

**Actieplan
e-GEZONDHEID
2013-2018**

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 geargumenteed 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 RTReH – 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.RTReH.be

Essentiële actiepunten

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

Gegevens delen binnen de eerstelijns en de ziekenhuizen

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

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

6. Ontwikkelen van een 'minimaal EPD'
7. Psychiatrische en andere instellingen en het systeem hubs & metahub
8. Invoeren van een uniform evaluatie-instrument (BelRAI)
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

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

C. Een referentieterminologie uitwerken

13. Realisatie van een nationaal terminologiebeleid

D. De administratie en de communicatie faciliteren

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

E. Een effectief overleg invoeren

19. Governance structuur e-Gezondheid
20. Monitoring van de Uitvoering van het Actieplan

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 het systeem 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. Globaal Medisch Dossier = Elektronisch Medisch Dossier en het delen van relevante medische gegevens (Actiepunt: 2.2.1.)

Timing: 1 januari 2015.

Projectleider: Platform eHealth (voor het technische luik)

Verantwoordelijken: artsen, RIZIV, FOD VVVL, Gewesten/Gemeenschappen, eHealth Platform.

Meten: percentage 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 ,InterMed of ABruMeT/InterMed).*

*Dit veronderstelt ook **dat elke zorgverstrekker zowel in een intramurale als extramurale omgeving, zijn deel van de gegevens** die zo worden gedeeld up-to-date houdt (bvb. 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? Inter-Med en ABruMeT/InterMed 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: 2014-2017.

Projectleider: SPFSPSCAE/DG1

Verantwoordelijken: FOD, RIZIV, eHealth platform, Informaticadiensten ziekenhuizen, Softwareleveranciers.

Meten: Het percentage 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, Orthopride, Qermid, enz.) evenals de MKG moeten semi-automatisch kunnen ingevuld worden. Het systeem moet toelaten medische praktijkrichtlijnen te bekomen (Evidence-Based Medecine, 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/ABruMeT/InterMed (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-Q3: GFD-DPP als Authentieke bron van de afleveringen (inclusief de implanteerbare medische hulpmiddelen) en Vitalink/Inter-Med/ABruMeT/InterMed 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.

Projectleider:

- 1) Voor het geneesmiddelen schema : **Vitalink & Intermed**
- 2) Voor het farmaceutische gedeelte dossier : **OPHACO & ABP**

Verantwoordelijken: FOD VVL, Riziv, zorgverstrekkers, ziekenhuizen en betrokken laboratoria, platform e-Health, zorgverstrekkers en leveranciers van software.

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.

Projectleider: **Platform eHealth** (voor de rekening van FOD & RIZIV)

Verantwoordelijken: Recip-e, betrokken stakeholders.

Meten: percentage 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.

d. Vanaf 2015 moet elk voorschrift betreffende het inbrengen van implantaten, zowel in een ziekenhuis als buiten een ziekenhuis, elektronisch gebeuren (formaat te bepalen).

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

Timing: zie tekst.

Projectleider: **Platform eHealth** (voor het technisch luik). Het WIV zal de gesprekspartner zijn voor de klinische biologische labo's.

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, Inter-Med of ABruMeT/InterMed** 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, Inter-Med of ABruMeT/InterMed zowel in een intramurale als extramurale omgeving. (NB: een planmatig vastgelegd, groeiend percentage van relevante gestructureerde documenten / verslagen zal elektronisch uitgewisseld worden).

d. De gegevens betreffende het inbrengen van implantaten, zowel in een ziekenhuis als buiten een ziekenhuis, moeten vanaf januari 2015 eveneens toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem.

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 WZC (Woonzorgcentra), 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.

De stuurgroep stelt voor om het advies van het 'Gebruikerscomité' in te winnen

Verantwoordelijken: artsen, eHealth Platform, softwareleveranciers, FOD DG2,...

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

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.

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

Timing: 1 januari 2016.

Projectleider: SPFSPSCAE/DG1

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.

Projectleider: SPFSPSCAE/DG1

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, ziekenhuiszorg in de geriatriediensten 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.

Projectleider: SPFSPSCAE/DG1 (voor het luik van de ziekenhuizen) en RIZIV (voor de geneesheren, de verplegers en de kinesitherapeuten)

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 (“meaningful use”, incl. efficiëntiewinsten) in rekening worden gebracht binnen de volledige zorgcontext.

Tegen juni 2013 zullen de verschillende administraties (eHealth, RIZIV, FOD Volksgezondheid) een gemeenschappelijke nota opstellen met voorstellen voor aanpassing van de reglementering aangaande de erkenning en de accreditering van de zorgverleners en aangaande de financiële stimuli (telematicapremie voor de zorgverleners, BFM voor de ziekenhuizen, enz.). Deze aanpassingen zullen voorgelegd worden aan het overleg en zullen in werking moeten treden vanaf 2014.

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.

De stuurgroep stelt voor om het advies van het ‘Gebruikerscomité’ in te winnen.

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.
Dit vereist een wetsbepaling hetzij in de wet op de patiëntenrechten hetzij in een andere wet. In ieder geval moet er gewaakt worden over de coherentie met de toegang tot het papierdossier zoals geregeld in de wet op de patiëntenrechten.
- 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 e-Gezondheid** (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.)

Timing:

De stuurgroep stelt voor om het advies van het ‘Gebruikerscomité’ in te winnen.

Verantwoordelijken:

Meten: bestaan en implementatie van het rooster.

- 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.

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

Timing: 2015.

Projectleider: : SPFSPSCAE/DG2 (in het kader van de professionele goedkeuringen)

: **Plateform eHealth** (pour les logiciels mis à disposition dans le cadre des formations)

Verantwoordelijken: Gemeenschappen, FOD, ...

Meten: aantal uren / studiepunten / accrediteringspunten

- a. Een vak '**e-gezondheid**' in elke opleiding in de gezondheidszorg (artsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, enz.) met een nader te bepalen aantal uren /studiepunten.
- b. Opnemen van e-gezondheid in de **competentieprofielen** van de diverse zorgberoepen.
- c. Vanaf 1 januari 2014 wordt de **accreditering van de artsen** uitgebreid met een rubriek 11 voor ICT-EMD (minimaal 2 CP).(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 accrediteringspunten voorzien voor specifieke opleiding over het concrete gebruik van e-gezondheidsdiensten (EMD, enz.)

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 multiple 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.

Projectleider: : SPFSPSCAE/DG1 et Plateform eHealth

Het 'gebruikerscomité' zal eveneens aangesproken worden.

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**. Deze wordt uitgewerkt 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. Er moet gezorgd worden voor een aangepaste granulariteit, zodat kan worden voldaan aan de specifieke behoeften van de verschillende sectoren. Dit zal moeten gebeuren 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 opneming 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 standaard **gebruikersinterface** ter beschikking stellen, met de bedoeling dat deze in de informaticasystemen van de gebruikers kan worden geïntegreerd en vanuit het EMD/EPD kan 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.)

Projectleider: : **de VI**

- Door de **facturatiedienst** kan elke instelling of zorgverstreker op elektronische wijze via het netwerk het facturatiebestand, opgesteld in het kader van het derde betaler, overmaken.
 - De **dienst verzekerbareid** geeft de toelating aan elke instelling of zorgverstreker om de informatie (verzekerbareid en afgeleide rechten) van de zorgbegunstigde te raadplegen om een correcte facturering in het kader van de derde-betaler te kunnen uitvoeren.
 - De **medisch-administratieve dienst** biedt zorgverleners en VI's de mogelijkheid om op elektronische en beveiligde wijze "medisch-administratieve" informatie uit te wisselen.
 - De **dienst beheer van het Globaal Medisch Dossier** 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.
 - 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 :eerste semester 2013.

Projectleider : De strategische cel neemt het initiatief om de verschillende tussenpersonen te contacteren.

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 percentage 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.)

Timing:

April 2014 : raadpleging van de gegevens betreffende de implanteerbare medische hulpmiddelen door de zorgverleners

Einde 2016 : raadpleging van de gegevens m.b.t. het EMD door de patiënt ante/post voor zijn persoon.

Projectleider: AFMPS in eenduidig overleg met het RIZIV, de FOD en het WIV

Verantwoordelijken: ...

Metten: ...

De traceerbaarheid van de implantaten zal in twee parallelle fasen worden verzekerd:

A. Tusseloplossing : gebaseerd op Qermid, OrthoPride en Gedeeld Farmaceutisch Dossier (deadline april 2014). De beschikbaarheid van het "Gedeeld Farmaceutisch Dossier" moet ten laatste eind Q3-2013 een feit zijn. Zo niet zullen de in de PDM in aanmerking genomen implantaten die niet in Qermid en in OrthoPride zijn opgenomen (dwz. de borstimplantaten buiten de ziekenhuizen) niet kunnen worden opgespoord..

B. Lange termijn oplossing (2016): gebaseerd op het "gedeeld patiëntendossier"

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 mogelijk 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 alsook de lijst van de in België gebruikte 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.

Het doel bestaat erin de garantie te bieden, via een specifiek KMEHR bericht, dat alle gegevens betreffende de traceerbaarheid van implanteerbare medische hulpmiddelen voor iedereen editeerbaar en herbruikbaar zijn, voor zoverre de patiënt zijn geïnformeerde toestemming dienaangaande heeft verleend, met de bedoeling om de beschikbare kennis en de e-Gezondheidsdiensten te verbeteren (U.23).

N.B. De structuur van dit bericht hangt af van de consolidatie van de resultaten van de verschillende werkgroepen die verbonden zijn aan het Plan Medische Hulpmiddelen, meer bepaald het luik Traceerbaarheid van de Implanterbare Medische Hulpmiddelen, en zal dus niet vroeger dan einde 1ste trimester 2013 kunnen uitgewerkt worden.

*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).*

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

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

Timing: 31 december 2013.

Projectleider: : **SPFSPSCAE/DG2** (in het kader van een uniek loket)

: **Platform eHealth**

Verantwoordelijken: allen.

Metten: bestaan en effectief gebruik van het systeem: CoBRHA, eHealth Box,...

Het doel van dit actiepunt is in de eerste plaats het veralgemenen van het gebruik van de eHealth Box 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.

a. Vanaf 2014 (en voltooid tegen 2016) **gebeurt de communicatie tussen zorgverstrekkers en overheidsdiensten in principe via de (persoonlijke) eHealth Box**. (Hiervoor wordt per sector een stappenplan bepaald in 2013, waarin omschreven wordt voor welke relevante soorten informatie de uitwisseling via de eHealth Box 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 eHealth Box (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 eHealth Box, 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. Een « **uniek digitaal loket** », eenvoudig te gebruiken, die de gegevens van CoBRHA gebruikt, Ter beschikking stellen van het kadaster van de zorgverleners (CoBRHA) door het eHealth platform in 2013.

Timing: 31 december 2013.

Verantwoordelijken: -Project: eHealth platform / eHealth Authentic Source Workgroup -Authentieke bronnen: RIZIV, FOD, Gewesten en Gemeenschappen, KBO, FAGG, ...

Metten: minder dan 5 minuten om een aanpassing door te voeren.

18. Inventaris en consolidatie registers (Actiepunt 3.2.1)

Timing: 2013.

Projectleider: **WIV** in eenduidig overleg met het RIZIV en de FOD

Verantwoordelijken: Forum e-Gezondheid (cfr.19), alle betrokken stakeholders, FOD, RIZIV, NIC, WIV-ISP, Vitalink, RSW en ABruMeT/InterMed, 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 het Forum e-Gezondheid (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, RSW en ABruMeT/InterMed, zal bepaald worden welke types van medische gegevens (nodig voor de opdrachten van het WIV) in de toekomst zouden kunnen overgemaakt worden vanuit Vitalink, RSW en ABruMeT/InterMed, zodat deze niet opnieuw moeten geregistreerd worden door de zorgverleners.

Timing: analyse van de behoeften in 2014, uitwerking in 2015.

Verantwoordelijken: WIV-ISP, Vitalink, RSW en ABruMeT/InterMed

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, RSW of ABruMeT/InterMed.** De beschikbare gegevens binnen het hubs &metahub systeem worden rechtstreeks geëxtraheerd.

Timing: 2015.

Verantwoordelijken: WIV-ISP, Vitalink, RSW en ABruMeT/InterMed

Metten: percentage gegevens die bekomen worden via hubs &metahub.

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

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

i. Een concrete oplossing wordt uitgewerkt teneinde, op een geanonimiseerde wijze, de **gegevens die in een kluis** (Vitalink, Inter-Med of ABruMeT/InterMed) werden opgeslagen te kunnen hergebruiken. Dit punt dient opgelost te worden vanuit de keuze van een geschikte generische architectuur, gebaseerd op het hubs &metahub principe.

j. De actuele registratie van de gegevens in het kankerregister via 'batch' omvormen tot een continue aanlevering vanuit de medische dossiers van de betrokken zorgverleners zodat het kankerregister een up to date referentiebron kan worden voor de gemeenschappen voor het identificeren van de personen die dienen opgeroepen te worden in het kader van een call/recall operatie in het kader van de georganiseerde screeningsprogramma's.

Timing: 2018. Verantwoordelijken: Kankerregister

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 e-Gezondheid governance, op basis van volgende elementen:

- a) Er is vooreerst het beheerscomité van het eHealth platform dat in zijn werking behouden blijft. Het wordt noodzakelijk geacht om, naast de bestaande partners, ook vertegenwoordigers van de Gemeenschappen en Gewesten erin 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 eHealth dossiers (bv. op het vlak van systemen, architecturen en standaarden).

Deze gecoördineerde aanpak moet voor de patiënt een naadloze overgang mogelijk maken tussen de verschillende instellingen en diensten binnen de gezondheidszorg, en dit op alle niveaus.

Het eHealth platform staat in voor de concrete uitvoering en opvolging van de projecten die eraan 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 eHealth platform en worden aangewend voor de uitvoering van de toegewezen opdrachten.

Deze principes maken het voorwerp uit van een protocolakkoord dat op 29 april 2013 werd afgesloten in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Dit protocol zal de basis vormen van een samenwerkingsakkoord, zoals voorzien in het institutioneel akkoord, te sluiten onmiddellijk na de overdracht van de nieuwe bevoegdheden.

- 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 dialoog over de toekomstige prioriteiten te ontwikkelen.

Met het oog op een adequate governance van de initiatieven die in het kader van eHealth worden ontwikkeld, wordt voorgesteld om de bevoegdheden van het Overlegcomité met de gebruikers van het eHealth platform te preciseren en het Comité ook te belasten met een aantal bevoegdheden die oorspronkelijk waren toegewezen aan de vzw e-care, voorzien in de eHealth wet. Tenslotte zal dit Comité ook de taken verzekeren die thans informeel door de zogenaamde G19 worden verzekerd.

Het Overlegcomité is ermee gelast om in het belang van de patiënt de elektronische gegevensuitwisseling te bevorderen, evenals het delen van de beveiligde gegevens tussen de actoren in de gezondheidszorg die gemachtigd zijn door het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid met als doel:

- een verhoging van de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorg door een voortdurende beschikbaarheid van de gezondheidsgegevens die betrekking hebben op de patiënt, te waarborgen;
- een optimalisatie van de samenwerking en de communicatie tussen de zorgverleners met het oog op een betere follow-up van de patiënt.

In een aantal gevallen zal het overlegcomité verplicht moeten worden geraadpleegd. Dit is het geval:

- voor de organisatie van toekomstige gegevensstromen en registers die klinische gegevens bevatten en voor zover deze een impact hebben op een beroepsgroep of een ganse discipline;
- de aanstelling van een zogenaamde third trusted party belast met de operationele organisatie van voornoemde gegevensstromen registers wanneer het eHealth platform deze opdracht niet kan vervullen;
- het beheer van therapeutische relatie en de informed consent procedure in hoofde van de patiënten voor zover deze in de toekomst zullen worden vastgesteld;

Hoewel er op moet worden gerekend dat het overlegcomité bij consensus zal beslissen dient niet te min te worden voorzien dat de adviezen of voorstellen die het Overlegcomité formuleert slechts zullen worden aanvaard voor zover zij met een 2/3^{de} meerderheid werden goedgekeurd.

Tevens zal het comité van de gebruikers periodiek een algemene reflectie moeten organiseren en op die wijze een permanent forum voor e-gezondheid gestalte geven.

Dit Comité zal over een zekere graad van autonomie beschikken. Het formuleert voorstellen aan het eHealth beheerscomité. Het lijkt logisch dat de voorzitter van het Comité van de gebruikers aan de vergadering van het beheerscomité van het eHealth platform met raadgevende stem zou deelnemen.

Het Overlegcomité zal worden voorgezeten door een arts en verder samengesteld zijn uit 22 stemgerechtigde leden (11 zorgverleners waarvan 7 geneesheren , 7 leden voorgedragen door het NIC en 4 leden die de representatieve patiënten verenigingen vertegenwoordigen) alsook leden die de overheden vertegenwoordigen met raadgevende stem.

Dit voorstel impliceert een wetswijziging. Een wetsontwerp zal voor medio 2013 aan de ministerraad worden voorgelegd.

- 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. Aan de Interministeriële Conferentie wordt zesmaandelijks verslag uitgebracht over de uitvoering van het actieplan. De stuurgroep zal ook de coördinatie verzekeren van het communicatieplan.

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.

BIJLAGE Verduidelijking MyCareNet

14. Diensten Mycarenet

14.1. Facturatie

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.

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

Metten: 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)

Metten: 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

Metten: 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: Samen 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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.

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

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

14.2.5. Actiepunt: Verzekerbareheid 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

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

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

Metten: 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

Metten: 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.

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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

Metten: 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.

Metten: 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 Yोरiska (RIZIV) - BABYLON Filip (APB) - BAISE Philippe (NIC) - BANGELS Marc (INAMI) - BELLON Erwin (UZ Leuven) - BELLON Joseph (SIXI) - BEYL Evi (VMSG) - 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 (RondetafeleHealth) - BRONCKAERS Jean-Pierre (Liberale Mutualiteiten) - BRONSELAER Raf (Mederi) - BRUYLANT Koen (Unamec) - BUCKENS Marc (APB) - BUYSSSE André (Interdisciplinair Forum Eerstelijnszorg - Prorec) - CALCOEN Piet (DKV Belgium) - CALLENS Michiel (LCM) - CARABIN Serge (FédérationWallonie-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 Middelaers 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 Klinazhapo) - DE RIDDER Annelies (VMSG) - DE RIDDER Ri (RIZIV) - DE RIJDT Thomas (UZ Leuven) - DE RUYCK Bernard (KAVA) - DE SMET Frank (CM) - DE SWAEF André (RIZIV) - DE TOEUF Jacques (eHealthPlatforme) - 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 (VMSG) - DELCOURT Fabien (ANMC) - DELTOUR CAMPHYN GILBERTE (AIIB - VUKB - Infirmière) - DEMEULENAERE Hilde (NIC) - DENEVER 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) - DIERICKX Séverine (Neutrale Mut.) - DOGGEN Kris (WIV-ISP) - DUBOULLAY Didier (UC Louvain) - DUPONT François (FIH-W) - DUPONT Yves (WIV-ISP) - DUVILLIER Thibaut (Cabinet Affaires Sociales) - DUYSCK Martine (LNZ) - EECKELAERT Arlette (CerberaMedical 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 (Femerbél-Ferubel) - GEUDENS Leo (Huisartsen Vereniging Turnhout - GEWELT Anne-Sophie (eHealth Platform) - GEYSEN Wannes (UZ Leuven Software) - GHILAIN Alain (INAMI) - GILLOT Agnès (Infirmière - CHU Charleroi) - GLOTEAU Pascal (FAGG-AFMPS) - GODIN Jean-Noël (Cobeprié - Becoprié) - GOETSCHALCKX Rit (RIZIV) - GOULARD Philippe (Zhapothekers) - GOYENS Filip (AZ Turnhout) - GRUWEZ François (AXXON Fr) - GUBBELS André (DG Handicap) - GUINOTTE L. (Cabinet Affaires Sociales) - HAELETERMAN Margareta (FOD Volksgezondheid) - HANIQUE Geneviève Clinique St Jean Bruxelles - HANSON Stefaan (VVT) - HEIJLEN Roel (Vlaams Patiëntenplatform) - HENKENS Tom (APB) - HENRARD Denis (FIH-W) - HENRY DE GENERET Philippe (Brussel - Bruxelles) - HOMERIN Daniel (CHWAPI) - HOORNAERT Didier (FIH-W) - HUBERT Jean-Marie (ChambreSynd. Dent.) - HUETING Reinier (ASGB) - HULPIAU Pascale (OCMW Gent) - HURKMANS P (MLOZ) - HUDSEN Yolande (Communautéfrançaise) - JACOB Bernard (FOD Volksgezondheid) - JACQUEMIN Bernard (Axxon Fr) - JACQUET Nathalie (MID/LCM) - JAMART Hubert (Fédération des maisonsmédicales) - JANSSENS Claire (RIZIV) - JONCKHERE Jef (VVKL) - JONGEN Philippe (FRATEM (pilote du RSW) / InterMed) - JUNION Candice (Privacycommission) - LANDTMETERS Bernard (MLOZ) - LANGE Bernard (Cabinet Affaires Sociales) - LAROCHE (ChambreSynd. 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 (Communautéfrançaise) - 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) - MEEUSSEN Katrien (AZ Klinazhapo) - 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) - NYSEN 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) - PIRSOU Bernadette - LUSS - PONCE Annick (SPF Santé Publique) - PONSART Frank (NIC - MyCareNet) - QUENNERIE Stéfanie (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 (Coordinationbruxelloised'institutionssociales et de santé) - ROBAYS Hugo (UZ Gent) - ROBBER Frank (eHealth) - ROEX Ann (Academisch Centrum voor huisartseneeskunde 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) - SAVELKOU Ethel (Brussel - Bruxelles) - SCHOOF Marie-Jeanne (Kind & Gezin) - SCHOONBAERT Luk (AGORIA) - SCHOTTE Michel (AXXON) - SJNAVE 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) - THUIS Fons (RIZIV) - THIRION Melissa (Assuralia) - THIRY Antoine (FIH) - THONON Olivier (CHU Liège) - THYS Filip (Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen) - TISAUN Paul (Zhapothekers) - VAN BEMPT Sean (Cobeprié - Becoprié) - 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 (Socialistische 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 (DomusMedica) - VAN POTTENBERGH Herwig (DomusMedica) - 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) - VANDELDELDE Rudy (AZ VUB) - VANDEWALLE Eric (St Lucas Brugge) - VANHOEGAERDEN Michel (FOD DG Basisgezondh.) - VELZ Alfred (Deutsch. Gouv.) - VEN Tony (ICT AZ Herentals) - VERCRUYSES 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 Tarc (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) - ZWANEPOEL Lieven (apo publieke officina).