

Persbericht
Brussel, 20 december 2012

Slotvergadering van de ronde tafel over de “informatisering in de gezondheidszorg” **Voorstelling van het actieplan**

Op 22 oktober jongstleden ging een ruim overleg van start over de verdere ontwikkeling van informatisering in de gezondheidszorg. Het uitgangspunt voor het overleg was een oriëntatienota die Minister L. Onkelinx heeft voorgelegd met goedkeuring van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Tijdens de afgelopen twee maanden hebben ca. 300 personen, allen stakeholders die de sector vertegenwoordigen, constructief en creatief hun kennis en verwachtingen gebundeld met het oog op het ontwikkelen van een performant e-gezondheidssysteem waarbij de patiënt centraal staat.

Deze Ronde Tafel heeft op die twee maanden een concreet actieplan e-gezondheid opgesteld voor de komende vijf jaar.

De resultaten van dit overleg werden vandaag, 20 december 2012, aan de bevoegde ministers voor volksgezondheid voorgesteld. Ze zullen het voorwerp uitmaken van een overleg in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 28 januari 2013 en de basis vormen voor een samenwerkingsakkoord.

Het actieprogramma is opgebouwd rond vijf pijlers

- de uitwisseling van gegevens door zorgverleners op basis van een gemeenschappelijke architectuur ontwikkelen
- een grotere betrokkenheid en kennis van de patiënten over e-gezondheid realiseren
- een referentieterminologie uitwerken
- administratieve vereenvoudiging en efficiëntie realiseren
- een flexibele en transparante governance structuur invoeren waarin alle bevoegde overheden en stakeholders betrokken zijn.

Dit actieplan vormt een duidelijk kader waarin de concrete en meetbare doelstellingen voor de komende vijf jaar zijn opgenomen.

Minister L. Onkelinx benadrukte dat de diensten aangeboden in het kader van de informatisering van de gezondheidszorg een echte toegevoegde waarde moeten betekenen voor zowel de patiënten als de zorgverleners. Het is volgens haar belangrijk om de tijd te nemen om uitleg te geven over de nieuwe manieren van werken, om te overtuigen en om ze te doen aanvaarden. Het medisch en paramedisch personeel moet vrijgesteld kunnen worden van overbodige en overbodige administratieve taken zodat ze zich volledig kunnen concentreren op de patiënt.

In zijn tussenkomst beklemtoonde de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, gezondheid en gezin, dat e-Health een verbindende factor is in een gefragmenteerde gezondheidszorg. Hij onderlijnde dat het actieplan een belangrijke bijdrage levert in de zoektocht naar een consensus voor een samenwerkingsakkoord tussen alle overheden in 2013.

Meer info

Op de site van de ronde tafel eHealth: www.RTReH.be
Als bijlage : het actieplan

Contact

- Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid: de h. Chris De Coster 0475 244 788
- eHealth: de h. Frank Robben 0476 879 648
- RIZIV: Dr. Ri De Ridder 0479 952 510

**Actieplan
voorgesteld aan de
Ronde tafel
van 20 december 2012**

ACTIEPLAN e-GEZONDHEID 2013 -2018

Voorwoord

*Dit actieplan kwam tot stand door een enorme inspanning van zeer veel mensen op zeer weinig tijd.
De Ronde Tafel eHealth startte op 22 oktober 2012 en het Actieplan wordt voorgesteld op 20 december 2012.*

Alle betrokken stakeholders namen enthousiast deel: administraties met diverse federale, gewestelijke en gemeenschapsbevoegdheden, diverse instellingen en organisaties, zorgverstrekkers uit de eerste en tweede lijn. Tijdens de kick-off meeting en de vijf 'use case vergaderingen' hebben bijna 300 vertegenwoordigers constructief en creatief hun kennis en verlangens gebundeld met het oog op meer performante e-gezondheidssystemen.

'Transversaal', 'transparant' en 'trust' zijn de drie sleutels die het succes van deze Ronde Tafel kunnen verklaren.

- De aanpak was praktijkgericht en ging dwars doorheen de schotten die vaak de samenwerking afremmen tussen de verschillende stakeholder groepen, allerlei beslissingsorganen en diverse bevoegdheden. Die 'transversale' aanpak weerspiegelt de realiteit: de patiënt verwacht zorg te krijgen die continu en zonder dat soort remmende grenzen wordt verstrekt.*
- De deuren van de vergaderingen stonden open voor al wie een competente en constructieve bijdrage wilde leveren aan de Ronde Tafel. De teksten werden met open vizier besproken. De agenda en de doelstellingen waren duidelijk en elke mening werd aandachtig beluisterd en zo goed mogelijk verwerkt.*
- Naarmate de Ronde Tafel vorderde werd duidelijk wat we konden bereiken door samen te werken en in elkaar te vertrouwen. Zoals het een goed overleg betaamt, werd zelfs in (politiek) moeilijke momenten het hoofd koel gehouden, werd rustig en waardig geargumenteerd en bleef men zoeken naar een voor iedereen aanvaardbare compromis.*

Ik dank oprecht de diverse kabinetten en administraties voor hun vertrouwen, maar vooral alle mensen die hebben bijgedragen tot het eindresultaat dat vandaag wordt voorgesteld.

Dirk Broeckx – Opdrachthouder RTRH – 20 december 2012

Als resultaat van de besprekingen in de Ronde Tafel werden drie documenten opgesteld :

Het Actieplan : De meest essentiële, algemene actiepunten. Deze vormen het actieplan in de strikte zin van het woord, door iedereen onderschreven.

Bijlage 1 : Een zeventigtal voorstellen van actiepunten die de neerslag vormen van de vijf use cases. De oorspronkelijke nummering staat nog aangegeven bij de titels in het Actieplan. Deze voorstellen vullen het actieplan aan. Ze vormen een concreet uitgangspunt voor het uitvoeren van het actieplan; ze vormen de leidraad bij het uitvoeren van de diverse deelprojecten, maar dienen daarbij nog verder verfijnd of aangepast te worden.

Bijlage 2 : bevat diverse bijlagen, waarvan de eerste concrete voorstellen bevatten voor actieplannen en projecten, ingediend door de diverse deelnemers aan de Ronde Tafel.

De bijlagen worden alleen op de website gepubliceerd : www.RTRH.be

Hoofdstuk I: Essentiële actiepunten

A. Een referentie architectuur uitwerken en zich concentreren op enkele welomschreven projecten

Gegevens delen binnen de eerstelijns en de ziekenhuizen

- 3 1. GMD = EMD en het delen van relevante medische gegevens
- 3 2. Ontwikkelen van een ziekenhuis EPD
- 4 3. Gegevens afgeleverde medicatie en Medicatieschema
- 4 4. Veralgemeend elektronisch voorschrijven
- 5 5. Gegevens delen via hub-meta-hub

Aanvullende ontwikkelingen: chronische zorg, thuiszorg, rustoorden, psychiatrie, enz.

- 5 6. Ontwikkelen van een 'minimaal EPD'
- 6 7. Psychiatrische en andere instellingen en hub-meta-hub
- 6 8. Invoeren van een uniform evaluatie-instrument (BelRAI)
- 6 9. Aanpassen van de reglementering en van de financiering als incentives voor het gebruik

B. De patiënt betrekken en de parate kennis over e-gezondheid vergroten

- 7 10. Toegang tot de gegevens door de patiënt
- 7 11. Parate kennis en inzicht over e-gezondheid vergroten
- 7 12. e-Gezondheid opnemen in de opleiding

C. Een referentieterminologie uitwerken

- 8 13. Realisatie van een nationaal terminologiebeleid

D. De administratie en de communicatie faciliteren

- 9 14. MyCareNet
- 9 15. Een specifiek actieplan voor de harmonisering en administratieve vereenvoudiging
- 10 16. Traceerbaarheid van medische hulpmiddelen e.a.
- 11 17. Veralgemeend gebruik van de eHealthBox (en CoBRHA)
- 11 18. Inventaris en consolidatie registers

E. Een effectief overleg invoeren

- 12 19. Governance structuur e-Gezondheid
- 13 20. Monitoring van de Uitvoering van het Actieplan
- 14 BIJLAGE Verduidelijking MyCareNet

Essentiële actiepunten

De globale doelstelling van dit actieplan is het veralgemenen van het gebruik van e-gezondheidsdiensten rond de patiënt tegen uiterlijk 2018.

A. Een referentiearchitectuur bepalen en de inspanningen op enkele wel omschreven projecten concentreren

Het actieplan werkt eerst en vooral de principes uit van een gemeenschappelijke architectuur voor alle prioritaire projecten met de bedoeling hun convergentie te garanderen : single sign on, een identieke connector voor allen, uniforme interfaces en communicatiestandaarden (web services, KMEHR), bepalen van de modaliteiten voor het delen van de geïnformeerde toestemming en de therapeutische relaties (via hubs & metahub), de rolverdeling officialiseren.

Een technisch referentiekader publiceren binnen hetwelke de prioritaire projecten zich moeten ontwikkelen. (Governance → Q1 2013 : een document dat de fundamentele technische keuzes samenvat)

Vervolgens zullen de prioritaire projecten bevestigd worden en moeten deze gefinaliseerd worden. Deze projecten worden immers ondersteund met financiële incentives en een aangepast reglementair kader. Voorrang zal verleend worden aan projecten die een duidelijke meerwaarde bieden voor de medische zorgverlening aan de patiënten.

Identificatie/bevestiging van de prioritaire projecten, definitie van de resultaatobjectieven en van de incentives die toelaten deze te behalen. (Governance → Q1 2013)

Gegevens delen binnen de eerstelijns en de ziekenhuizen

1. GMD = EMD en het delen van relevante medische gegevens (Actiepunt: 2.2.1.)

(Timing: 1 januari 2015. NB: de timing en percentages kunnen trapsgewijs opgebouwd worden)

Verantwoordelijken: artsen, RIZIV, FOD VVVL, Gewesten/Gemeenschappen, eHealth Platform. Meten: % EMD t.o.v. GMD; aantal verzonden en ontvangen SUMEHR, aantal informaticapremies)

*GMD-houder zijn voor een patiënt houdt in (verplichting) om voor die patiënt, als hij zijn informed consent geeft, de voor de patiënt en andere zorgverstrekkers **relevante pathologiegegevens systematisch in een SUMEHR bij te houden en deze te delen** (via Vitalink of Inter-Med).*

*Dit veronderstelt ook **dat elke zorgverstrekker zijn deel van de gegevens** die zo worden gedeeld up-to-date houdt (bv. medicatieschema, vaccinatieschema, enz.).*

*Dit leidt ertoe dat alle medische gegevens die relevant zijn voor het uitoefenen van hun zorgtaak zullen gedeeld worden met andere zorgverstrekkers. Een **planning** daarvoor wordt vastgelegd tegen 2014.*

- *Dit dient parallel te gebeuren met een systematische afbouw van administratieve verplichtingen (zie verder).*
- *De nodige interoperabiliteit tussen Vitalink en Inter-Med wordt bewaakt.*
- *De functie GMD houder wordt gevaloriseerd door de gegevensuitwisseling tussen de behandelende geneesheren en de houder van het GMD wettelijk te verplichten.*

2. Ontwikkelen van een ziekenhuis EPD (Actiepunt: 2.2.7.)

(Timing: zie tekst. Verantwoordelijken: FOD, RIZIV, eHealth platform, Informaticadiensten ziekenhuizen, Softwareleveranciers. Meten: Het % ziekenhuizen dat de medische dossiers, de MKG en de registers (semi-) automatisch structureert en codeert met behulp van de referentieterminologie).

De bedoeling van dit actiepunt is elk ziekenhuis van een minimaal elektronisch patiëntendossier te voorzien.

Dit dossier moet gestructureerd en gecodeerd zijn, gegevens moeten semi-automatisch kunnen geïntegreerd worden, ontslagbrieven en terugbetalingsaanvragen (RIZIV) moeten semi-automatisch kunnen geproduceerd worden,) de verschillende registers (Implantaten, Orthoprider, Qermid, enz.) evenals de MKG moeten semi-automatisch kunnen ingevuld worden. Het systeem moet toelaten medische praktijkrichtlijnen te bekomen (Evidence Based Medicine, zorgtrajecten).

a. het **EPD van de ziekenhuizen wordt voorzien van een minimale dataset** per discipline voor maximale uitwisseling van informatie, gebaseerd op de standaarden, conform het terminologiebeleid (zie verder) met het oog op de uniformiteit van structuur en codering. (Zie verder actiepunt 13).

- Tegen eind 2014 zijn voor alle EPD-gerelateerde gegevensverzamelingen voor derden de regels voor mapping naar de standaardtaal uitgewerkt.
- Tegen eind 2015 zijn de criteria betreffende de minimale relevante inhoud van het (elektronisch) patiëntendossier bepaald, ingevoerd tegen eind 2016
- Tegen eind 2016 is de structuur van de minimale inhoud van het elektronisch patiëntendossier bepaald, invoering tegen eind 2017.
- Tegen eind 2017 is de minimale inhoud van het elektronisch patiëntendossier beschikbaar in standaardtaal.
- Tegen uiterlijk einde 2017 gebeuren alle registraties (MZG/RCM, implantaten,...) die in 2012 al waren vastgelegd vanuit het EPD van een ziekenhuis via **systeem-tot-systeem-communicatie**.
- Voor **nieuwe types registratie**, vastgelegd vanaf 2013, wordt (1) voorafgaand in het Overlegplatform (cfr. actiepunt Governance) afgesproken welke gegevens effectief minimaal nodig zijn, vanuit de doelstelling dat deze gegevens automatisch moeten kunnen worden afgeleid uit de primaire processen in het ziekenhuis, (2) wordt meteen bewaakt dat de transmissieprotocollen zoveel mogelijk generisch zijn.

b. Het EPD dient over een aantal **basisfunctionaliteiten** te beschikken die dezelfde zijn voor alle ziekenhuizen:

- Tegen eind 2014 zijn de basisfunctionaliteiten waarover een elektronisch patiëntendossier dient te beschikken bepaald, invoering tegen eind 2017
- Tegen einde 2014 worden **ontslagbrieven** elektronisch vanuit het EPD van een ziekenhuis geregistreerd binnen het systeem hubs & metahub (dus voor ongekende bestemming).
- Vanaf einde 2016 kan het EPD van het ziekenhuis (als daarin een elektronisch medicatieschema is voorzien) de **ontslagmedicatie** elektronisch versturen naar Vitalink/Inter-Med. (Zie verder actiepunt 3)

c. De stakeholders organiseren zich voor het maken van de nodige afspraken

3. Gegevens afgeleverde medicatie en medicatieschema (Actiepunt: 2.14.1.)

(Timing: 2013: GFD-DPP als Authentieke bron van de afleveringen en Vitalink/Inter-Med als authentieke bron voor het medicatieschema. 2014: Delen patiëntendossiers farmaceutische zorg; registratie van interventies rond en delen van gegevens rond de farmaceutische zorg; implementatie van een gestandaardiseerd formaat voor gegevensdeling tussen woonzorgcentra en apotheken / 2015: Veralgemeende toepassing van een gestandaardiseerd medicatieschema. Meten: Aantal apotheken aangesloten aan GFD-DPP / Aantal registraties in de authentieke bron van de afleveringen / Aantal patiënten met farmaceutisch zorgdossier bij opname en ontslag van het ziekenhuis / Indicatoren van de Simple Medication Reviews / Aantal woonzorgcentra met actieve gegevensdeling naar de apotheken)

Uitwisseling van gegevens rond op naam van de patiënt afgeleverde geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten, inclusief genotificeerde medische implantaten, die het mogelijk maken om door de officina-apotheker aan alle patiënten een 'Simple Medication Review' te bieden. Creëren van de **authentieke bron van alle afgeleverde medicatie** door in het Gedeeld Farmaceutisch Dossier alle afleveringen in de officina- en ziekenhuisapotheken te registreren. De **patiëntendossiers rond de farmaceutische zorg systematisch delen** voor specifieke doelgroepen en bij opname en ontslag van het ziekenhuis.

4. Veralgemeend elektronisch voorschrijven (Actiepunt 2.1.2.)

(Timing: januari 2014 & 2015. Verantwoordelijken: Recip-e, betrokken stakeholders. Meten: % elektronische voorschriften / totaal aantal voorschriften)

a. Vanaf januari 2014 worden **geneesmiddelenvoorschriften** die met een gelabelde zorgverstrekkerssoftware of vanuit een ziekenhuis EPD worden gemaakt (voor ambulante zorg / buiten het ziekenhuis) automatisch naar Recip-e verzonden wanneer een internetverbinding beschikbaar is.

b. Vanaf januari 2015 worden **zorgvoorschriften voor kinesitherapie en verpleegkunde, labo voorschriften en voorschriften voor medische beeldvorming** die met een gelabelde zorgverstrekkerssoftware of vanuit een ziekenhuis EPD worden gemaakt (voor ambulante zorg / buiten het ziekenhuis) automatisch naar Recip-e verzonden wanneer een internetverbinding beschikbaar is.

c. In 2013 wordt de timing vastgelegd, volgens dewelke Recip-e ook veralgemeend gebruikt wordt in rustoorden, thuisverpleging en ziekenhuizen (polikliniek). Daartoe wordt (cfr. punt 4) een codeset voor resultaten geïmplementeerd in de zorgverstrekkerssystemen en worden ook de aanvraagcodes gestandaardiseerd en waar dit zinvol is ook de koppeling aan bestaande ordercommunicatie en afspraaksystemen.

5. Gegevens delen via hubs & metahub (Actiepunt 2.3.2. en 2.4.5.)

(Timing: zie tekst. Verantwoordelijken: FOD VVVL, betrokken zorgverstrekkers, ziekenhuizen en labo's, eHealth Platform, softwareleveranciers. Meten: gebruik)

a. Vanaf 1 januari 2014 zullen **alle raadplegingsverslagen, ontslagbrieven en operatieverslagen of de overeenstemmende berichten en gegevens** van een patiënt die zijn informed consent heeft gegeven toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem voor de gemachtigde zorgverleners zowel in een intramurale als extramurale omgeving.

b. De **intramurale en extramurale laboresultaten** van patiënten die een informed consent hebben gegeven zullen vanaf 1 januari 2015 toegankelijk zijn **via het hubs & metahub systeem, hetzij Vitalink of Inter-Med** zowel in een intramurale als extramurale omgeving.

c. De **intramurale en extramurale verslagen van medische beeldvorming** van patiënten die een informed consent hebben gegeven zullen in principe vanaf 1 januari 2015 toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem hetzij Vitalink of Inter-Med zowel in een intramurale als extramurale omgeving.

(NB: een planmatig vastgelegd, groeiend percentage van relevante gestructureerde documenten / verslagen zal elektronisch uitgewisseld worden).

Aanvullende ontwikkelingen voor chronische zorg, thuiszorg, rustoorden, psychiatrie, enz.

Het doel van volgende actiepunten is het ontwikkelen van een aantal digitale 'tools', specifiek bedoeld voor het delen van patiëntdossiers bij chronische zorg, zorgtrajecten, thuiszorg, in WCZ/CSC, psychiatrie enz. Dit betekent het ondersteunen van een multidisciplinaire aanpak op basis van de bijzondere behoeften van de patiënten.

De belangrijkste tools zijn :

- een Elektronisch Patiëntendossier (EPD): een 'coördinatiedossier', dat gegevens coördineert die door verschillende zorgberoepen en welzijnswerkers aangebracht en gebruikt worden
- het BelRAI instrument, dat de nodige gestandaardiseerde schalen moet bevatten, nodig voor de verschillende soorten zorgbehoefte.

Daarbij wordt voorzien dat men – ook hier – werkt met de generische architectuur (hubs & metahub / kluizen), systemen en standaarden, die de invoer van – zoveel mogelijk gestandaardiseerde – gegevens en hergebruik ervan voor diverse doeleinden (zorgcoördinatie, administratie, registers, enz.) vergemakkelijken en die de multidisciplinaire samenwerking en communicatie ondersteunen, onder meer in het kader van zorgcircuits en zorgnetwerken.

6. Ontwikkelen van een 'minimaal EPD' (Actiepunt: 2.2.5)

(Timing: 2014 -2017. Verantwoordelijken: artsen, eHealth Platform, softwareleveranciers, FOD DG2,...)

Ontwikkelen en systematisch gebruik van een '**minimaal EPD** (gedefinieerd per zorgberoep) waarin elke zorgverlener gestructureerde gegevens opneemt en dat volledig gericht is op het delen en gezamenlijk gebruiken ervan, samen met andere zorgverstrekkers (die toegangsrechten hebben).

Deze gegevens stemmen ook overeen met de dataset die gebruikt wordt voor het voeden van registers. Vanaf 1 januari 2014 worden alleen nog data opgevraagd voor registers die geautomatiseerd opgeladen kunnen worden vanuit het 'minimaal EPD'.

NB : Begin 2015 zijn de vaccinatiegegevens van de inwoners van België beschikbaar via eHealth. De ICT systemen van K&G, Schoolgeneeskunde en het EMD van de huisarts zijn optimaal gekoppeld aan dit systeem.

(Meten: vastleggen van de architectuur en standaarden; effectieve realisatie; effectief gebruik).

7. Psychiatrische en andere instellingen en hubs & metahub (Actiepunt 2.8.2)

(Timing: 1 januari 2016. Verantwoordelijken: betrokken instellingen en zorgverstrekkers, eHealth Platform, softwareleveranciers, FOD. Meten: realisatie en gebruik)

Tegen 2016 zullen niet enkel **acute**, maar ook **psychiatrische en andere Instellingen** aan het **hubs & metahub systeem** gekoppeld worden met inachtneming van de bescherming van de privacy en de regels inzake beroepsgeheim.

8. Invoeren van een uniform evaluatie-instrument (BelRAI) (Actiepunt 2.7.1)

(Timing: 1 juli 2017. Verantwoordelijken: Terminologiecentrum, Softwareleveranciers, FOD Volksgezondheid, Gemeenschappen en Gewesten, EPD-Gebruikers, Passendaelewerkgroep, eHealth (KMEHR), ziekenhuizen.

Meten: realisatie en gebruik)

In 2013 zal door de Federale overheid, in samenwerking met de Gewesten en Gemeenschappen een meerjarenplan voor de ontwikkeling, de implementering en het gebruik van het BelRAI-instrument, voor de sectoren thuiszorg, acute ziekenhuiszorg en palliatieve zorg worden opgemaakt.

a. De eerste en belangrijkste implementatievoorwaarde is dat we behoefte hebben aan een **gemoduleerd of “getrapt” systeem** zodat voor minder zwaar zorgbehoevenden niet de volledige BelRAI ingevuld moet worden. (cfr. de pre-module, die in Vlaanderen ontwikkeld wordt).

b. Een tweede implementatievoorwaarde is dat we moeten **vermijden dat zorgverstrekkers dezelfde informatie in verschillende systemen moeten inbrengen**. Het is van groot belang dat er een link bestaat met reeds bestaande elektronische dossiers: het EMD en de e-zorgplannen, e-dossiers, MyCareNet.

c. Derde implementatievoorwaarde: BelRAI moet ook leiden tot gebruik binnen de **thuiszorg** en moet dienstig zijn **voor het bepalen van alle soorten zorgafhankelijkheid**, ook in de welzijnssector.

d. Een vierde implementatievoorwaarde is het eenduidig vastleggen van **de relevante parameters** (zie verder actiepunt 12).

e. De participatie van de huisartsen en de andere zorgverleners is nodig. Een garantie op eenmalige input van gegevens is een belangrijke incentive. Mogelijks zijn nog andere hefboomen noodzakelijk.

9. Aanpassen van de reglementering en van de financiering als incentives voor het ICT-gebruik (Actiepunt 1.1.1.)

(Timing: vanaf begin 2014. Verantwoordelijken: FOD, RIZIV, Overeenkomstencommissies stakeholders. Meten: afsluiten en uitvoeren akkoorden; aanpassing van de reglementering)

Met gesloten budget wordt de bestaande financiering aangepast zodat deze onder de vorm van incentives het gebruik van alle e-gezondheidssystemen aanmoedigen. De organieke wetgeving wordt aangepast om een kader te creëren voor het gebruik van e-gezondheidssystemen. Toekomstige incentives moeten steeds gericht zijn op het aanmoedigen van **het effectieve en veralgemeende gebruik** en **het behalen van welomschreven resultaten** waarbij de zorgmeerwaarde (“meaningfull use”, incl. efficiëntiewinsten) in rekening worden gebracht binnen de volledige zorgcontext.

B. De patiënt betrekken en de parate kennis over e-gezondheid vergroten

De mogelijkheid voor de patiënt om toegang te krijgen tot zijn/haar gegevens volgens de vastgelegde regels is een natuurlijke incentive voor de productie van kwalitatieve informatie en de regelmatige actualisering ervan door de zorgverleners. De patiënt zorgt namelijk voor een “natuurlijke” audit van de gegevens die op hem/haar betrekking hebben

Door een breed debat, goede communicatie en het systematisch opnemen van e-gezondheid als onderdeel van elke opleiding, moet de parate kennis over e-gezondheid, het nut, de werking en het natuurlijke gebruik van de diverse systemen aanzienlijk verbeterd worden.

10. Toegang tot de gegevens door de patiënt (Actiepunt: 1.2.3)

(Timing: 2013. Verantwoordelijken: allen. Meten: effectieve toegang voor de patiënten).

a. Er moet voorzien worden in een laagdrempelige toegang voor de burger tot zijn patiëntendossier via een patiëntenportaal, evenals in de mogelijkheid voor de patiënt om toevoegingen en bemerkingen te geven op de gegevens in zijn dossier.

b. De nadere regels (standaardregels, termijn, patiëntencategorieën enz.) voor de toegang tot de gegevens door de patiënt zullen in de loop van 2013 het voorwerp uitmaken van validatietests in een reële omgeving door de vrijwillige hubs en met de financiële steun van de FOD Volksgezondheid. De conclusies van die tests zullen worden besproken binnen het Forum eGezondheid (cfr.19), die de noodzakelijk geachte wettelijke en reglementaire aanpassingen zal uitvoeren.

c. In elke dossier heeft vanaf 1.1.2014 elk gegeven een auteur. De patiënt wordt de auteur van de gegevens die hij ingevoerd heeft.

11. Parate kennis en inzicht over e-gezondheid vergroten (Actiepunt: 1.2.1.)

a. Er komt een ruim maatschappelijk debat over welke zorgverstrekkers toegang moeten krijgen tot welke gegevens, waarbij de vraag van toegang tot bepaalde gegevens door een bepaalde beroepsgroep wetenschappelijk onderbouwd en proportioneel is. En daarbij opstellen van een ‘rooster’ wat (EBM) zinvol toegankelijk moet zijn voor elk type zorgverstrekker (en wat niet). (cfr. de ‘grille’ van RSW)

b. Hierbij aansluitend komt er een brede mediacommunicatie over de toegankelijkheid van data met bewustmaking van de patiënten hoe de systemen voor elektronische uitwisseling van gegevens werken. (Meten: bestaan en implementatie van het rooster).

12. e-gezondheid opnemen in de opleiding (Actiepunt: 1.4.1. en 1.4.2.)

(Timing: 2015. Verantwoordelijken: FOD Onderwijs en Arbeid)

a. Een vak ‘e-gezondheid’ in elke opleiding in de gezondheidszorg (artsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, enz.) van x uren / x studiepunten.

b. Opnemen van e-gezondheid in de competentieprofielen van de diverse zorgberoepen. (Meten: aantal uren / studiepunten).

c. Vanaf 1 januari 2014 wordt de accreditering van de artsen uitgebreid met een rubriek 11 voor ICT-EMD (minimaal 2CP). (NB.: deze behoren dus niet tot de rubriek ‘ethiek en gezondheidseconomie’).

d. In elke accreditering / navorming van elke zorgverstrekker wordt verplicht 2 uren per jaar /2 CP accrediteringspunten voorzien voor specifieke opleiding over het concrete gebruik van e-gezondheidsdiensten (EMD, enz.).

(Meten: aantal uren / accrediteringspunten).

C. Een referentieterminologie uitwerken

Er moet een strategie uitgewerkt worden voor een medische terminologie die de tegenstellingen tussen de eerstelijns en de tweedelijns overstijgt, die overwegend gericht is op de kliniek en die het hergebruik van de gegevens binnen een administratieve en wetenschappelijke context toelaat. De overheden moeten ophouden met het opleggen van uiteenlopende codificaties binnen de multipale registers. Een groep experts zal de strategie ter zake moeten bepalen en bewaken.

13. Realisatie van een nationaal terminologiebeleid (Actiepunt 3.1.1.)

(Timing: progressieve ontwikkeling 2013 - 2017. Verantwoordelijken: CEBAM; FOD VVVL; RIZIV; WIV; eHealth platform; gebruikers. Meten: het gebruik van de terminologieserver),

a. Alle bestaande en toekomstige inspanningen rond het ontwikkelen van de nodige standaarden op vlak van terminologie en communicatiestandaarden worden voortaan gecoördineerd in een nationaal **'terminologiebeleid'** en toevertrouwd aan een **'nationaal terminologiecentrum'** dat de nodige tools, onder meer een **terminologieserver**, ontwikkelt, onderhoudt en ter beschikking stelt.

Hier worden alle standaarden en coderingssystemen bijeengebracht, nodig om de semantische interoperabiliteit te vergroten bij de elektronische communicatie, in principe zowel voor het federale, het gewestelijke als het gemeenschapsniveau.

b. Om interoperabiliteit tussen de gegevens binnen de gezondheidssector te garanderen, wordt er een medische referentiethesaurus gecreëerd die voornamelijk ontwikkeld is **op basis van de SNOMED-CT-terminologie**, met de steun van experts uit alle betrokken sectoren en volgens een wetenschappelijk gevalideerde methode in **werkgroepen die bestaan uit experts van het werkveld** voor de verschillende sectoren en gegevenscategorieën, met een aangepaste granulariteit, zodat kan worden voldaan aan de specifieke behoeften van de verschillende sectoren, en op basis van een financiële raming.

Het gaat om een incrementeel ontwikkelingsproces, waardoor er vanaf eind 2013 een aantal therapeutische domeinen en prioritaire functionaliteiten zullen kunnen worden gebruikt op het terrein, gevolgd door een graduele uitbreiding in fasen. Die domeinen en functionaliteiten zullen begin 2013 worden vastgelegd in een incrementeel ontwikkelingsplan dat op de verschillende gebruikers is afgestemd. Het doel van die aanpak is

- een snelle ontwikkeling garanderen, in nauwe samenwerking met de gebruikers op het terrein (de zorgverleners, de instellingen, de administraties en de wetenschappelijke wereld);
- in de dagelijkse praktijk van de gebruikers – zodra de ontwikkeling is gestart – de werking van de verschillende elementen van het systeem (interface, terminologie, 'mapping', enz.) tonen, testen en verbeteren;
- de mogelijkheid om het ontwikkelingsplan en de verschillende elementen van het systeem aan te passen aan de evolutieve behoeften van de gebruikers en aldus de aanvaarding en opnemering van het principe van gestandaardiseerde en gecodeerde registraties in de praktijk van alle zorgverleners te bevorderen.

c. Het geheel aan codificatiesystemen die heden ten dage voor diverse doeleinden worden gebruikt, zal **progressief «gemapt» worden** (inclusief de systemen gelinkt aan de terugbetaling zoals de RIZIV nomenclatuur). Elk nieuw concept dat wordt voorgesteld zal moeten gedefinieerd worden in functie van deze referentiethesaurus.

De 'mapping' van de verschillende codificatiesystemen die in België gebruikt worden met deze referentiethesaurus zal gebeuren onder de exclusieve verantwoordelijkheid van de betrokken overheden en moet gefinaliseerd zijn ten laatste in 2017. Deze 'mapping' laat automatische vertalingen onderling toe.

d. Om het gebruik van die semantische bron te vergemakkelijken zou een geprogrammeerde interface in elk systeem naar de terminologieserver de norm moeten worden. In afwachting daarvan zullen de betrokken overheden uiterlijk in juni 2014 een **gebruikersinterface** ter beschikking stellen van alle informatiesystemen, die goed in de informaticasystemen van de gebruikers moet worden geïntegreerd en aldus op basis van de EMD's/EPD's zal kunnen worden gebruikt, waardoor een semantische zoekopdracht in de voornaamste landstalen mogelijk zal zijn.

e. De uitbouw van een elektronisch platform in de vorm van een gratis online kennisbank met Evidence-Based praktijkrichtlijnen en algemene EBM informatie. Deze wetenschappelijke gegevens worden vanuit een EMD

rechtstreeks toegankelijk. Dit platform is vlot doorzoekbaar en helpt de zorgverlener at the point of care op eenvoudige en efficiënte wijze de juiste informatie te vinden in het brede EBM aanbod.

D. De administratie en de communicatie faciliteren

De administraties en de verzekeringsinstellingen moeten zicht ertoe verbinden om niet langer het gebruik van papieren formulieren te verplichten en veeleer een elektronisch alternatief toe te laten. De wetgeving moet aangepast worden om de patiënten beter te beschermen tegen eventuele druk die zou worden uitgeoefend door de werkgevers of verzekeraars.

In de loop van 2013 dient elke administratie de volledige regelgeving na te kijken op mogelijke remmingen ten aanzien van e-gezondheid. Meteen wordt ook gekeken waar hergebruik van gegevens en andere vormen van administratieve vereenvoudiging kunnen worden toegepast.

14. MyCareNet (Actiepunt 5.)

- a. Door de **facturatedienst** kan elke instelling of zorgverstreker op elektronische wijze via het netwerk het facturatiebestand, opgesteld in het kader van het derde betaler, overmaken.
 - b. De **dienst verzekeraarheid** geeft de toelating aan elke instelling of zorgverstreker om de informatie (verzekeraarheid en afgeleide rechten) van de zorgbegunstigde te raadplegen om een correcte facturering in het kader van de derdebetaler te kunnen uitvoeren.
 - c. De **medisch-administratieve dienst** biedt zorgverleners en VI's de mogelijkheid om op elektronische en beveiligde wijze "medisch-administratieve" informatie uit te wisselen.
 - d. De **dienst beheer van het GMD** laat de raadpleging toe van het recht op een GMD van de patiënt, de notificatie van de opening van een GMD en de raadpleging van de lijst patiënten voor dewelke een arts het GMD bijhoudt.
 - e. De dienst **beheer van hospitalisatie** verzorgt de uitwisselingen van informatie tussen het ziekenhuis en de verzekeringsinstelling in het kader van het administratief beheer van de hospitalisatie
- Voor elk van deze diensten wordt in bijlage een gedetailleerd actieplan voorzien.

15. Een gecoördineerd actieplan voor de harmonisering en administratieve vereenvoudiging

(*Timing* : voorjaar 2013. *Verantwoordelijken*: de administraties die te maken hebben met beroepsrisico's en invaliditeit (Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV, DG Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid, Fonds voor Arbeidsongevallen, Fonds voor Beroepsziekten, MEDEX, enz.) ; verzekeringsinstellingen; eHealth platform. *Meten*: het % elektronische verzendingen / de totaliteit van de verzendingen.

In de eerste helft van 2013 zullen de administraties samen met de verzekeringsinstellingen een **gecoördineerd actieplan** voorstellen met de bedoeling om alle initiatieven rondom administratieve vereenvoudiging en de bijhorende gegevensstromen op een SMART wijze uit te werken.

Voor zover mogelijk **zullen de bestaande diensten worden gebruikt** (eHealth Box, hubs & metahub, enz.). De projecten moeten maximaal en op korte termijn uitmonden in een reële vereenvoudiging voor de zorgverleners en de verzekerden (**quick win**).

De standaardisatie, harmonisatie en maximale integratie van de systemen die kunnen gebruikt worden voor de digitale transmissie van gegevens, attesten en andere documenten tussen de betrokken partijen (arbeidsgeneesheren, adviserende geneesheren, behandelende geneesheren en specialisten, controlegeneesheren, patiënten, administraties, enz.). De gebruikers moeten kunnen beschikken over een zo eenvoudig en uniform mogelijke interface. Elk systeem moet systematisch gegevens die reeds werden geregistreerd of opgeslagen kunnen hergebruiken om zoveel mogelijk elke vorm van dubbele registraties te vermijden (principe van « **only once** »).

Van meet af aan zijn de **prioriteiten**:

- informatisering van het RIZIV invaliditeitsdossier (project IDES) ;
- informatisering van de medische attesten voor de verzekeringsinstellingen en MEDEX ;

- de tool voor de communicatie tussen de adviserende geneesheren, de behandelende geneesheren en de arbeidsgeneesheren in de context van het "Plan Back to Work" (gedeeltelijke werkhervatting/ behoud van het werk) ;
- informatisering van de gegevensuitwisseling tussen zorgverstrekkers en administraties bij het samenstellen van dossiers voor aanvragen tot tegemoetkoming voor de sociaal verzekerden (elektronische aanvraagformulieren voor FBZ, DG PH en MEDEX).

Iedere betrokken administratie zal een verantwoordelijke aanduiden voor de uitvoering van dit actieplan.

16. Traceerbaarheid van medische hulpmiddelen e.a. (Actiepunt: 1.2.1.)

(NB: dit punt behelst ook andere domeinen waar traceerbaarheid nodig is: geneesmiddelen, bloed en organen, enz.) (timing nog te controleren cf. FOD/UNAMEC)

De nodige acties worden ondernomen teneinde in regel te zijn met het ontwerp (26.9.2012) van de nieuwe Europese verordening voor medical devices waarin volgende verplichtingen voorzien worden rond traceerbaarheid:

- de verdelers van medical devices moeten in staat zijn zowel hun leveranciers als afnemers te identificeren;
- de fabrikanten moeten hun devices voorzien van een unieke identificatiecode die de traceerbaarheid ervan moet toelaten. Deze "Unique Device Identification" (UDI) zal progressief geïmplementeerd worden, rekening houdend met de risicoklasse van de devices;
- de fabrikanten, erkende vertegenwoordigers en invoerders moeten zich registreren evenals de devices die zij op de Europese markt brengen in een centrale Europese database.

De UDI zal in Europa op nationaal vlak ingevoerd worden vanaf 2014, met een overgangsperiode van 3 jaar. Dit geldt voor alle medical devices, niet enkel voor implantaten. Het gaat om ongeveer 1.5 miljoen referenties (te vermenigvuldigen met individuele serie- en lotnummers).

Volgende data hebben we in België beschikbaar die mogelijks gebruikt kunnen worden om in afwachting toch aan een verhoogde traceerbaarheid te werken:

1. Notificatielijst RIZIV van implantaten (reeds meer dan 325.000 implantaten ingevoerd)
2. Nominatieve lijsten en identificatiecodes terugbetaalde implantaten (RIZIV)
3. Verplichte Qermid-registratie voor terugbetaling via RIZIV: pacemakers, defibrillatoren, endoprothesen, coronaire stents
4. Facultatieve registratie Orthopride
5. Lijst van alle erkende open en gesloten officina's (FAGG)
6. Lijst van alle erkende verdelers van medische hulpmiddelen (FAGG)
7. INSZ-nummer

Indien we alle bestaande gegevens benutten en aan elkaar linken, kunnen we tot een snelle, economische en effectieve verhoging van de traceerbaarheid komen in afwachting van de UDI.

(Timing: 2014 – 2017. Verantwoordelijken: FOD; RIZIV; stakeholders. Meten: ...).

Een werkgroep dient volgende punten te evalueren en **een concreet actieplan** op te stellen voor de invoering van de verplichte volledige traceerbaarheid:

- a. Kunnen de implantatenlijsten (1 & 2) gebruikt worden om in een Qermid-registratie (3) onder te brengen?
- b. Kan Orthopride (4) omgezet worden naar een Qermid-applicatie?
- c. Lijst van gekende implantaten-afnemers (5) uitbreiden tot uitzonderingen (esthetische klinieken, tandartsen, oftalmologen,...)
- d. Verplichting opleggen aan de verstrekkers om zich enkel bij het FAGG erkende distributeurs (6) te bevoorraden.
- e. Qermid is momenteel enkel aan terugbetaalde implantaten en ziekenhuizen gelinkt. Moet bruikbaar zijn voor alle verstrekkers en voor alle implantaten.
- f. Niet alle Qermid-data dienen in de traceerbaarheidstoepassing te zitten, enkel implantaat-ID (en eventuele explant-ID) en datum.
- g. Implantaat moet ook gelinkt kunnen worden aan patiënten die niet over een Belgisch INSZ-nummer beschikken (7).

17. Veralgemeend gebruik van de eHealthBox (en CoBRHA) (Actiepunt 1.14.2. en 1.14.1.)

Het doel van dit actiepunt is in de eerste plaats het veralgemenen van het gebruik van de eHealthbox voor de contacten met de overheid. Het tweede doel is het vergemakkelijken van elk contact of uitwisseling van gegevens, rechtstreeks tussen twee zorgverstrekkers (of instellingen). Dit laatste veronderstelt dat naast de authentieke bronnen van individuele gebruikers er ook authentieke bronnen van andere, erkende entiteiten worden voorzien in CoBRHA.

(Timing: 31 december 2013. Verantwoordelijken: allen. Meten: bestaan en effectief gebruik van het systeem: CoBRHA, eHealthBox,...).

a. Vanaf 2014 (en voltooid tegen 2016) **gebeurt de communicatie tussen zorgverstrekkers en overheidsdiensten in principe via de (persoonlijke) eHealthBox**. (Hiervoor wordt per sector een stappenplan bepaald in 2013, waarin omschreven wordt voor welke relevante soorten informatie de uitwisseling via eHealthBox zal gebeuren).

b. Bij het verzenden van berichten vanuit een (gehomologeerd) systeem is elke zorgverstrekker zeker dat wat verstuurd wordt ook **effectief ontvangen en gelezen** wordt. Naast het veralgemeend gebruiken van de eHealthBox (met toevoeging van een 'out of office' functie – voorzien vanaf april 2013) wordt een systeem ontwikkeld waarmee een zorgverstrekker een indicatie krijgt of een andere zorgverstrekker zijn inkomende berichten regelmatig opvolgt of niet.

c. Vanaf 1 juni 2013 beschikt ook elke **huisartsenwachtpost** over een erkenning als instelling met een eigen eHealthBox, waarmee berichten ontvangen en verstuurd kunnen worden.

d. De nodige authentieke bronnen worden voorzien, zodat vanaf 2014 ook andere instellingen, zoals **groepspraktijken, apotheken, LMN**, enz. over een eigen eHealthBox kunnen beschikken, waarmee berichten ontvangen en verstuurd kunnen worden.

e. (Timing: 31 december 2013. Verantwoordelijken: -Project: eHealth platform / Ehealth Authentic Source Workgroup -Authentieke bronnen: RIZIV, FOD, Gewesten en Gemeenschappen, KBO, FAGG, ... Meten: minder dan 5 minuten om een aanpassing door te voeren)

Een « **uniek digitaal loket** », eenvoudig te gebruiken, die de gegevens van CoBRHA gebruikt, Ter beschikking stellen van het kadaster van de zorgverleners (CoBRAH) door het eHealth platform in 2013.

18. Inventaris en consolidatie registers (Actiepunt 3.2.1)

(Timing: 2013. Verantwoordelijken: Forum eGezondheid (cfr.19), alle betrokken stakeholders, FOD, RIZIV, NIC, WIV-ISP, Vitalink en RSW, Gemeenschappen en Gewesten. Meten: effectief gebruik van de voorziene tools).

a. Een formulier met de beschrijving van een register wordt uitgewerkt en verspreid over alle betrokken instanties. **Het geheel van de bestaande registers vormt het onderwerp van een inventaris** onder de verantwoordelijkheid van het WIV en moet beëindigd worden ten laatste in september 2013. Deze inventaris omvat minstens de precieze omschrijving van de gegevens die verzameld worden, hun status (facultatief of niet), hun formaat, de gebruikte codificaties (al dan niet proprietary), het type gebruiker, de betrokken instellingen en elke overige onmisbare contextuele informatie.

b. De gegevens die moeten aangeleverd worden voor de verschillende registers zullen gegroepeerd worden per beroepsgroep / instelling. Ze worden opgenomen in een **lastenboek** dat voor de eerste keer zal gepubliceerd worden in 2014 en jaarlijks zal bijgewerkt worden ten behoeve van de software leveranciers.

c. Er worden criteria opgesteld voor de **Governance** over de uitwerking van elk nieuw register door de VZW Forum eGezondheid (cfr. 19) in samenwerking met het WIV en verdeeld over alle betrokken overheden en instellingen.

d. Een **consolidatie van het geheel aan gegevens, een analyse voor wat betreft redundantie en de uitwerking van een basisarchitectuur** zullen beëindigd worden tegen december 2013. Gegevens die geregistreerd worden via « proprietary systemen » die niet compatibel zijn met de referentiestandaarden (waaronder de semantische) zullen progressief vervangen worden volgens een welbepaalde kalender, die zal afgesproken worden tussen de beheerders van de standaarden en de beheerders van de registers.

e. Na overleg tussen enerzijds het WIV, en anderzijds Vitalink en RSW, zal bepaald worden welke types van medische gegevens (nodig voor de opdrachten van het WIV) in de toekomst zouden kunnen overgemaakt worden vanuit Vitalink en RSW, zodat deze niet opnieuw moeten geregistreerd worden door de zorgverleners. (Timing: analyse van de behoeften in 2014, uitwerking in 2015. Verantwoordelijken: WIV-ISP, Vitalink en RSW)

f. In de context van de gegevensverzameling door het WIV-ISP, **worden aan de zorgverleners enkel nog gegevens gevraagd die nog niet zijn aanwezig zijn binnen het Hubs & MetaHub systeem, Vitalink of RSW.** De beschikbare gegevens binnen het Hubs & MetaHub systeem worden rechtstreeks geëxtraheerd. (Specifiek : gegevensinzameling door het WIV; Meten: % gegevens die bekomen worden via Hubs & MetaHub. Timing: 2015. Verantwoordelijken: WIV-ISP, Vitalink en RSW)

g. Elk register met **secundaire doelstellingen** (niet louter klinisch) zal van gegevens voorzien worden vanaf juni 2015 via een system-to-system communicatie (web services).

h. In de context van de gegevensverzameling door het WIV-ISP, zullen de gegevens die reeds beschikbaar zijn binnen Vitalink, Inter-Med en de elektronische dossiers van ambulante of gehospitaliseerde patiënten overgemaakt worden volgens een technische architectuur die identiek is aan deze van het hubs & metahub systeem.

i. Een concrete oplossing wordt uitgewerkt teneinde de nodige anonieme gegevens te kunnen hergebruiken van de **gegevens die in een kluis** (Vitalink, Inter-Med) werden opgeslagen. Dit punt dient opgelost te worden vanuit de keuze van een geschikte generische architectuur, gebaseerd op het hubs & metahub principe (TEKST NOG AAN TE VULLEN DOOR AVDB cfr. URREG).

E. Een effectief overleg invoeren

Het aantal overlegorganen en vergaderingen moet beperkt worden zodat de actoren van het terrein de mogelijkheid krijgen om er actief in betrokken te worden.

19. Governance e-Gezondheid (Actiepunt 1.6.2.)

Na het overleg in het kader van de Ronde Tafel e-Gezondheid kan geconcludeerd worden dat er, met respect voor de bevoegdheden van ieder beleidsniveau, nood is aan een transparante en flexibele governance e-Gezondheid, op basis van volgende elementen:

- a) Er is vooreerst het beheerscomité van het e-Healthplatform dat in zijn werking behouden blijft. Het wordt noodzakelijk geacht om in het Beheerscomité van het platform , naast de bestaande partners, ook vertegenwoordigers van de Gemeenschappen en Gewesten op te nemen.
De Gemeenschappen en Gewesten zouden, binnen de doelstellingen van het platform, zodoende ook de mogelijkheid hebben om opdrachten aan het e-Health-platform toe te vertrouwen.
Binnen het platform worden de nodige afspraken gemaakt om acties te coördineren zodat dubbel gebruik wordt vermeden en een eenheid van aanpak wordt gegarandeerd voor de verschillende e-Healthdossiers (bvb op het vlak van systemen, architecturen en standaarden).
Deze gecoördineerde aanpak moet voor de patiënt een naadloze overgang tussen de verschillende verzorgingsinstellingen - en diensten mogelijk maken over alle grenzen heen.
Het e-Healthplatform staat in voor de concrete uitvoering en opvolging van de projecten die aan het platform worden toegewezen. Hiervoor beschikt zij over de nodige toegewezen beslissingsbevoegdheid.
Het platform krijgt ter realisatie van zijn opdrachten een financiering van zijn opdrachtgevers. De middelen worden beheerd door het e-Healthplatform en worden aangewend voor de toegewezen opdrachten.
- b) Een forum voor e-Gezondheid
Er bestaat nood om naast het beheerscomité ook een brede betrokkenheid van de verschillende actoren te verzekeren (zorgverstrekkers, verzekeringsinstellingen, patiënten, industrie, federale en regionale overheden, ...) om een toekomstgerichte dialoog over de prioriteiten te ontwikkelen.
Dit forum moet in de toekomst de mogelijkheid hebben om verder te reflecteren over de nood aan acties ter realisatie van de e-Gezondheid. Het forum dient met andere woorden ook een continue voortzetting van de Ronde Tafel e-Gezondheid te zijn.

Het forum waakt over de uitvoering van de acties die het gevolg zijn van de reflecties die in de schoot van het forum worden gevoerd, voor zover deze kaders in de strategie die door de Interministeriële Conferentie voor Gezondheidszorg wordt goedgekeurd.

In dit verband dienen de rol van de vzw ecare en van het Comité van gebruikers van het ehealthplatform te worden verduidelijkt en desgevallend samengevoegd onder één forum.

- c) De stuurgroep, die het sturend orgaan was voor de Ronde Tafel e-Gezondheid, waarin de verschillende overheden werden vertegenwoordigd, dient in zijn bestaan te worden verlengd zolang de Gemeenschappen en Gewesten niet officieel in het eHealth-platform zijn vertegenwoordigd. De stuurgroep heeft tot taak om de uitvoering van de roadmap te verzekeren en efficiënte oplossingen voor te stellen met betrekking tot probleemsituaties.

De nadere modaliteiten voor de samenwerking tussen de verschillende overheden op het vlak van governance, worden geregeld in een samenwerkingsakkoord. Deze modaliteiten hebben zowel betrekking op de betrokkenheid bij het beheer als op de wijze van financiering.

20. Monitoring van de Uitvoering van het Actieplan (Actiepunt 1.1.5.)

(Timing: 2013 - 2014. Verantwoordelijken: de Governance organen. Meten: opstellen en opvolgen van de boordtabel)

De Governance organen ontwikkelen de indicatoren die de voortgang aantonen van de sleutelaspecten van het actieplan, zowel wat betreft de activiteiten als het gebruik, alsook zo snel mogelijk, van de resultaten (klinische en economische weerslag, kennisproductie enz.). Een **boordtabel met al deze indicatoren** wordt tegen 2014 opgesteld. **De Governance organen monitoren** op basis van deze boordtabel de realisatie van het Actieplan.

14. Diensten Mycarenet

14.1. Facturatie

Door de facturatedienst kan elke instelling of zorgverstrekkers op elektronische wijze via het netwerk het facturatiebestand, opgesteld in het kader van het derde betaler, overmaken.

14.1.1. Actiepunt: Facturatie via MyCareNet voor Laboratoria

Timing: verplichting vanaf 1 juli 2013, uitrol is in progress

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, Laboratoria

Meten: ten laatste 1 juli 2013 factureren alle labo's via MyCareNet

14.1.2. Actiepunt: Facturatie via MyCareNet voor woonzorgcentra (RVT- ROB)

Timing: in productie sinds 2010, uitrol is in progress

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, woonzorgcentra (RVT- ROB)

Meten: 2 jaar na de afschaffing papieren facturen voor de RVT's en ROB's die MyCareNet gebruiken zullen alle RVT's en ROB's factureren via MyCareNet.

14.1.3. Actiepunt: Facturatie en Tarificatie via MyCareNet voor artsen

a. Facturatie

Timing: facturatie door de artsen via MyCareNet is ter beschikking in 2014

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, artsen

Meten: ten laatste 3 jaar nadat de eerste arts een factuur via MyCareNet verstuurt, gebruiken alle artsen MyCareNet voor hun facturatie aan de VI's

b. Tarificatie via MyCareNet voor artsen

Timing: Tesamen met de facturatie voor artsen, wordt ook de tarificatie via MyCareNet ter beschikking gesteld van de artsen.

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, artsen

Meten: alle artsen die MyCareNet gebruiken voor facturatie, maken ook gebruik van de dienst Tarificatie via MyCareNet

14.1.4. Actiepunt: facturatie via MyCareNet voor kine

Timing: facturatie door de kine via MyCareNet is ter beschikking in 1 jaar na de vereenvoudiging van de nomenclatuur

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, kine

Meten: ten laatste 3 jaar nadat de eerste kine een factuur via MyCareNet verstuurt, gebruiken alle kine's MyCareNet voor hun facturatie aan de VI's

14.1.5. Actiepunt : Facturatie via MyCareNet voor tandartsen

Timing: facturatie door de tandartsen via MyCareNet is ter beschikking in 2015

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, artsen

Meten: ten laatste 3 jaar nadat de eerste tandarts een factuur via MyCareNet verstuurt, gebruiken alle tandartsen MyCareNet voor hun facturatie aan de VI's

14.1.6. Actiepunt: Facturatie via MyCareNet voor alle andere zorgverstrekkers in 3^{de} betaler

- *Timing: ten laatste in 2016 kunnen alle zorgverstrekkers die in 3^{de} betaler werken factureren via MyCareNet (dit is niet van toepassing voor de apotheken, die een ander circuit gebruiken).*

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, de betrokken groepen zorgverstrekkers

Meten: ten laatste in 2019 gebruiken alle zorgverstrekkers die in 3^{de} betaler werken MyCareNet voor hun facturatie

14.1.7. Actiepunt: Facturatie via MyCareNet voor alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen

De ziekenhuizen en psychiatrische instellingen gebruiken vandaag het verouderde CareNet voor hun facturatie. Dit wordt vervangen door het moderne MyCareNet, zodat voor de administratie met de mutualiteiten op dezelfde manier gecommuniceerd kan worden als met alle andere diensten met toegevoegde waarden via het eHealth Platform.

Timing: vanaf 2013 kunnen de ziekenhuizen en psychiatrische instellingen factureren via MyCareNet, eind 2014 dienen alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen te factureren via MyCareNet

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, ziekenhuizen, psychiatrische instellingen.

Meten: vanaf 2015 factureren alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen via MyCareNet

14.2. Verzekerbareid/rechten van de patiënt

De dienst verzekerbareid geeft de toelating aan elke instelling of zorgverstrekker om de informatie (verzekerbareid en afgeleide rechten) van de zorgbegunstigde te raadplegen om een correcte facturering in het kader van de derdebetaler te kunnen uitvoeren.

14.2.1. Actiepunt: Verzekerbareid via MyCareNet voor Apotheken

Timing: beschikbaar sinds 2011, uitrol is in progress

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, apotheken

Meten: vanaf juli 2013 werken alle apotheken met MyCareNet in plaats van de SIS kaart

14.2.2. Actiepunt: Verzekerbareid via MyCareNet voor Laboratoria

Timing: beschikbaar sinds 2010, uitrol is in progress

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, labo's

Meten: alle labo's die MyCareNet gebruiken voor hun facturatie, gebruiken de dienst verzekerbareid van MyCareNet ter voorbereiding van de facturatie.

14.2.3. Actiepunt: Verzekerbareid via MyCareNet voor woonzorgcentra (RVT- ROB)

Timing: beschikbaar sinds 2010, uitrol is in progress

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, RVT's, ROB's

Meten: alle RVT's, ROB's die MyCareNet gebruiken voor hun facturatie, gebruiken de dienst verzekerbareid van MyCareNet ter voorbereiding van de facturatie

14.2.4. Actiepunt: Verzekerbareid via MyCareNet voor artsen

Timing: komt beschikbaar in 2013, is verplicht te gebruiken in context van sociale 3^{de} betaler vanaf 1 januari 2014, maakt deel uit van de homologatiecriteria voor de artsenpakketten voor 2013

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, artsen

Meten: alle artsen die sociale 3^{de} betaler toepassen gebruiken vanaf 2014 de MyCareNet dienst verzekerbareid

14.2.5. Actiepunt: Verzekerbareid via MyCareNet voor kine

Timing: komt beschikbaar in 2013, is verplicht te gebruiken in context van sociale 3^{de} betaler vanaf 1 januari 2014

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, kine's

Meten: alle kine's die sociale 3^{de} betaler toepassen gebruiken vanaf 2014 de MyCareNet dienst verzekerbareid

14.2.6. Actiepunt: Verzekerbareheid via MyCareNet voor tandartsen

Timing: komt beschikbaar in 2013, is verplicht te gebruiken in context van sociale 3^{de} betaler vanaf 1 januari 2014

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, tandartsen

Meten: alle tandartsen die sociale 3^{de} betaler toepassen gebruiken vanaf 2014 de MyCareNet dienst verzekerbareheid

14.2.7. Actiepunt: Verzekerbareheid via MyCareNet voor alle andere zorgverstrekkers in 3^{de} betaler

Timing: komt ten laatste beschikbaar in 2014, is verplicht te gebruiken in context van sociale 3^{de} betaler vanaf ter beschikkingstelling

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, zorgverstrekkers

Meten: alle zorgverstrekkers die sociale 3^{de} betaler toepassen gebruiken ten laatste eind 2014 de MyCareNet dienst verzekerbareheid

14.2.8. Actiepunt: Verzekerbareheid via MyCareNet voor alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen

De ziekenhuizen en psychiatrische instellingen gebruiken vandaag het verouderde CareNet voor de consultatie Verzekerbareheid. Dit wordt vervangen door het moderne MyCareNet, zodat voor de administratie met de mutualiteiten op dezelfde manier kan gecommuniceerd worden als met alle andere diensten met toegevoegde waarden via het eHealth Platform.

Timing: vanaf 2013 kunnen de ziekenhuizen en psychiatrische instellingen de Verzekerbareheid raadplegen via MyCareNet, eind 2014 dienen alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen de Verzekerbareheid te raadplegen via MyCareNet

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, ziekenhuizen, psychiatrische instellingen.

Meten: vanaf 2015 zullen alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen de Verzekerbareheid raadplegen via MyCareNet

14.2.9. Actiepunt: Verzekerbareheid via MyCareNet en de KSZ voor alle OCMW

OCMW's gebruiken de verzekerbareheid/rechten van de patiënt als deel van de sociale enquête. Ook in de context van het project eCarMed dienen de OCMW's na gaan of hun cliënt sociaal verzekerd is.

Timing: eind 2013 zal de verzekerbareheid via MyCareNet aangeboden worden aan de OCMW's, die deze kunnen raadplegen via de KSZ.

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, KSZ, OCMW's

Meten: in 2014 consulteren alle OCMW's de verzekerbareheid van hun cliënten middels MyCareNet via de KSZ

14.2.10. Actiepunt: BIM statuut via MyCareNet en de KSZ voor aanbieders sociale tarieven (De Lijn, NMBS, regio's, ...)

Timing: in de loop van 2013 biedt de KSZ aan de aanbieders sociale tarieven (De Lijn, NMBS, regio's, ...) informatie betreffende het BIM-statuuut van hun klanten

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, KSZ, aanbieders sociale tarieven

Meten: ten laatste vanaf 2014 hebben de aanbieders met sociale tarieven op het moment dat ze het nodig hebben voor de periode die hen aanbelangt de meest accurate informatie met betrekking het BIM statuut van hun klanten.

14.3. Medische akkoorden

De medisch-administratieve dienst biedt zorgverleners en VI's de mogelijkheid om op elektronische en beveiligde wijze "medisch-administratieve" informatie uit te wisselen.

14.3.1. Actiepunt: Medische akkoorden Medicijnen Hoofdstuk 4 via MyCareNet

a. Raadpleging voor apotheken en ziekenhuizen

De dienst "raadpleging akkoord hoofdstuk 4" is beschikbaar voor apothekers in een ambulante omgeving (openbare apotheken) en in een ziekenhuisomgeving (one-day ambulant).

De apotheker zal de akkoorden raadplegen op basis van een voorschrift, de datum van aflevering of de datum van de bestelling van het product als dit niet voorhanden is.

Een apotheker kan een raadpleging vragen op basis van een datum en een CNK-code. Als antwoord zal hij het akkoord krijgen met betrekking tot de paragraaf (en hoeveelheid voor de akkoorden van het model E of C) van de gevraagde CNK-code als er één is.

Timing: in productie in 2013

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, apotheken, ziekenhuizen

Meten: in 2015 gebruiken alle ziekenhuizen en alle apotheken de MyCareNet dienst consultatie akkoord medicijnen hoofdstuk 4

b. Aanvraag akkoord Hoofdstuk 4 voor apotheken, artsen en ziekenhuizen

Deze dienst is beschikbaar voor voorschrijvende geneesheren in een ambulante omgeving en in een ziekenhuisomgeving.

De voorschrijvend geneesheer vraagt een akkoord aan via zijn software of via de webtoepassing.

Sommige aanvragen (zonder bijlage) zullen onmiddellijk kunnen worden "toegekend" of "geweigerd" (synchroon). De voorschrijvend geneesheer zal dan zijn antwoord ontvangen in de seconden die volgen.

Voor andere aanvragen zal een manuele interventie van de adviserend geneesheer nodig zijn (bv.: analyse van de bijlagen). In dat geval zal de VI onmiddellijk een bericht sturen naar de voorschrijvend geneesheer om hem mee te delen dat de aanvraag later verwerkt zal worden door de adviserend geneesheer.

In een tweede fase van het project zal, voor de aanvragen die geanalyseerd moeten worden door de adviserend geneesheer persoonlijk, in de volgende dagen een antwoord verstuurd worden naar de voorschrijvend geneesheer via MyCareNet.

In alle gevallen zal de beslissing per brief opgestuurd worden naar de patiënt.

Raadpleging akkoord hoofdstuk 4

Een geneesheer kan een raadpleging hoofdstuk IV aanvragen voor een patiënt waarmee hij een therapeutische relatie heeft op basis van:

- een datum. In dat geval zal hij alle akkoorden krijgen die beantwoorden aan zijn aanvraag en die geldig zijn tijdens (een deel van) de periode van twee jaar die loopt vanaf de gevraagde datum.
- een periode. In dat geval zal hij alle akkoorden krijgen die beantwoorden aan zijn aanvraag en die geldig zijn tijdens (een deel van) de gevraagde periode. Die periode moet beperkt worden tot twee jaar maar zij kan volledig in het verleden liggen.

Deze dienst is beschikbaar voor geneesheren in een ambulante omgeving en in een ziekenhuisomgeving.

Timing: in productie in 2013

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, artsen

Meten: in 2016 gebruiken alle artsen de MyCareNet dienst aanvraag akkoord medicijnen hoofdstuk 4

14.3.2. Actiepunt: Medico administratieve aanvragen via MyCareNet voor thuisverpleging

Deze dienst bestaat uit drie luiken:

- Aanvraag van forfait A, B, C of toilet
- Aanvraag voor palliatieve zorgen
- Kennisgeving voor specifieke technische verstrekkingen

Timing: in productie sinds 2010, verplicht vanaf juli 2013

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, thuisverpleegkundigen

Meten: vanaf juli 2013 gebruiken alle thuisverpleegkundigen MyCareNet voor de aanvragen forfait A, B, C, toilet en palliatieve zorgen en voor de kennisgevingen specifieke technische verstrekkingen

14.3.3. Actiepunt: Medische akkoorden via MyCareNet voor de Kine

Via dezelfde mechanismen en gelijkaardige stromen als voor medische akkoorden hoofdstuk 4, kan ook de kine medische akkoorden aanvragen en raadplegen via MyCareNet. Voorafgaandelijk dient eerst de nomenclatuur van de kine vereenvoudigd te worden (zie ook facturatie kine via MyCareNet)

Timing: 2 jaar na de vereenvoudiging van de nomenclatuur van de kine komen de diensten aanvraag en consultatie medische akkoorden voor de kine ter beschikking via MyCareNet.

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, kine

Meten: 3 jaar na het in gebruik stellen van de dienst gebruiken alle kine's de diensten aanvraag en consultatie medische akkoorden voor de kine ter beschikking gesteld via MyCareNet

14.3.4. Actiepunt: Medische akkoorden via MyCareNet voor de logopedisten

Timing: hoogstens 1 jaar na de kine komen de diensten aanvraag en consultatie medische akkoorden voor de logopedisten ter beschikking via MyCareNet

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, logopedisten

Meten: 3 jaar na het in gebruik stellen van de dienst gebruiken alle logopedisten de diensten aanvraag en consultatie medische akkoorden voor de logopedisten ter beschikking gesteld via MyCareNet

14.4. Administratie

14.4.1. Actiepunt: Beheer van de GMD via MyCareNet

Volgende diensten worden aangeboden:

- Raadpleging van het recht op GMD van een patiënt
- Notificatie van het openen, het hernemen en het verlengen van een GMD (met inbegrip van het beëindigen van een GMD).
- Raadpleging van de lijst van patiënten voor wie de arts GMD-houder is.

Timing: beschikbaar in 2013

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, artsen

Meten: De administratie voor de artsen met betrekking tot de GMD zal vanaf 2014 minder complex zijn en in 2016 gebruiken alle artsen MyCareNet voor het beheren van hun GMD's.

14.4.2. Actiepunt: Beheer van de hospitalisatie

Deze dienst betreft de uitwisselingen van informatie tussen het ziekenhuis en de verzekeringsinstelling in het kader van het administratief beheer van de hospitalisatie

Timing: vanaf 2013 kunnen de ziekenhuizen en psychiatrische instellingen het beheer van de hospitalisatie met de ziekenfondsen via MyCareNet uitvoeren, eind 2014 dienen alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen dit te doen via MyCareNet

Verantwoordelijkheid: NIC + VI's

Stakeholders: NIC, VI, RIZIV, eHealth Platform, ziekenhuizen, psychiatrische instellingen.

Meten: vanaf 2015 zullen alle ziekenhuizen en psychiatrische instellingen het beheer van de hospitalisatie met de ziekenfondsen verrichten met MyCareNet

Met dank aan:

ABSIL Carole (AGORIA) - AERTGEERTS Bert (CEBAM) - AEYELS Daan (Huis voor gezondheid – Brussel) - ALEXANDRE Dominique (MLOZ) - ALGOED Jo (Corilus - Software apothekers) - ALLEIN Jacques (MLOZ) - ANTONISSEN Yoeriska (RIZIV) - BABYLON Filip (APB) - BAISE Philippe (NIC) - BANGELS Marc (INAMI) - BELLON Erwin (UZ Leuven) - BELLON Joseph (SIXI) - BEYL Evi (VVSg) - BINAME Vanessa (FAGG-AFMPS) - BOERS Martin (Wit-Gele Kruis Vlaanderen) - BOLLEN Marlies (Zhapothekers) - BONTE PIERRE (RIZIV) - BOURDA Alain (Cabinet Affaires Sociales) - BOVERIE Renaud (MLOZ) - BROECKX Dirk (Rondetafel eHealth) - BRONCKAERS Jean-Pierre (Libérale Mutualiteiten) - BRONSELAER Raf (Mederi) - BRUYLANT Koen (Unamec) - BUCKENS Marc (APB) - BUYSSE André (Interdisciplinair Forum Eerstelijnszorg - Prorec) - CALCOEN Piet (DKV Belgium) - CALLENS Michiel (LCM) - CARABIN Serge (Fédération Wallonie-Bruxelles) - CASTELEYN Hugo (AZ St. Blasius Dendermonde) - CASTERMANS Chantal (FIH-W) - CATRY Boudewijn (WIV-ISP) - CELIS Mike VBZV - CEULEMANS Paul (UZ Brussel) - CLAES Evelien (RIZIV) - CLAES Tom (Corilus - Software apothekers) - CLERCX Anne (SPF Santé Publique) - COLANTONI Claudio (FCSD - Verpleegk) - COLLIN Benoît (INAMI) - COOLS Luc (CM) - COOREMANS Kristof (Maria Middelaars Gent) - CORNELY Marc-Henri (OPHACO) - CORNWELL Steffi (KAVA) - CRABBE Daniel (RIZIV) - CUYPERS Dirk (FOD Volksgezondheid) - DAEMS Peter (IT-manager Wit-Gele Kruis) - D'ALCANTARA Pablo (Groupe Hospitalier La Ramée) - DAUBIE Mickaël (INAMI) - DE BEUCKELAERE Willem (Privacycommissie) - DE BOCK Kathleen (Secretariaat RDQ RIZIV) - DE BOCK Paul (FOD VG - Psychosociale gezondheidszorg) - DE COCK Jo (RIZIV) - DE COSTER Christiaan (FOD Volksgezondheid) - DE CUYPER Claude - DE CUYPER Xavier (FAGG-AFMPS) - DE DOBBELEER Marc (Vlaamse Gemeenschap) - DE GROOTE Guy (CRI) - DE JONGHE Wouter (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) - DE MAEYER Bart (UZA) - DE MONIE Catherine (AZ Klina ZHapo) - DE RIDDER Annelies (VVSg) - DE RIDDER Ri (RIZIV) - DE RIJDT Thomas (UZ Leuven) - DE RUYCK Bernard (KAVA) - DE SMET Frank (CM) - DE SWAEF André (RIZIV) - DE TOEUF Jacques (eHealth Platforme) - DE VLIES Jos (Prorec - Software artsen) - DE VOS Danny (CM) - DE VOS Monika (Wit-Gele Kruis van Antwerpen) - DEBBAUT Bernard (CM) - DEGADT Peter (Zorgnet Vlaanderen) - DEJONCKHEERE Dominique (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) - DELAETER Eric (VVT) - DELAHAYE Jan (VVSg) - DELCOURT Fabien (ANMC) - DELTOUR CAMPHYN GILBERTE (AIB - VUKB - Infirmière) - DEMEULENAERE Hilde (NIC) - DENEYER Hilde (VAN) - DEPUJDT Eveline (FOD Volksgezondheid) - DEROM Alain (AMI-Lab) - DESCHUTTER Fons (AXXON) - DETAVERNIER Luc (MLOZ) - DEVILLE Anaïs (OIVO - DEVRIESE Michel (Soc. Méd. Dentaire) - DEWOLF Dirk (Vlaamse Gemeenschap) - D'HAVE Arabella (FOD Volksgezondheid) - D'HOLLANDER Katrien (SVHG) - DHONDT René (Assuralia) - D'HOOGHE Simon (AXXON) - D'HOOGHE Simon (Axxon) - DIERICKX Séverine (Neutrale Mut.) - DOGGEN Kris (WIV-ISP) - DUBOULLAY Didier (UC Louvain) - DUPONT François (FIH-W) - DUPONT Yves (WIV-ISP) - DUJILLIER Thibaut (Cabinet Affaires Sociales) - DUYCK Martine (LNZ) - EECKELAERT Arlette (Cerba Medical lab Benelux) - EGGERMONT Rita (Kind en Gezin) - ELIAT-ELIAT Béatrice (MLOZ) - FALEZ Freddy (SPF Affaires Sociales) - FAUQUERT Benjamin (CNPQ - EBMPracticeNet) - FERON Dominique (UNMS) - FIERENS Micky (LUSS) - FIERIS Tom (UZ Gent - COZO Vlaanderen) - FORTON Valérie (eHealth Platform) - FREDERICQ Vincent (Femerbel-Ferubel) - GEUDENS Leo (Huisartsen Vereniging Turnhout - GEWELT Anne-Sophie (eHealth Platform) - GEYSEN Wannes UZ Leuven Software) - GHILAIN Alain (INAMI) - GILLOT Agnès (Infirmière - CHU Charleroi) - GILLOTEAU Pascal (FAGG-AFMPS) - GODIN Jean-Noël (Cobepprivé - Becoprivé) - GOETSCHALCKX Rit (RIZIV) - GOULARD Philippe (Zhapothekers) - GOYENS Filip (AZ Turnhout) - GRUWEZ François (AXXON Fr) - GUBBELS André (DG Handicap) - GUINOTTE L. (Cabinet Affaires Sociales) - HAELTERMAN Margareta (FOD Volksgezondheid) - HANIQUE Geneviève Clinique St Jean Bruxelles - HANSON Stefaan (VVT) - HEIJLEN Roel (Vlaams Patiëntenplatform) - HENKENS Tom (APB) - HENRAUD Denis (FIH-W) - HENRY DE GENERET Philippe (Brussel - Bruxelles) - HOMERIN Daniel (CHWAPI) - HOORNAERT Didier (FIH-W) - HUBERT Jean-Marie (Chambre Synd. Dent.) - HUETING Reinier (ASGB) - HULPIAU Pascale (OCMW Gent) - HURKMANS P (MLOZ) - HUSDEN Yolande (Communauté française) - JACOB Bernard (FOD Volksgezondheid) - JACQUEMIN Bernard (Axxon Fr) - JACQUET Nathalie (MID/LCM) - JAMART Hubert (Fédération des maisons médicales) - JANSSENS Claire (RIZIV) - JONCKHERE Jef (VVKL) - JONGEN Philippe (FRATEM (pilote du RSW) / InterMed) - JUNION Candice (Privacycommissie) - LANDTMETERS Bernard (MLOZ) - LANGE Bernard (Cabinet Affaires Sociales) - LAROCHE (Chambre Synd. Dent.) - LARONDELLE Vincent (WIV-ISP) - LEFEBVRE Luc (SSMG) - LEMENSE Luc (AXXON) - LENIE Jan (Apothekers publieke officina) - LENSSEN Jan (Kind & Gezin) - LEPOUTRE Marie-Elise (CHWAPI Tournai) - LEROY Mathias (WIV-ISP) - LEYSSENS Guido (VVT) - LIESSE Anne (Communauté française) - LOISEAU Jean (Santhea) - LOMBARD Maryvonne (FIIB - FNIB Verpleegk.) - LUYTEN Leon (UZA) - MAES Luc (eHealth Platform) - MAHIEU Saskia (Zorgnet Vlaanderen) - MAHY Didier (AFMPS/FAGG) - MANSOUR Djamilia (WIV-ISP) - MATTHYS Paul (FOD Volksgezondheid) - MEEUSEN Katrien (AZ Klina ZHapo) - MERTENS Ingrid (FOD Volksgezondheid) - MEYER Marc (NIC) - MEYNCKENS Veerle (Privacycommissie) - MICHEL Claude (St Pierre Bruxelles) - MICHIELS Christine (HISS-IZZ) - MOENS Marc (BVAS - ABSyM) - MULLER Kristin (Imeldaziekenhuis) - MYLLE Daniel (WIV-ISP) - NICOLAS Luc (SPF Santé Publique) - NOEL Christophe (Zhapothekers UZ Leuven) - NORRO Isabelle (Agoria) - NYS Kurt (FOD Volksgezondheid) - NYSSSEN Marc (VUB) - OLIN Jacques (Mutsoc) - OLIVIER Philippe (CHC - Assoc. Francophone des Médecins-Chefs) - OPSOMER Joke (apo publieke officina) - PAQUAY Louis (Wit-Gele Kruis Vlaanderen) - PASCAL Ronny (Verpleegkundigen groep) - PAUL Isabelle (Gouv. Wallonie) - PAUWELS Bart (Solidariteit voor het gezin) - PEETERS Stefaan (AXXON) - PERDIEUS Paul (OPHACO) - PETERS Edgard - FASD Verpleegk. - PETIT Christine (Gouv. Wallonie) - PIERLET Mireille (INAMI) - PIETTE Nicolas (Solidaris) - PIRSOUK Bernadette - LUSS - PONCE Annick (SPF Santé Publique) - PONSART Frank (NIC - MyCareNet) - QUENNNERY Stefanie (Zhapothekers) - QUINET Muriel (SPF Santé Publique) - QUINTIN Emmanuel (eHealth Platform) - QUIRYNEN Vincent (Agoria) - QUOILIN Sophie (WIV-ISP) - RAEYMAEKERS Peter (Zorgnet Vlaanderen) - RAMAECKERS Dirk (ZNA) - RINCHARD Emilie (Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé) - ROBAYS Hugo (UZ Gent) - ROBEN Frank (eHealth) - ROEX Ann (Academisch Centrum voor huisartsgeneeskunde KU Leuven) - ROEX Milan (Kartel) - ROGER Yves (Privacycommissie) - ROLAND Michel (ULG) - ROMBAUX Jean-Marc (UVCW) - RONLEZ Charles (APB) - RONSYN Leen (Zhapothekers ZNA) - ROSIERE Pascal (SPF Santé Publique) - SASSE André (WIV-ISP) - SAVELKOUK Ethel (Brussel - Bruxelles) - SCHOOF Marie-Jeanne (Kind & Gezin) - SCHOONBAERT Luk (AGORIA) - SCHOTTE Michel (AXXON) - SIJNAVE Bart (UZ Gent) - SLAETS Patrick (Agoria) - SMEETS Yves (Santhea) - SMETS Karolien (VZW Imelda) - SMIETS Pierre (FIH-W) - SMITS Geert (UZA) - SOETE Paul (Agoria) - SOUPART Jean-François (FAG) - STEPPE Caroline (Centre gériatrique Scheutbos) - STORMS Hannelore (Vlaams Patiëntenplatform) - STUCKENS Michel (eHealth Platform) - TESSIER Jan (AXXON) - TEUNKENS Eric (INAMI) - THIJS Fons (RIZIV) - THIRION Melissa (Assuralia) - THIRY Antoine (FIH) - THONON Olivier (CHU Liège) - THYS Filip (Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen) - TISAUN Paul (Zhapothekers) - VAN BEMPT Sean (Cobepprivé - Becoprivé) - VAN BRABANDT Hans (CEBAM) - VAN BUSSEL Johan (WIV-ISP) - VAN CASTEREN Viviane (WIV-ISP) - VAN DE VELDE Stijn (CEBAM - EBMPracticeNet) - VAN DEN BROECK Clara (Zorgnet Vlaanderen) - VAN DEN KIEBOOM Arnaut (ASGB) - VAN DER BREMPT Isabelle (FOD Volksgezondheid) - VAN DER ESSEN Gauthier (INAMI) - VAN DEUREN Ingrid (Sozialistische Mutualiteiten) - VAN DOOREN Fabienne (AXXON Fr) - VAN GANSBEKE Hendrik (Wit-Gele Kruis) - VAN HECKE Martine (Test-Aankoop - TestGezondheid) - VAN HEES François (eHealth Platform) - VAN HOEGAERDEN Michel (SPF Santé Publique) - VAN LERBERGHE Dirk (Agoria) - VAN OVERLOOP Maaike (Domus Medica) - VAN POTTENBERGH Herwig (Domus Medica) - VAN TIELEN Rudy (MLOZ) - VANAUTGAERDEN Mark (UZ Leuven Software) - VANBUNNEN Yvan (CHWAPI) - VANDE KIEBOOM Arnout (ASGB) - VANDE WALLE Eric (AZ Sint-Lucas) - VANDENBERGHE André (Réseau Santé Wallon) - VANDENBOSCH Bart (UZ Leuven) - VANDERAUWERA Chris (Vlaanderen VAZG) - VANDEVELDE Rudy (AZ VUB) - VANDEWALLE Eric (St Lucas Brugge) - VANHOEGAERDEN Michel (FOD DG Basisgezondh.) - VELZ Alfred (Deutsch. Gouv.) - VEN Tony (ICT AZ Herentals) - VERCRUYSE Bernard (Cabinet Affaires Sociales) - VERERTBRUGGEN Patrick (NIC) - VERMEEREN Luc (AXXON) - VERRETH Hilde (RIZIV) - VERRIEST Rebekka (CM) - VERSAILLES Marie-Pascale (CIN) - VERTONGEN Willy (Mederi) - VRAY Philippe (INAMI) - WATERBLEY Patrick (FOD Volksgezondheid) - WATTIER Dominique (MLOZ) - WELTENS Tim (CM) - WENDEY Tarci (Zorgnet Vlaanderen) - WILLEMS Ludo (UZ Leuven) - WIMMER Gilda (ipv CRABBE Daniel (RIZIV) - WINNEN Bert (RIZIV) - WOUTERS Dominique (UCL/BVZA) - WYFFELS Antonine RIZIV - ZAMUROVIC Damica (CAAMI) - ZWANPEOEL Lieven (apo publieke officina).