget vast per ziekenhuis zou blijven omwille van de reële kostenstructuur van het EPD, met de bijkomende suggestie om een

studie in te richten om tot een precieze bepaling van de verhouding vast/variabel te komen.

- Sommige leden geven aan dat bij een eventuele fusie van ziekenhuizen er best overgangsmatregelen zouden zijn opdat een mogelijk negatief impact in de totaliteit tot een minimum kan beperkt worden.

**Advies van de FRZV: verdeling van het budget per ziekenhuis en niet naar rata van de verantwoorde bedden**

- **Accelerator variabel per bed (70%)**
  - Waar in het FRZV 480-2 advies enkel sprake is van het behalen van vijf core criteria als voorwaarde om het volledige luik Accelerator VARIABEL te ontvangen wordt het behalen van deze criteria als voorwaarde voor het bekomen van de helft van het luik Accelerator VARIABEL. Tegelijk is het een noodzakelijke voorwaarde voor het bekomen van de andere helft van het Accelerator luik, waarbij men aan 12 van de 13 mogelijk core criteria moet voldoen om een maximale Accelerator financiering te bekomen. Daarmee liggen de vereisten die het KB aan de Accelerator financiering stelt gevoelig hoger en vergroot de mogelijkheid dat een aantal ziekenhuizen niet over het volledig budget zullen beschikken. Nochtans wijzigt dit niets aan de engagementen die zij tov hun softwareleverancier zijn aangegaan./ Bovendien mogen de ziekenhuizen de functionaliteiten die al dan niet prioritair werden ontwikkeld door hun softwareleverancier, achteraf niet meer aanpassen.
  - Opgelet: twee functionaliteiten, met name functionaliteiten 2 (lijst van problemen) en 5 (geneesmiddeleninteracties) zijn onmogelijk te realiseren, respectievelijk door de problematiek van de SNOMED-codering en het gebrek aan beschikbare nationale bestanden.
  - Criterium 15 (HUB) voor de algemene ziekenhuizen: het aantonen van een 'actieve productie en verbinding met een HUB' heeft in deze een bijzondere status want het is een noodzakelijk criterium in het eerste luik. Dit geeft dit criterium een enorm gewicht, want indien er niet aan wordt voldaan verliest men de volledige accelerator financiering, terwijl dit criterium weinig zegt over de integratie binnen het ziekenhuis, maar eerder over de mogelijkheid tot gegevensdeling met andere actoren en dus eerder valt onder AP5 van het actieplan eGezondheid dan wel onder AP2. Bovendien is het een criterium met een 'open einde'. Vermits eHealth evolueert zullen de vereisten onder dit criterium ook evolueren, met het risico dat de inspanningen die de ziekenhuizen moeten doen om aan dit criterium te voldoen disproportioneel zullen toenemen. Het FRZV in FRZV/D/482-1 bevestigde het belang van gegevensdeling en ging akkoord met het weerhouden van criterium 15 maar adviseerde tegelijk ook om enkel de oorspronkelijke 12.000 euro voorzien via B4 contracten te verbinden aan het halen van dit criterium.

Ondanks het enorme gewicht dat aan dit criterium wordt gegeven is de omschrijving van de subcriteria waaruit dit criterium bestaat voornamelijk kwalitatief, wat tot onzekerheid zal leiden over het al dan niet halen van het criterium in zijn totaliteit en dus over het al dan niet bekomen van Accelerator financiering. Daar waar een subcriterium kwantitatief is uitgedrukt (alle via het hub-metahub systeem

uitgewisselde documenten moeten beschikbaar zijn voor de patiënt) is het streefdoel dan weer absoluut, wat opnieuw tot onzekerheid leidt.

De FRZV merkt op dat de gevraagde e-health services die het ziekenhuis moet gebruiken om aan dit criterium te voldoen (zie voetnoot \*\*\*) in bepaalde gevallen totaal niet gelinkt zijn aan het EPD of aan kwaliteit van zorgverlening. Zo is mogelijk het gebruik van MyCareNet en MediPrima puur gelinkt aan facturatie, waar bovendien niet elk ziekenhuis MediPrima patiënten ten laste neemt. Indien criterium 15 zou behouden worden, pleiten wij zonder meer voor een verdere detaillering van Artikel 55 (lijst van documenten beschikbaar).

- **Functionaliteit 10 (HUB)** voor de psychiatrische ziekenhuizen is moeilijk of zelfs onmogelijk te verwezenlijken, door een grote incompatibiliteit met de medische praktijken. Als die functionaliteit verplicht wordt, zou een groot aantal psychiatrische ziekenhuizen zijn acceleratorfinanciering volledig kwijtraken. Volgens verschillende actoren op het terrein zijn andere functionaliteiten uit de lijst van "psychiatrische ziekenhuizen" niet beter aangepast aan hun sector: isoleren van patiënten, therapeutische wil, geïnformeerde toestemming, langere verblijfsduur dan in algemene ziekenhuizen, opname van bepaalde patiënten onder dwang.

#### **Advies van de FRZV:**

- **70 % van het acceleratorbudget voor ziekenhuizen die bevestigen dat ze minimum 5 functionaliteiten behalen.**
- **Een pro rata voor 5 à 7 (indien ook menu) bijkomende functionaliteiten, vanaf de financiering van 1 juli 2020, snel vast te stellen, in overleg met het begeleidingscomité BMUC.**
- **Criterium 15 mag geen exclusief criterium zijn, waar de volledige acceleratorfinanciering van afhankelijk is.**

De sanctie is duidelijk disproportioneel. De voetnoot \*\*\* wordt voor het acceleratorprogramma 2019 geschrapt.

Voor accelerator 2020: definitie van een realistische actieve verbinding, van een toegangsmatrix en gemeenschappelijke modaliteiten, in samenspraak met het begeleidingscomité BMUC.

Er moet hierin waar nodig een onderscheid worden gemaakt tussen de algemene ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen (waaronder de psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen).

Volgende tabel geeft schematisch de verschillen weer tussen het FRZV advies voor 2019 en de infonota m.b.t. het ontwerp-KB (Verschillen in vetgedrukte tekst en rood gemarkeerd):

FRZV		Infonota m.b.t. het ontwerp-KB	
Sokkel per ziekenhuis	5%	Sokkel per ziekenhuis	5%
Sokkel per bed	10%	Sokkel per bed	10%
Accelerator VAST per ziekenhuis	10%	Accelerator VAST per bed	10%
Accelerator VARIABEL per bed	5 criteria - 70% (prorata mogelijks vanaf 2020 mits snel duidelijke afspraken)	Accelerator VARIABEL per bed	Basis: 5 criteria (waarvan criteria 15 verplicht) - 35% Extra indien basis in orde: (indien aan basis voldaan): 7 extra criteria pro rata - 35%
Early Adopter	5%	Early Adopter	5%

- **Terugvorderingen**

Sommige leden pleiten voor geen terugvorderingen voor budget 2019, en een eventuele toepassing vanaf budget 2020, weliswaar op voorwaarde dat de criteria voldoende op voorhand gekend zijn en de definities en percentages duidelijk.

De Raad verwijst hiervoor naar het vorig advies. Bij een negatieve audit is terugvordering of verrekening mogelijk. De manier en timing waarop budgetten eventueel teruggevorderd worden, moet op voorhand gekend zijn. Het ziekenhuis moet de gelegenheid krijgen om te reageren op de intentie tot terugvordering.

Het moet ook duidelijk zijn op welke manier het teruggevorderde budget herverdeeld wordt over de ziekenhuizen die wel voldoen zodat het budget niet verloren gaat.

De raad betreurd de wijze waarop dit is gebeurd voor de recuperatie van 15% in het budget accelerator 2018.

Terugvorderingen gebeuren op basis van een daadwerkelijke controle van de behaalde resultaten, waarvan de criteria vooraf werden vastgelegd en waarover de FRZV vooraf zijn advies heeft gegeven.

- **Timing en referentieperiode**

In de informatie omtrent het ontwerp-KB die ons bereikte is ivm de timing en de referentieperiode de volgende passage opgenomen:

“De referentieperiode bedraagt één maand van het jaar 2019 naar keuze van het ziekenhuis. De gekozen maand eindigt ten laatste de laatste dag van tweede maand die volgt op de publicatiedatum van dit KB in het staatsblad.”

Dat wil zeggen dat indien de publicatie op korte termijn zou plaatsvinden de ziekenhuizen maar een zeer beperkte periode zouden hebben om nog een aantal zaken bij te sturen, wat misschien de bedoeling kan zijn van de overheid maar toch niet strookt met het herhaaldelijk geformuleerd advies van de FRZV dat de regels van het spel waarin men speelt zo vroeg mogelijk moeten gekend zijn.

Daarenboven bestaat momenteel nog de mogelijkheid dat de Raad van State het ontwerp-KB niet laat passeren, wat toch de nodige onzekerheid met zich meebrengt voor de 2019 financiering en waarover wij onze bezorgdheid wensen uit te drukken.

De Raad van State heeft in het verleden een negatief advies gegeven over het vorige ontwerp van MB met als motivatie dat de Federale Overheden zich moeten beperken tot de organieke wet, de programmatie en de financiering van de ziekenhuizen en hun diensten, alsook ICT- diensten.

De gemeenschappen zijn bevoegd voor de erkenningsnormen.

Overleg met de deelstaten is dus wenselijk om tot een coherent beleid te komen over het geïntegreerd EPD. Daarenboven is de eerstelijnszorg en de thuiszorg de volledige bevoegdheid van de gemeenschappen.

Veel ziekenhuizen zijn afhankelijk van hun leveranciers van EPD-software voor onderhoud, ontwikkeling, antwoordtermijn en kosten voor elke nieuwe aanvraag. Zo zullen bij voorbeeld de vele ziekenhuizen die XPERTHIS als leverancier hebben op min of meer korte termijn kunnen migreren naar de nieuwe informaticoepassing. Indien die ziekenhuizen zich tot andere leveranciers zouden wenden, moeten ze ook rekening houden met de termijnen die inherent zijn aan de procedures voor overheidsopdrachten, wat een bijkomend obstakel zou vormen voor het in overeenstemming brengen van de BMUC-functionaliteiten.



**Advies van FRZV: bv. een maand van 2019, of desgevallend van 2020, die ten laatste eindigt op de laatste dag van de 6<sup>de</sup> of van de 12<sup>de</sup> maand na de dag van publicatie van het koninklijk besluit in het Belgisch Staatsblad.**

#### **4. Early Adopter 2019**

De FRZV gaat met akkoord het voorgestelde percentage (5%), doch verwijst opnieuw voor de voorwaarden naar het BC, waarbij het belangrijk is dat de criteria en definities dezelfde zijn dan deze voor de accelerator (doch sneller en/of vollediger zinvol worden gebruikt) en naar het advies van 26/10/2017 aangaande bijkomende voorwaarden waaronder een te plafoneren bedrag per ziekenhuis.

#### **5. Budget 2019**

De FRZV herinnert aan de prioritaire behoefte die voor begrotingsdoelstelling 2019 was geïdentificeerd, namelijk de toekenning van een 2e schijf van 40 miljoen euro (zie advies FRZV/D/475-4, dd. 14 juni 2018 en FRZV/D/482-1, dd. 11 oktober 2018).

#### **6. Vanaf 2020**

Perspectief voor volgende stappen en timing, eveneens uit te werken in samenspraak met het BC BMUC.

De FRZV pleit ervoor dat ook na 2019 minimaal 15% van het beschikbare budget vast per ziekenhuis blijft omwille van de reële kostenstructuur van een EPD (Eventueel kan een prospectieve studie dienaangaande meer duidelijkheid brengen hoe deze verhouding in realiteit is).

Blijvende sterke rol BC BMUC.

De gebruikte parameters moeten voorafgaandelijk gevalideerd worden op vlak van eenduidige definitie, haalbaarheid naar implementeerbaarheid & meetbaarheid en een afgesproken referentieperiode, alvorens deze in de financiering te hanteren.

Het lijkt aangewezen om de criteria voor de volgende 3 jaar vast te leggen, zodat duidelijk is wat op middellange termijn wordt verwacht en de komende jaren ook tijd kan besteed worden aan het uitwerken van langetermijndoelstellingen.

Tot slot waardeert de Raad het blijvend engagement van de overheid om de nog in detail

te definiëren voorwaarden in te vullen (in samenspraak met het Begeleidingscomité BMUC), alvorens de nieuwe criteria zullen ingepast moeten worden in de technologische agenda's van de ziekenhuizen en eveneens het belang aan de gelijkwaardigheid in partnerschap bij het uitwerken van het toekomstige proces.

**Voorstel opdeling 2020 FRZV samengevat**

FRZV	2019	FRZV	2020
Sokkel per ziekenhuis	5%	Sokkel per ziekenhuis	0%
Sokkel per bed	10%	Sokkel per bed	0%
Accelerator VAST per ziekenhuis	10%	VAST per ziekenhuis	15%
Accelerator VARIABEL per bed	5 criteria - 70%	Accelerator VARIABEL per bed	Basis: 5 criteria - 45% Extra: (indien aan basis voldaan): 7 extra criteria pro rata - 35% (waaronder criteria 15)
Early Adopter	5%	Early Adopter (duidelijke definitie en omschreven taken / voorwaarden zijn cruciaal – zie hiervoor advies van 26/10/2017 met onder andere te plafoneren bedrag per ziekenhuis)	5%/

Indien een correcte timing voor financiering 2020 wil beoogd worden, zouden volgende stappen minstens dienen gevolgd te worden:

- Kenbaar maken getoetste, duidelijke en realistische criteria in samenspraak met BC BMUC: September 2019.
- Periode implementatie: vanaf oktober 2019.
- Een door de instelling te kiezen maand in de periode van januari – april 2020.

- Implementatie budget: juli 2020.

## 7. Samengevat:

Het moet duidelijk zijn dat voor de FRZV volgende elementen cruciaal zijn voor een correcte implementatie en financiering van het acceleratorprogramma EPD:

- Proces en timing:

De gebruikte parameters moeten voorafgaandelijk gevalideerd worden op vlak van eenduidige definitie, haalbaarheid naar implementeerbaarheid & meetbaarheid en een afgesproken referentieperiode, alvorens deze in de financiering te hanteren.

- Terugvorderingen:

Terugvorderingen gebeuren op basis van een daadwerkelijke controle van de behaalde resultaten. Terugvorderingen zouden maximaal moeten voorkomen worden door duidelijke en ruim op voorhand gekende criteria, definities en percentages. De manier en timing waarop budgetten eventueel teruggevorderd worden, moeten op voorhand gekend zijn en een transparante voorafgaandelijke communicatie is belangrijk.

- Verschil algemene en psychiatrische ziekenhuizen:

Op vlak van de criteria dient er rekening te worden gehouden met de bestaande situaties tussen de algemene en psychiatrische ziekenhuizen. De voorgestelde toekomstige werking van het BC BMUC in 2 subgroepen die zeker samen blijvend de gemeenschappelijke elementen opvolgen, kan hiertoe bijdragen.

- Criteria 15 (algemene ziekenhuizen) / 10 (andere ziekenhuizen, waaronder de psychiatrische):

Het uitwisselen van gegevens tussen alle zorgverleners (ook transmuraal) is cruciaal voor een goede samenwerking in functie van optimale zorgverlening, patiëntveiligheid en efficiëntie. Doch dit momenteel als sleutel tot quasi de volledige financiering van een geïntegreerd (grotendeels intramuraal) patiëntendossier is buiten alle proportie.

- Opdeling financieringsbudget:

De FRZV pleit ervoor dat minimaal 15% van het beschikbare budget vast per ziekenhuis blijft omwille van de reële kostenstructuur van een EPD. Het stapsgewijs optrekken van het minimaal aantal criteria voor de basis financiering voor het variabele gedeelte kan zeker gevolgd worden. Doch de doelstelling van accelerator als stimulator en motivator moet zeker gewaarborgd blijven met een realistische en gefaseerd optrekken van de voorwaarden.

***Bijlage: bemerkingen ontvangen van een aantal experts uit de sector op vlak van criteria en andere technische elementen in het voorstel / ontwerp KB welke verder dienen besproken en uitgeklaard te worden door het BC BMUC.***

Definitie van de functionaliteiten - Tellers - Noemers: nog onbevredigend, niet eenduidig, of niet relevant.

Uit verschillende uitwisselingen met onze aangeslotenen, algemene en psychiatrische ziekenhuizen, blijkt dat de definities van de functionaliteiten, tellers en noemers, niet altijd op dezelfde manier worden begrepen door de verschillende ziekenhuizen, en bijgevolg nog steeds tot discussie kunnen leiden.

Wat de psychiatrische ziekenhuizen betreft, lijken de functionaliteiten bedacht te zijn voor de acute/somatische sector en bijgevolg vrij ver af te staan van de specifieke aspecten van de geestelijke gezondheid: therapeutische wil, gedwongen opname en geïnformeerde toestemming, isoleren van bepaalde patiënten (adolescenten), grote afhankelijkheid van de algemene ziekenhuizen die diensten verlenen, overwicht van het criterium "geneesmiddel", minder pregnant in de geestelijke gezondheidszorg. De lijst van de documenten sluit meer aan bij de algemene ziekenhuizen (ontslagbrief, operationele protocollen, medische beeldvormingsprotocollen, medisch-technische onderzoeken, anesthesierapport, gespecialiseerde adviezen, resultaten van de klinische biologie, etc.) dan bij de psychiatrische ziekenhuizen.

De manieren om die functionaliteiten te meten veranderen regelmatig, zonder de instellingen vooraf te informeren, terwijl er zeer herhaaldelijk om stabiliteit werd gevraagd om ze in de beste omstandigheden te kunnen implementeren.

De evolutie van de inhoud van de functionaliteiten roept ook vragen op. De oorspronkelijke definitie van de BMUC's vermeldde enkel een evolutie van het percentage, waardoor het mogelijk was om een nauwkeurige implementatieplanning op te stellen. Met de nieuwe voorstellen wordt ook de inhoud ervan gewijzigd, wat beschouwd kan worden als het veranderen van de spelregels tijdens het spel.

Enkele voorbeelden:

Functionaliteit 4 "Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen" en 6 "Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen": het meetcriterium is gewijzigd. Deze functionaliteiten werden voorheen geëvalueerd op basis van het aantal "geautomatiseerde" bedden. Nu wordt er voorgesteld om ze te evalueren op basis van de verblijven. Het gaat hier dus ook om een nieuwe formule, die niet noodzakelijk meer in overeenstemming is met het uitrolplan per dienst geagendeerd door de ziekenhuizen, en die drempel effecten met zich meebrengt. Ze zou dus verduidelijkt moeten worden vooraleer ze onmiddellijk aan de financiering wordt gekoppeld.

Functionaliteit 9 "Elektronisch invoeren van aanvragen (beeldvorming, labo, advies)": de exhaustiviteit van die aanvragen die tijdens het verblijf elektronisch worden uitgevoerd, is nog lang niet in alle ziekenhuizen operationeel. Ondanks het feit dat het ziekenhuis één van die drie aanvragen mag kiezen,

stelt santhea voor om te blijven meten hoe vaak ze voorkomen bij 30% van de patiënten, en niet bij 50% zoals aangegeven.

Functionaliteit 12 "Geïnformeerde toestemming": deze functionaliteit kan niet worden gemeten en uitgedrukt in percentage, door het ontbreken van een exhaustieve lijst van procedures die toestemming vereisen en die eenduidig geïdentificeerd zijn (ICD10-codes of RIZIV-codes). Er moet dan ook tewerk worden gegaan zoals voor functionaliteit 13 (registratie van de therapeutische wil van de patiënt), met vermelding van hun aanwezigheid (>0).

Functionaliteit 15 "Communicatie met HUB's en eHealth": de meeste ziekenhuizen die klant zijn van Xperthis zullen toch niet kunnen voldoen aan deze functionaliteit. De interactie met de HUB's impliceert namelijk dat multidisciplinaire toegang en toegang door de patiënt mogelijk is (bijlage art. 55), waarin Xperthis pas zal kunnen voorzien met de toekomstige versie 19.2, die in september geleverd zou moeten worden, en waarvan nog niet geweten is wanneer de uitrol zal gebeuren.

De "Menu"-functionaliteiten zijn ook het onderwerp geweest van tal van opmerkingen en vragen om verduidelijking:

Algemene ziekenhuizen

Functionaliteit 3.2: aantal patiënten voor wie de locatie en de trajectstatus beschikbaar zijn tijdens hun verblijf op de spoedevallendienst,

Psychiatrische ziekenhuizen

Functionaliteit 1: Wat is de betekenis van "gestructureerde resultaten"?

Functionaliteit 2: Is het realistisch om de patiënt toe te staan informatie aan zijn of haar dossier toe te voegen?

Functionaliteit 4: Wat wordt er precies verstaan onder "therapieplanning"?

Functionaliteit 5: Vraag om verduidelijking over "andere maatregelen dan segregatie die de fysieke vrijheid beperken"?

Algemeen beschouwd zien we een aantal problemen wat betreft de vorm, een aantal ongerijmdheden zoals bij voorbeeld onjuiste titels, verschillen in beschrijvingen voor eenzelfde criterium in de bijlagen "Accelerator" en "Early Adopter", terwijl de tellers en de noemers identiek zouden moeten zijn. Er werden regelmatig vragen gesteld in die zin, zowel aan de FRZV als aan het begeleidingscomité BMUC.

We hebben ook een aantal transcriptiefouten opgemerkt in het document "Algemene ziekenhuizen - Accelerator", zoals de foute benaming "Module voor verpleegkundige zorgplanning" in plaats van "Elektronische ontslagbrief" voor functionaliteit 10.

We hebben gemerkt dat er verwarring was tussen de titels voor de kolommen "Accelerator" en "Early Adopter".

Ten slotte zou er ook voor wat meer duidelijkheid gezorgd kunnen worden wat betreft de perimeter van de klassieke daghospitalisatie, of de partiële hospitalisatie, in de geestelijke gezondheid.

Voor de financieringscriteria **EPD 2019 moeten de percentages voor het bereiken** van elke functionaliteit (laatste kolom "Bijlage 19 quater Accelerator") beperkt worden tot **30%**: dat moet vermeld worden in ons FRZV-advies, en beperkt zijn tot 30% in de laatste kolom van de bijlage (percentage dat bereikt moet worden in het kader van de financiering EPD 2019):

Voor de algemene ziekenhuizen:

De basisfunctionaliteiten F1 (unieke patiëntidentificatie), F10 (ontslagbrief), F14 (server om te raadplegen), F15 (communicatie met HUB's) en alle 'Menu'-functionaliteiten moeten van 80% in deze bijlage op 30% worden gebracht.

De basisfunctionaliteiten F9 (elektronisch invoeren van aanvragen) en F11 (vitale parameters) moeten van 50% in deze bijlage op 30% worden gebracht.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen:

De basisfunctionaliteiten F1 (unieke patiëntidentificatie), F7 (ontslagbrief), F10 (communicatie met HUB's) en F14 (registratie observaties patiënt) moeten van 80% in deze bijlage op 30% worden gebracht. De basisfunctionaliteit F11 (multidisciplinaire info) moet van 70% in deze bijlage op 30% worden gebracht.

De basisfunctionaliteiten F12 (interdisciplinair behandelingsplan) en F15 (resultaten externe onderzoeken) moeten van 60% in deze bijlage op 30% worden gebracht.

Daarnaast moet de basisfunctionaliteit F12 van de algemene ziekenhuizen / F8 van de psychiatrische ziekenhuizen ("**geïnformeerde toestemming**") van 30% op ">0" worden gebracht.

[Er zou zeker ook gekeken moeten worden naar de percentages in bijlage "19 quinquies" (Early adopter 2019) om te zien of ze niet te hoog zijn.]



service public fédéral  
**SANTÉ PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**Direction générale Soins de Santé  
Service Legal Management  
Conseil fédéral des établissements de soins**

VOTRE LETTRE DU

VOS RÉF.

NOS RÉF. CFEH/C/11-2019

DATE 20/06/2019

ANNEXE(s) 1 NL/FR

CONTACT VINCENT HUBERT

E-MAIL: VINCENT.HUBERT@HEALTH.FGOV.BE

A l'attention de Mme De Block

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
et de l'Asile et la Migration

Tour des Finances - Boulevard du Jardin Botanique  
50/175

1000 Bruxelles

**OBJET : AVIS D'INITIATIVE DU CFEH SUITE À LA NOTIFICATION CONCERNANT LA PROPOSITION DE FINANCEMENT DU DPI VIA LE BMF ET SUITE DU PROGRAMME ACCÉLÉRATEUR DÉBUT 2019**

Madame la Ministre,

Je vous prie de bien vouloir trouver en annexe l'avis repris sous rubrique.

Cet avis a été discuté lors de la réunion plénière du 13 juin 2019, et ratifié par le Bureau à cette même date.

Le Conseil souhaite vous préciser que le financement BMF dévolu à la mise en place du dossier patient informatisé (DPI) représente moins de 10% de la totalité des coûts d'informatiques.

Relativement à la mise à disposition des informations reprises dans le dossier des patients, le Conseil rappelle la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient ; il importe que le patient ait donné préalablement son consentement au partage d'informations qui le concerne.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, recevez, Madame la Ministre, l'assurance de ma considération distinguée.

Au nom du Président du CFEH,

Margot Cloet

Le Secrétaire,

Pedro Facon

.be

