

**Plan d'action
e- SANTE
2013-2018**

PLAN D'ACTION e-SANTE 2013 -2018

Préambule

De très nombreuses personnes ont déployé d'énormes efforts pour dresser le présent Plan d'action en très peu de temps. La Table ronde eHealth a démarré le 22 octobre 2012 et le Plan d'action a été présenté le 20 décembre 2012.

Toutes les parties prenantes y ont participé avec enthousiasme : des administrations ayant diverses compétences fédérales, régionales ou communautaires, diverses institutions et organisations, des dispensateurs de soins des 1^{re} et 2^e lignes. Lors de la réunion de démarrage et des cinq réunions use case, près de 300 représentants ont rassemblé leurs connaissances et leurs attentes en vue de créer et de construire des systèmes de santé en ligne plus performants.

Les trois clés qui peuvent expliquer le succès de cette Table ronde sont « approche transversale », « transparence » et « confiance ».

- L'approche se voulait pratique et a affronté toutes les attaques qui freinent souvent la collaboration entre les différents groupes de parties prenantes, toutes sortes d'organes décisionnels et diverses compétences. Cette approche « transversale » reflète la réalité : le patient s'attend à recevoir des soins qui soient continus et dispensés sans subir ce type de freins et de limites.*
- Les portes des réunions étaient ouvertes à tous ceux qui voulaient apporter leur contribution compétente et constructive à la Table ronde. Les textes ont été examinés dans un esprit d'ouverture. L'agenda et les objectifs étaient clairs et chaque avis a été écouté avec attention et incorporé au mieux.*
- À mesure que la Table ronde progressait, la clarté s'est faite sur ce que nous pouvions obtenir par la collaboration et la confiance réciproque. Comme il convient à une bonne concertation, nous avons, même en ces moments difficiles (sur le plan politique), gardé la tête froide, argumenté avec calme et dignité et continué à chercher un compromis acceptable de tous.*

Je remercie sincèrement les divers cabinets et les diverses administrations de leur confiance, mais surtout toutes les personnes qui ont contribué au résultat final qui est présenté aujourd'hui.

Dirk Broeckx – chargé de mission RTReH – 20 décembre 2012

La concertation de la Table Ronde a mené à la rédaction de trois documents :

Le Plan d'Action: Les points d'action généraux essentiels. Ils constituent le plan d'action au sens strict du terme, approuvés par tous.

Annexe 1: Plus de septante propositions de points d'action qui résultent des cinq *use cases*. (Leur numérotation originale est reprise dans les titres dans le premier document). Elles complètent le plan d'action. Elles constituent un point de départ concret pour l'exécution du plan d'action; elles servent de fil conducteur lors de la réalisation des divers projets partiels, mais doivent encore être affinées ou adaptées plus avant.

Annexe 2 : Comporte diverses annexes dont les premières contiennent des propositions concrètes pour des plans d'action et des projets, introduites par les divers participants à la Table ronde.

NB : Les Annexes sont uniquement publiées sur le site www.RTReH.be

Points d'action essentiels

A. Une architecture de référence et se concentrer sur quelques projets ciblés

Partager des données au sein de la 1^{re} ligne et des hôpitaux

1. DMG = DMI et le partage de données médicales pertinentes
2. Développement d'un DPI hôpital
3. Données sur les médicaments délivrés et Schéma de médication
4. Prescription informatisée généralisée
5. Partager des données par le système hubs & metahub

Développements complémentaires : soins chroniques, soins à domicile, maisons de repos, psychiatrie, etc.

6. Développement d'un « DPI minimal »
7. Établissements psychiatriques et autres et le système hubs & metahub
8. Instauration d'un instrument d'évaluation uniforme (BelRAI)
8. Adaptation de la réglementation et du financement comme encouragements à l'utilisation

B. Associer le patient et accroître les connaissances disponibles sur la santé en ligne

10. L'accès aux données par le patient
11. Accroître les connaissances disponibles et la compréhension de la santé en ligne
12. Intégrer la santé en ligne dans la formation

C. Adopter une terminologie de référence

13. Réalisation d'une politique de terminologie nationale

D. Faciliter l'administration et la communication

14. MyCareNet
15. Un plan d'action spécifique pour l'harmonisation et la simplification administrative
16. Traçabilité des dispositifs médicaux et autres
17. Utilisation généralisée de l'eHealth Box (et CoBRHA)
18. Inventaire et consolidation des registres

E. Mettre en place une concertation effective

19. Structure de gouvernance de la santé en ligne
20. Monitoring de l'exécution du Plan d'action

ANNEXE: Précisions sur MyCareNet

Points d'action essentiels

L'objectif global du présent plan d'action est la généralisation de l'utilisation des services de santé en ligne autour du patient pour 2018 au plus tard.

A. Définir une architecture de référence et concentrer les efforts sur quelques projets ciblés

Le plan d'action définit d'abord les principes d'une architecture commune pour les projets prioritaires afin de garantir leur convergence : *single signon* pour toutes les applications, connecteur unique, uniformisation des interfaces et normes de communication (services web, messages KMEHR), définition des modalités de partage du consentement et des liens thérapeutiques (via le système hubs & metahub), officialiser le partage des rôles. **Définir un cadre de référence technique standardisé dans lequel les projets prioritaires doivent se développer.** (Par Gouvernance → Q1 2013 : un document résumant les choix techniques fondamentaux)

Il faut ensuite donner priorité aux projets choisis et il faut les finaliser. Ces projets sont soutenus par des incitants financiers et un cadre réglementaire. La priorité est donnée aux projets qui apportent une réelle plus-value à la prise en charge médicale des patients.

Identification/confirmation des projets prioritaires, définition des objectifs de résultats et définition des incitants pour les atteindre. (Par Gouvernance → Q1 2013)

Partager les données au sein de la 1^{re} ligne et des hôpitaux

1. Dossier Médical Global = Dossier Médical Informatisé et le partage de données médicales pertinentes (Point d'action 2.2.1)

Calendrier : 1^{er} janvier 2015

Chef de projet : **Plateforme eHealth** (pour le volet technique)

Responsables : médecins, INAMI, SPF SPSCAE, Régions /Communautés, Plateforme eHealth

Mesurer : pourcentage des DMI par rapport aux DMG, nombre de SUMHER envoyés et reçus, nombre de primes informatiques

Gérer un DMI pour un patient, à condition que celui-ci donne son consentement éclairé, cela suppose (l'obligation d') **actualiser des données de pathologie pertinentes systématiquement dans un SUMEHR et (de) les partager** (via Vitalink, ABruMeT/InterMed ou Inter-Med).

Cela suppose également que **chaque dispensateur de soins tant intra-hospitalier qu'extrahospitalier actualisera sa part des données** qui sont ainsi partagées (p.ex. schéma de médication, schéma de vaccination, etc.)

Il en résulte que toutes les données médicales qui sont pertinentes pour l'accomplissement de leur mission de soins seront partagées avec d'autres dispensateurs de soins.

Un **planning** sera établi pour 2014.

- Ces opérations s'accompagnent d'une cessation progressive et systématique des obligations administratives (cf. plus loin).
- Il est veillé à l'interopérabilité entre Vitalink, ABruMeT/InterMed out Inter-Med.
- La fonction de gestionnaire de DMG est valorisée rendant obligatoire, par voie de loi, l'échange de données entre les médecins traitants et le gestionnaire du DMG.

2. Développement d'un Dossier Patient Informatisé pour chaque hôpital (Point d'action 2.2.7)

Calendrier : 2014-2017

Chef de projet : SPFSPSCAE/DG1

Responsables : SPFSPSCAE, INAMI, Plateforme eHealth, Services informatique hospitalier, Fournisseurs de logiciels

Mesurer: le pourcentage d'hôpitaux encodant (semi-)automatiquement les dossiers médicaux, les Résumés Hospitaliers Minimaux et les registres avec la terminologie de référence de manière structurée.

Le but de ce point d'action est de munir chaque hôpital d'un dossier patient digital minimal, structuré et codé, alimenté de manière semi-automatique et permettant également de produire de manière semi-automatique la lettre de sortie, les demandes de remboursement (INAMI) et permettant aussi d'alimenter (semi-) automatiquement les différents registres (implants / autres) et le RHM. Le système permet d'obtenir des recommandations de bonne pratique (Evidence-Based Medicine, trajets de soins).

a. **Le DPI des hôpitaux est muni d'un ensemble de données minimales** par discipline pour un échange maximal d'informations, basé sur les normes, conformément à la politique en matière de terminologie en vue de l'uniformité de structure et d'encodage (cf. plus loin point d'action 13).

- Pour fin 2014, les règles de mapping seront élaborées en langage normalisé pour toutes les collectes de données en rapport avec les DPI.
- Pour fin 2015, les critères concernant le contenu pertinent minimal du dossier patient (informatisé) seront établis (instauration fin 2016).
- Pour fin 2016, la structure du contenu minimal du dossier patient informatisé sera définie (instauration fin 2017).
- Pour 2017, le contenu minimal du dossier patient informatisé sera disponible en langage normalisé.
- Pour fin 2017 au plus tard, tous les enregistrements (RHM, implants,...) déjà établis en 2012 se feront à partir du DPI d'un hôpital par **communication de système à système**.
- Pour les **nouveaux types d'enregistrement**, établis à partir de 2013, (1) il est convenu au préalable au sein de la Plateforme de concertation (cf. point d'action Gouvernance) quelles données sont effectivement nécessaires au minimum, afin que ces données puissent être déduites automatiquement des processus primaires à l'hôpital, (2) il sera veillé d'emblée à ce que les protocoles de transmission soient autant que possible génériques.

b. Le DPI contient certaines **fonctionnalités de base** qui sont les mêmes pour tous les hôpitaux :

- Pour fin 2014, les fonctionnalités de base que le dossier patient informatisé doit prévoir seront établies (instauration fin 2017).
- Pour fin 2014, les **lettres de sortie** seront enregistrées par voie électronique à partir du DPI d'un hôpital dans le système hubs & metahub (donc pour des destinataires inconnus).
- À partir de fin 2016, le DPI des hôpitaux pourra (s'il contient un schéma de médication informatisé) envoyer la médication de sortie par voie électronique à Vitalink/Inter-Med ou ABruMeT/InterMed (cf. plus loin point d'action 5).

c. Les parties prenantes s'organiseront pour convenir des dispositions nécessaires.

3. Données de médicaments délivrés et Schéma de médication (Point d'action : 2.14.1.)

Calendrier :

2013-Q3 : GFD-DPP comme Source authentique de délivrances (y compris les dispositifs médicaux implantables) et Vitalink/Inter-Med/ABruMeT/InterMed comme source authentique pour le schéma de médication.

2014 : Partage des dossiers de patient soins pharmaceutiques, enregistrement des interventions en matière de soins pharmaceutiques et partage de ces données; implémentation d'un format standardisé pour le partage de données entre les centres de soins résidentiels et les pharmacies.

2015 : Application généralisée d'un schéma de médication standardisé.

Chefs de projet :

- 1) Pour le schéma de médication : **Vitalink & Intermed**
- 2) Pour le dossier Pharmaceutique Partagé : **OPHACO & ABP**

Responsables : SPF SPSCAE, Inami, dispensateurs de soins, hôpitaux et labos intéressés, Plateforme eHealth, fournisseurs de logiciels ...

Mesurer : Nombre de pharmacies d'officine adhérant au GFD-DPP / Nombre d'enregistrements dans la Source authentique des délivrances / Nombre de patients ayant un dossier de soins pharmaceutiques à l'admission et à la sortie de l'hôpital / Indicateurs des 'Simple MedicationReviews' / Nombre de centres de soins résidentiels partageant activement les données avec les pharmacies.

Echange de données au sujet des médicaments délivrés au nom du patient et des autres produits de santé, y compris les implants médicaux notifiés, permettant au pharmacien d'officine d'offrir à tous les patients une 'Simple MedicationReview'. Création de la source authentique de tous les médicaments délivrés en enregistrant dans le Dossier Pharmaceutique Partagé toutes les délivrances effectuées dans les pharmacies d'officine et les pharmacies hospitalières. Partager systématiquement les dossiers de patient concernant les soins pharmaceutiques pour les groupes cibles spécifiques, à l'admission et à la sortie de l'hôpital.

4. Prescription électronique généralisée (Point d'action 2.1.2.)

Calendrier : 2014-2015.

Chef de projet : **Plateforme eHealth** (pour le compte SPF & INAMI)

Responsables : Recip-e, parties prenantes intéressées.

Mesurer : pourcentage de prescriptions électroniques / nombre total de prescriptions.

a. A partir de janvier 2014, toute **prescription médicale** établie au moyen d'un logiciel de dispensateur de soins labellisé ou à partir d'un hôpital DPI (pour les soins ambulatoires / soins dispensés en dehors de l'hôpital) est envoyée automatiquement à Recip-e lorsqu'une connexion internet est disponible.

b. A partir de janvier 2015, toute **prescription médicale de soins de kinésithérapie et d'art infirmier, toute prescription de labo et toute prescription d'imagerie médicale** établie au moyen d'un logiciel de dispensateur de soins labellisé ou à partir d'un hôpital DPI (pour les soins ambulatoires / soins dispensés en dehors de l'hôpital) est envoyée automatiquement à Recip-e lorsqu'une connexion internet est disponible.

c. En 2013 sera fixé le calendrier selon lequel l'utilisation de Recip-e sera également généralisée dans les **maisons de repos, le secteur des soins infirmiers à domicile et les hôpitaux (polyclinique)**. A cet effet, les codes pour les demandes et les résultats seront également normalisés dans les systèmes des dispensateurs de soins ainsi que là où c'est pertinent, le couplage à la communication de commandes et à des systèmes d'accords.

d. A partir de 2015, toute prescription de traitement relative à la pose d'implants, tant intra-hospitalière qu'extrahospitalière, devra être assurée de manière électronique (format à définir).

5. Partage des données via le système hubs &metahub (Point d'action 2.3.2. et 2.4.5.)

Calendrier : voir texte.

Chef de projet : **Plateforme eHealth** (pour le volet technique). L'ISP serait l'interlocuteur pour les labos de biologie clinique.

Responsables : SPF SPSCAE, dispensateurs de soins, hôpitaux et labos intéressés, Plateforme eHealth, fournisseurs de logiciels.

Mesurer : utilisation (NB: un pourcentage croissant planifié de documents/rapports pertinents seront échangés par voie électronique).

a. A partir du 1^{er} janvier 2014, **tous les rapports de consultation, toutes les lettres de sortie et tous les protocoles opératoires ou tous les avis et toutes les données correspondantes** d'un patient ayant donné son consentement éclairé seront accessibles via le système hubs &metahub pour les dispensateurs de soins habilités, tant dans un environnement intramural qu'extramural.

b. **Les résultats de labo intra-muros et extra-muros** de patients ayant donné leur consentement éclairé seront accessibles à partir du 1^{er} janvier 2015 **via le système hubs &metahub, soit Vitalink, ABruMeT/InterMed ou Inter-Med**, tant dans un environnement intramural qu'extramural.

c. **Les rapports d'imagerie médicale intramuraux et extramuraux** de patients ayant donné leur consentement éclairé seront en principe accessibles à partir du 1^{er} janvier 2015 via le système hubs &metahub, soit Vitalink, ABruMeT/InterMed ou Inter-Med, tant dans un environnement intramural qu'extramural.

d. Les données relatives à la pose d'implants intra-hospitalière et extrahospitalière devront également être accessibles à partir de janvier 2015 via le système hubs &metahub.

Développements complémentaires pour les soins chroniques, les soins à domicile, les maisons de repos, la psychiatrie, etc.

Les points d'action suivants visent le développement d'un certain nombre d'instruments digitaux, spécifiquement destinés au partage des dossiers de patient dans le cadre des soins chroniques, des trajets de soins, des soins à domicile, dans les MRPA (Maisons de repos pour personnes âgées) / MRS (Maisons de repos et de soins), en psychiatrie, etc. Soit le soutien d'une approche multidisciplinaire fondée sur les besoins particuliers des patients.

Ces principaux outils sont :

- Un dossier patient informatisé (DPI) : un 'dossier de coordination', qui coordonne les données produites et utilisées par différents professionnels de soins et les assistants sociaux
- L'instrument BelRAI, qui doit comporter les échelles standardisées nécessaires pour les différents types de dépendance

Il est en outre prévu de travailler - ici aussi - avec l'architecture générique (hubs &metahub /coffres), des systèmes et des normes, qui facilitent l'input de données - autant que possible standardisées - et leur réutilisation à des fins diverses (coordination des soins, administration, registres, etc.) et qui soutiennent la collaboration et la communication multidisciplinaires, notamment dans le cadre de circuits de soins et de réseaux.

6. Développement d'un Dossier Patient Informatisé 'minimal' (Point d'action : 2.2.5.)

Calendrier: 2014 -2017.

Le Comité de pilotage propose de solliciter l'avis du **Comité des utilisateurs**.

Responsables : médecins, Plateforme eHealth, fournisseurs de logiciels, SPF SPSCAE, DG2,...

Mesurer : fixation de l'architecture et des normes; réalisation effective; utilisation effective

Développement et utilisation systématique d'un 'DPI minimal' (défini par profession de soins) dans lequel chaque dispensateur de soins entre des données structurées et qui est entièrement destiné au partage et à l'utilisation commune de celles-ci, avec d'autres dispensateurs de soins (ayant des droits d'accès).

Ces données correspondent également à l'ensemble de données qui sont utilisées pour alimenter les registres. A partir du 1^{er} janvier 2014, seules seront encore demandées pour les registres des données téléchargeables automatiquement à partir du 'DPI minimal'.

NB : Début 2015, les données de vaccination des habitants du Royaume seront disponibles via eHealth. Les systèmes ICT de l'ONE, de la Médecine scolaire et le DMI du médecin généraliste seront reliés à ce système de façon optimale.

7. Institutions psychiatriques et autres établissements et le système hubs &metahub (Point d'action 2.8.2)

Calendrier : 1^{er} janvier 2016.

Chef de projet : SPFSPSCAE/DG1

Responsables : établissements et dispensateurs de soins intéressés, Plateforme eHealth, fournisseurs de logiciels, SPF SPSCAE.

Mesurer : réalisation et utilisation

Non seulement les hôpitaux **aigus** mais **aussi les établissements psychiatriques et autres institutions** seront reliés d'ici 2016 au système hubs &metahub en respectant la protection de la vie privée et les règles en matière de secret professionnel.

8. Instauration d'un instrument d'évaluation uniforme (BelRAI) (Point d'action 2.7.1)

Calendrier: 1^{er} juillet 2017.

Chef de projet : SPFSPSCAE/DG1

Responsables: Institut de terminologie, fournisseurs de logiciels, SPF SPSCAE, Communautés et Régions, Utilisateurs DPI, Groupe de travail Passendaele, eHealth (KMEHR), hôpitaux.

Mesurer : réalisation et utilisation

En 2013, l'autorité fédérale établira, en collaboration avec les Régions et les Communautés, un plan pluriannuel pour le développement, l'implémentation et l'utilisation de l'instrument BelRAI, pour les secteurs des soins à domicile, les soins hospitaliers dans les services de gériatrie ainsi que les soins palliatifs.

- a. La première et principale condition d'implémentation est que nous avons besoin d'un **système modulé ou "graduel"** de façon à nous éviter de devoir compléter le BelRAI entier pour des personnes moins dépendantes. (Cf. le pré-module, qui est développé en Flandre).
- b. Une deuxième condition d'implémentation est que nous devons **éviter que les dispensateurs de soins ne doivent introduire les mêmes informations dans différents systèmes**. Il est très important qu'un lien existe avec des dossiers électroniques existants : le DMI et les plans de soins en ligne, les dossiers en ligne, MyCareNet.
- c. Troisième condition d'implémentation: BelRAI, doit également viser une application dans le cadre des **soins à domicile** et doit servir à **définir tous les types de dépendance**, également dans le secteur de l'aide sociale.
- d. Une quatrième condition d'implémentation réside dans la fixation univoque de **paramètres pertinents** (voir plus loin point d'action 12).
- e. La participation des médecins généralistes et des autres dispensateurs de soins est nécessaire. Garantir une introduction unique des données est un stimulant important. D'autres leviers pourront encore s'avérer indispensables .

9. Adaptation de la réglementation et du financement comme stimulants pour l'utilisation (Point d'action 1.1.1.)

Calendrier : : 07/2013 : note commune des administrations (cfr ci-dessous)

A partir de début 2014 : concertation et entrée en vigueur

Chef de projet : SPFSPSCAE/DG1(pour le volet hôpitaux)et INAMI (pour les médecins, les infirmières et les kinés)

Responsables : SPF SPSCAE, INAMI, Commissions de Convention, stakeholders.

Mesurer : conclusion et exécution accords ; adaptation de la réglementation

Avec un budget fermé, le financement existant est adapté afin d'encourager l'utilisation de tous les systèmes de santé en ligne au moyen de stimulants. La législation organique est adaptée afin de créer un cadre pour l'utilisation de systèmes de santé en ligne. Les stimulants futurs doivent toujours veiller à encourager **l'utilisation effective et généralisée** et **l'obtention de résultats bien définis** où la plus-value en matière de soins ("meaningfull use", y compris gains au niveau de l'efficience) est prise en considération dans l'ensemble du contexte de soins.

D'ici juin 2013, les administrations (eHealth, INAMI, SPF SPSCAE) rédigeront une note commune sur les propositions d'adaptations de la réglementation en matière d'agrément et d'accréditation des dispensateurs de soins et d'incitants financiers (prime télématique des médecins, BMF des hôpitaux, etc.). Ces adaptations seront soumises à la concertation et devront entrer en vigueur à partir de 2014

B. Impliquer le patient et accroître les connaissances acquises en matière de santé en ligne

La possibilité pour le patient d'obtenir l'accès à ses données selon des règles fixées est un stimulant naturel pour la production d'informations de qualité et leur actualisation régulière par les dispensateurs de soins. Le patient assure en effet un audit « naturel » des données qui le concernent.

Grâce à un vaste débat, une bonne communication et l'ouverture systématique de la santé en ligne comme partie de chaque formation, les connaissances acquises concernant la santé en ligne, la nécessité, le fonctionnement et l'utilisation naturelle des différents systèmes doivent être considérablement améliorées.

10. Accès du patient aux données (Point d'action : 1.2.3.)

Calendrier : 2013.

Le Comité de pilotage propose de solliciter l'avis du **Comité des utilisateurs**.

Responsables : tous.

Mesurer : accès effectif pour les patients

- a. Il faut prévoir un meilleur accès pour le citoyen à son dossier de patient via un portail patients, ainsi que la possibilité pour le patient d'effectuer des ajouts et de formuler des remarques concernant les données dans son dossier.
Cela exige une disposition légale, soit dans la loi droits de patient, soit dans une autre loi. En tout état de cause, il faut veiller à ce que cette disposition soit cohérente avec le dossier papier tel que réglé dans la loi droits de patient.
- b. Les règles plus spécifiques (règles standards, délai, catégories de patients, etc.) pour l'accès du patient aux données feront l'objet de tests de validation dans le courant de l'année 2013 dans un environnement réel par les hubs volontaires et avec le soutien financier du SPFSPCA. Les conclusions de ces tests seront examinées au sein du **Forum Santé en ligne** (cf.19) qui effectuera les adaptations légales et réglementaires nécessaires.
- c. Dans chaque dossier, chaque donnée aura un auteur à partir du 1er janvier 2014. Le patient devient l'auteur des données qu'il a insérées.

11. Accroître les connaissances acquises en matière de santé en ligne (Point d'action : 1.2.1.)

Calendrier :

Le Comité de pilotage propose de solliciter l'avis du **Comité des utilisateurs**.

Responsables :

Mesurer : existence et implémentation de la grille

- a. Un **large débat social** est mené pour savoir quels dispensateurs de soins doivent recevoir l'accès à quelles données où la demande d'accès à certaines données par un groupe professionnel déterminé est établie scientifiquement et se révèle proportionnelle. Et établir à ce sujet une « grille » sur ce que doit être l'accessibilité ou la non-accessibilité utile (EBM) pour chaque type de dispensateur de soins. (Cf. la « grille » du RSW.).
- b. Dans ce cadre, une **vaste campagne de communication médiatique** est organisée sur l'accessibilité des données afin de conscientiser les patients sur le mode de fonctionnement des systèmes d'échange électronique de données.

12. Intégrer la santé en ligne dans la formation (Point d'action : 1.4.1. et 1.4.2.)

Calendrier : 2015.

Chef de projet : SPFSPSCAE/DG2 (dans le cadre des agréments des professionnels)

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

Responsables : Communautés, SPFSPSCAE,

Mesurer : nombre d'heures/points d'étude/points d'accréditation

- a. Un cours "**santé en ligne**" dans chaque formation en soins de santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier, etc.) d'un nombre d'heures / de points d'étude à déterminer.
- b. Intégration de la santé en ligne dans les **profils de compétence** des différentes professions de soins.
- c. À partir du 1er janvier 2014, **l'accréditation des médecins** sera élargie à une rubrique 11 pour ICT-DMI (minimum 2 points de crédit).
(NB : elle ne relève donc pas de la rubrique « éthique et économie de la santé »).
- d. Chaque **accréditation / formation continue de chaque dispensateur de soins** prévoira obligatoirement 2 heures par an / 2 points d'accréditation pour la formation spécifique sur l'utilisation adéquate des services de santé en ligne (DMI, etc.).

C. Adopter une nomenclature de référence

Il faut définir une stratégie de nomenclatures médicales qui transcende les clivages 1ère/2ème lignes, soit axée sur la clinique et permette secondairement la réutilisation des données dans les contextes administratifs et scientifiques. Les autorités doivent cesser d'imposer des codifications incohérentes au travers des multiples registres. **Un groupe d'experts devra définir et surveiller la stratégie en la matière.**

13. Réalisation d'une politique de terminologie nationale (Point d'action 3.1.1.)

Calendrier : développement incrémental 2013 - 2017.

Chefs de projet : SPFSPSCAE/DG1 et Plateforme eHealth

Le **Comité des utilisateurs** sera également sollicité.

Responsables : CEBAM; SPFSPSCAE; INAMI; WIV-ISP; Plateforme eHealth ; utilisateurs.

Mesurer : utilisation du serveur

a. Tous les efforts fournis actuellement ou ultérieurement pour le développement des standards nécessaires sur le plan de la terminologie et des standards de communication sont dorénavant coordonnés dans une "**politique de terminologie**" nationale et confiés à un "**centre de terminologie national**" qui développe, entretient et met à disposition les outils nécessaires, notamment un **serveur de terminologie**.
Y sont rassemblés tous les standards et systèmes de codification nécessaires afin d'accroître l'interopérabilité sémantique dans le cadre de la communication électronique, en principe tant au niveau fédéral que régional et communautaire.

b. De façon à garantir une interopérabilité entre les données émises au sein du secteur de la santé, un **thesaurus médical de référence** est développé principalement à **partir de la terminologie SNOMED-CT**. Il est créé avec le support d'experts issus de l'ensemble des secteurs concernés et selon une méthode scientifiquement validée dans **des groupes de travail composés d'experts issus du terrain** pour les différents secteurs et catégories de données. Il faudra veiller à une granularité adéquate, permettant de répondre aux besoins spécifiques des différents secteurs. Cela se fera sur base d'une évaluation financière.

Le développement se fera de façon incrémentale, permettant la mise en utilisation sur le terrain dès fin 2013 d'un certain nombre de domaines thérapeutiques et fonctionnalités prioritaires, suivi d'une extension graduelle en étapes. Ceux-ci seront déterminés début 2013 dans un plan de développement incrémental approprié pour les différents utilisateurs.

Le but de cette approche est :

- garantir un développement rapide, en collaboration étroite avec les utilisateurs sur le terrain (les prestataires de soins, les institutions, les administrations et le monde scientifique)
- montrer, tester et améliorer dans la pratique journalière des utilisateurs – dès le début du développement – le fonctionnement des différents éléments du système (interface, terminologie, mapping, etc.) ;
- la possibilité d'ajuster le plan de développement et les différents éléments du système aux besoins évolutif des utilisateurs et augmenter ainsi l'acceptation et l'incorporation du principe d'enregistrements standardisés et codés dans la pratique de tous les prestataires de soins.

c. L'ensemble des systèmes de codification de données aujourd'hui utilisés à diverses fins seront **progressivement « mappés »** (en ce compris les systèmes liés au remboursement tels que la nomenclature INAMI) tandis que tout nouveau concept proposé sera défini en fonction de ce thesaurus de référence.

Le 'mapping' entre les différents systèmes de codifications référencés sur le sol belge et ce thesaurus de référence sera effectué sous la seule responsabilité des autorités concernées et sera réalisé au plus tard en 2017, permettant la traduction mutuelle automatique.

d. De façon à permettre une utilisation aisée de cette ressource sémantique un interface programmé dans chaque système vers le serveur de terminologie devrait devenir la norme. En attendant les autorités concernées mettront à la disposition en juin 2014 au plus tard un **interface utilisateur** par défaut, destiné à être intégré dans les systèmes informatiques des utilisateurs et ainsi utilisable à partir des DMI/DPI et permettant une recherche sémantique dans les principales langues nationales.

e. L'élaboration d'une plateforme électronique sous la forme d'une banque de données en ligne gratuite avec des directives de pratique Evidence-Based et des informations EBM générales. Ces données scientifiques sont directement accessibles depuis un DMI. Cette plateforme peut être parcourue rapidement et aide le dispensateur de soins à retrouver les informations exactes en matière de soins de façon simple et efficace dans la large offre EBM.

D. Faciliter l'administration et la communication

Les administrations et les organismes assureurs doivent s'engager à ne plus imposer l'usage de documents papier et plutôt autoriser l'alternative électronique. Les lois doivent être adaptées pour garantir la protection des patients face aux pressions éventuelles d'employeurs ou d'assureurs.

Dans le courant de l'année 2013, chaque administration devra vérifier dans l'ensemble des règles les éventuels freins par rapport à la santé en ligne. D'emblée, il est également vérifié dans quelle mesure il est possible d'appliquer la réutilisation de données et d'autres formes de simplification administrative.

14. MyCareNet (Point d'action 5)

Chef de projet : les OA

- À travers le **service de facturation**, tout établissement ou dispensateur de soins peut transmettre le fichier de facturation établi dans le cadre du tiers-payant par voie électronique via le réseau.
 - Le **service assurabilité** permet à tout établissement ou dispensateur de soins de consulter les informations (assurabilité et droits dérivés) du bénéficiaire de soins afin de pouvoir réaliser correctement la facturation dans le cadre du tiers-payant.
 - Le **service médico-administratif** offre aux dispensateurs de soins et aux OA la possibilité d'échanger des informations « médico-administratives » par voie électronique et sécurisée.
 - Le **service de gestion du Dossier Médical Global** permet la consultation du droit au DMG du patient, la notification de l'ouverture d'un DMG et la consultation de la liste de patients pour lesquels un médecin a un DMG.
 - Le **service de gestion des hospitalisations** s'occupe des échanges d'information entre l'hôpital et les organismes assureurs dans le cadre de la gestion administrative de l'hospitalisation.
- Pour chacun de ces services un plan d'action détaillé est prévu.

15. Un plan d'action coordonné pour l'harmonisation et la simplification administrative

Calendrier: le premier semestre 2013.

Chef de projet : La Cellule Stratégique prendra l'initiative afin de contacter les différents intervenants.

Responsables : les administrations liées aux risques professionnels et à l'invalidité (Service Indemnités de l'INAMI, DG Personnes avec un handicap du SPF sécurité sociale, Fonds des Accidents de Travail, Fonds des Maladies Professionnelles, MEDEX, etc.), les OA, la plateforme eHealth.

Mesurer: le pourcentage de transmissions via le système digital / la totalité des transmissions.

Au cours du premier semestre de 2013 les administrations, ensemble avec les OA , proposeront **un plan d'action coordonné** qui vise à opérationnaliser de manière SMART toutes les initiatives concernant la simplification administrative de tous leurs flux d'information.

Pour autant que possible **les services existants seront utilisés** (eHealth Box, hubs & metahub, etc.). Les projets devront au maximum se traduire à court terme en bénéfices réels de simplification pour les prestataires et les assurés sociaux (**quick win**).

L'objectif est de standardiser, d'harmoniser et d'intégrer au maximum les systèmes utiles pour la transmission digitale des données, attestations et autres documents, entre les intervenants concernés (médecins du travail, médecins conseil, médecins traitants et spécialistes, médecins contrôle, patients, administrations, etc.). Les utilisateurs devront pouvoir utiliser l'interface le plus simple et uniforme possible. Chaque système devra utiliser systématiquement toutes les données qui ont déjà été encodés ou stockés, afin d'éviter dans la mesure du possible toute forme de double encodage (principe du « **only once** »).

Constituent d'ores et déjà les **priorités**:

- l'informatisation du dossier d'invalidité de l'INAMI (projet IDES) ;
- l'informatisation des certificats médicaux avec les OA et MEDEX ;
- l'outil de communication entre les médecins conseil, traitants et du travail dans le cadre du Plan Back to Work (reprise partielle d'activités/maintien à l'emploi) ;
- l'informatisation des échanges d'informations entre prestataires et administrations dans la constitution des dossiers de demandes d'intervention des assurés sociaux (formulaire électroniques de demande pour le FMP, DG PH et MEDEX).

Chaque administration concernée indiquera une personne responsable pour l'exécution de ce plan d'action.

16. Traçabilité de dispositifs médicaux notamment (Point d'action : 1.2.1.)

Calendrier :

Avril 2014 : Consultation des données relatives aux DMI par les professionnels de la santé

Fin 2016 : Consultation des données relatives aux DMI par le patient ante/post pour sa personne

Chef de projet : AFMPS en étroite concertation avec l'INAMI, le FOD et le WIV

Responsables :

Mesurer : ...

La traçabilité des implants se fera en deux phases parallèles :

- A. Solution intermédiaire : basée sur Qermid, OrthoPride et Dossier Pharmaceutique Partagé (deadline avril 2014). La disponibilité du « Dossier Pharmaceutique Partagé » doit être assurée pour au plus tard fin Q3-2013. Sans quoi les implants pris en considération dans le PDM et non repris dans Qermid et OrthoPride (i.e. Les implants mammaires extrahospitaliers) ne pourront être tracés.

- B. Solution long terme (2016): basée sur le « dossier patient partagé ».

Les actions nécessaires sont entreprises afin d'être en règle avec le projet (26.9.2012) de la nouvelle Directive européenne pour les dispositifs médicaux, dans lesquels les obligations suivantes concernant la traçabilité sont prévues :

- les distributeurs de dispositifs médicaux doivent être capables d'identifier aussi bien leurs fournisseurs que leurs clients;
- les fabricants doivent munir leurs dispositifs d'un code unique d'identification (UDI - Unique Device Identification) qui doit permettre leur traçabilité. Ce système d'UDI sera implémenté progressivement en fonction de la classe de risque des dispositifs;
- l'obligation pour les fabricants, les représentants officiels et les importateurs de s'enregistrer ainsi que les dispositifs qu'ils mettent sur le marché européen dans une base de donnée centrale européenne.

Le 'UDI' sera généralisé en Europe dès 2014, avec une période transitoire de trois ans. Ceci vaut pour tous les dispositifs médicaux et non seulement pour les implants. Il s'agit d'environ 1,5 millions de références (à multiplier par les numéros individuels de série et de lot).

Les données suivantes sont disponibles en Belgique, qui pourraient être utilisés afin d'élaborer déjà en attendant une traçabilité plus fouillée :

1. Notification INAMI des implants (déjà plus de 325.000 implants ont été introduits).
2. Listes nominatives et codes d'identification des implants remboursables (INAMI)
3. Enregistrement Qermid obligatoire pour le remboursement INAMI : pacemakers, défibrillateurs, endoprothèses, stents coronaires
4. Enregistrement facultatif Orthopride
5. Liste des pharmacies ouvertes et fermées au public (AFMPS)
6. Liste des distributeurs reconnus de dispositifs médicaux ainsi que la liste des dispositifs médicaux utilisés en Belgique (AFMPS)
7. Numéro NISS

Si nous utilisons et interconnectons toutes les données disponibles, on pourra améliorer la traçabilité de façon rapide, économique et effective, en attendant l'UDI.

Le but est de garantir, à travers d'un message KMEHR spécifique, que toutes les données relatives à la traçabilité des dispositifs médicaux implantables soient éditables et récupérables par toute personne pour autant que le patient ait donné son consentement éclairé sur le sujet et ce dans le but d'accroître les connaissances disponibles et la santé en ligne (U.23).

N.B. La structure de ce message dépend de la consolidation des résultats des différents groupes de travail associés au Plan Dispositifs Médicaux (PDM), volet Traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables (TDMI), et ne pourra donc se faire qu'au plus tôt fin de ce 1^{er} trimestre 2013.

*Un groupe de travail devra évaluer les points suivants et rédiger un **plan d'action concret** pour l'introduction d'une traçabilité complète :*

- a. Est-ce que les listes d'implants (1&2) peuvent être utilisées pour héberger un enregistrement Qermid (3) ?*
- b. Est-ce que Orthoprime peut être converti vers une application Qermid ?*
- c. Etendre la liste des prestataires/implanteurs reconnus d'implants (5) : cliniques esthétiques, dentistes, ophtalmologues,...*
- d. Obliger les dispensateurs de n'acheter qu'auprès des distributeurs reconnus (6).*
- e. Qermid n'est prévu actuellement que pour les implants et les hôpitaux. Il devrait être utilisable pour tous les dispensateurs et tous les implants.*
- f. Il ne faut pas mettre toutes les données Qermid dans l'application pour la traçabilité ; uniquement l'identité de l'implant (et éventuellement l'identité de l'explantation) et la date ;*
- g. Les implants doivent également être liés à des patients qui ne disposent pas d'un numéro belge NISS (7).*

NB: ce point concerne également d'autres domaines pour lesquels la traçabilité est nécessaire : médicaments, produits de sang, organes, etc. (timing à contrôler cf. FOD/UNAMEC).

17. Utilisation généralisée de la eHealth Box (et CoBRHA) (Point d'action 1.14.2. et 1.14.1.)

Calendrier: 31 décembre 2013.

Chef de projet : SPFSPSCAE/DG2 (dans le cadre du guichet unique)
: Plateforme eHealth

Responsables : tous.

Mesurer : l'existence et l'utilisation du système : CoBRHA, eHealth Box,...

Le but de ce point d'action est d'abord de généraliser l'utilisation de l'eHealth Box pour les contacts avec les autorités. Le deuxième but est de faciliter le contact ou l'échange de données direct entre deux prestataires de soins (ou institutions). Ceci présuppose qu'en dehors des sources authentiques des prestataires individuels, les sources authentiques d'autres entités reconnues soient aussi disponibles dans CoBRHA.

a. A partir de 2014 (et terminé pour 2016) **la communication entre prestataires de soins et autorités se fera en principe via l'eHealth Box (individuelle)**. (A cette fin chaque secteur déterminera les étapes en 2013, décrivant quels types d'informations pertinentes seront échangés et quand).

b. Lors de l'envoi d'un message par un système (homologué) un prestataire est sûr que ce qui est envoyé est **effectivement reçu et lu**. En plus de l'utilisation généralisée de l'eHealthBox (muni d'un système 'out of office' – prévu dès avril 2013) on développera un système, permettant au prestataire d'obtenir une indication si l'autre prestataire suit régulièrement ses messages ou pas.

c. A partir du 1 juin 2013 chaque **poste de garde de médecine générale** dispose d'une reconnaissance comme institution, ayant son propre eHealth Box, permettant d'envoyer et de recevoir des messages.

d. Les sources authentiques nécessaires sont prévues afin de permettre à d'autres institutions, tels que les **pratiques de groupe, pharmacies, RML, etc.**, de disposer de leur propre eHealth Box, avec lequel ils peuvent envoyer et recevoir des messages.

e. Un « **guichet digital unique** », simple d'emploi, qui utilise les données du CoBRHA, Mise à disposition par la Plateforme eHealth du cadastre des professionnels du secteur des soins de santé (CoBRHA) en 2013.

Calendrier : 31 décembre 2013.

Responsables : Projet : Plateforme eHealth / eHealth Authentic Source Workgroup. Sources authentiques : INAMI, SPFSPSCAE, Régions et communautés, BCE, FAGG, ...

Mesurer : moins de cinq minutes pour mettre une adaptation en ordre.

18. Inventaire et consolidation des registres (Point d'action 3.2.1)

Calendrier : 2013.

Chef de projet : **WIV** en étroite concertation avec l'INAMI et le FOD

Responsables: Forum e-Santé (cfr.19), toutes les parties concernées, SPFSPSCAE, INAMI, CIN, WIV-ISP, Vitalink et RSW, ABruMeT/InterMed, Régions et Communautés.

Mesurer: utilisation effective.

a. Un formulaire de description de registres est créé et diffusé à l'ensemble des parties concernées. **L'ensemble des registres existant fait l'objet d'un inventaire** qui devra être terminé sous la responsabilité de l'ISP au plus tard en septembre 2013. Cet inventaire détaillera au minimum la description précise des champs de données collectées, leur statut (facultatif ou non), leur format, les codifications (propriétaires ou non) utilisées, le type d'utilisateur et d'institutions concernés ainsi que tout autre information contextuelle indispensable.

b. Les données nécessaires à l'alimentation des différents registres sont regroupées par professions et/ou institutions. Elles sont intégrées dans **un cahier des charges** publié pour la première fois en 2014 et mis à jour annuellement à destination de l'industrie du logiciel.

c. Des critères de **gouvernance** sont élaborés pour l'élaboration de tout nouveau registre par le Forum e-Santé (cf. 19) en collaboration avec l'ISP et diffusés à l'ensemble des autorités et organisations concernées.

d. Une **consolidation de l'ensemble des données, une analyse des redondances et la détermination d'une architecture de base** seront effectuées pour décembre 2013. Les données standardisées selon des schémas propriétaire non compatibles avec les standards de référence, notamment sémantiques, sont progressivement remplacées selon un planning précis, déterminé par ces derniers, en collaboration avec chaque gestionnaire de fichier.

e. Après concertation entre l'ISP d'une part, et Vitalink, RSW et ABruMeT/InterMed d'autre part, sont définis quels types de données médicales (nécessaires pour les missions de l'ISP) pourraient dans le futur être obtenues directement depuis Vitalink, RSW et ABruMeT/InterMed ne nécessitant ainsi plus d'encodage de la part des prestataires de soins.

Calendrier: analyse des besoins en 2014, réalisation en 2015.

Responsables: WIV-ISP, Vitalink, RSW et ABruMeT/InterMed)

f. Dans le cadre des collectes de données du WIV-ISP, **seules sont demandées aux prestataires de soins les données qui ne se trouvent pas déjà auprès du système hubs & metahub, Vitalink, RSW et ABruMeT/InterMed**. Les données existantes dans le système hubs & metahub en sont extraites directement.

Calendrier : 2015.

Responsables : WIV-ISP, Vitalink, RSW et ABruMeT/InterMed

Mesurer: proportion de données obtenues via le système hubs & metahub.

g. Tout registre répondant à **une finalité secondaire** (non purement clinique) sera alimenté à partir de juin 2015 via une communication de système à système (web services).

h. Dans le cadre des collectes de données du WIV-ISP, les données déjà disponibles dans Vitalink, ABruMeT/InterMed ou les dossiers patient ambulatoires ou hospitaliers, seront transmises suivant la même architecture technique que celle du projet hubs & metahub.

i. Une solution concrète sera mise au point afin de pouvoir réutiliser, de manière anonyme, les **données enregistrées dans un coffre-fort** (Vitalink, Inter-Med et ABruMeT/InterMed). Ce point sera résolu par le choix d'une architecture générique adaptée, basée sur le principe des hubs & metahub.

j. Transformer l'enregistrement actuel des données du Registre du Cancer en fourniture permanente (via 'batch') de données à partir des dossiers médicaux des divers prestataires de soins, afin que le Registre du Cancer soit à jour en permanence et devienne une référence pour les Communautés pour les aider à identifier les personnes qui devraient être convoquées dans le contexte d'une opération *call/recall* dans le contexte de programmes de screening.

Calendrier: 2018 .

Responsables: Registre du Cancer

E. Mettre en place une concertation effective

Il faut réduire le nombre d'organes de concertation et de réunions afin que les acteurs de terrain puissent effectivement s'y impliquer.

19. Gouvernance e-Santé (Point d'action 1.6.2.)

Au terme de la concertation menée dans le cadre de la Table ronde e-Santé, nous pouvons conclure qu'une gouvernance e-Santé transparente et flexible s'avère nécessaire, dans le respect des compétences de chaque niveau politique. Cette gouvernance sera basée sur les éléments suivants:

- a) Citons d'abord le Comité de gestion de la plateforme eHealth dont le fonctionnement est maintenu en l'état. On estime nécessaire, outre les partenaires existants, d'y adjoindre également des représentants des Communautés et des Régions.

Ainsi, les Communautés et Régions auraient également, dans le cadre des objectifs de la plateforme, la possibilité de confier des missions à la plateforme eHealth.

Au sein de la plateforme, il convient de négocier les accords qui s'imposent pour coordonner des actions afin d'éviter les doublons et de garantir une approche uniforme pour les différents dossiers eHealth (par exemple au niveau des systèmes, des architectures et des normes).

Cette approche coordonnée doit permettre, pour le patient, une transition parfaite entre les différents établissements et services de soins de santé, à tous les niveaux.

La plateforme eHealth est chargée de l'exécution concrète et du suivi des projets qui lui sont confiés. À cette fin, la compétence décisionnelle requise lui a été conférée.

Pour l'accomplissement de ses missions, la plateforme reçoit un financement de ses mandants. Les moyens financiers sont gérés par la plateforme eHealth et sont destinés à l'exécution des missions qui lui sont confiées.

Ces principes font l'objet d'un protocole d'accord conclu le 29 avril 2013 au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. Ce protocole servira de base à un accord de coopération tel que prévu dans l'accord institutionnel, à conclure immédiatement après le transfert des nouvelles compétences.

- b) Un forum pour l'e-Santé

Outre le Comité de gestion, il est également nécessaire d'assurer une large participation des différents acteurs (dispensateurs de soins, organismes assureurs, patients, industrie, instances fédérales et régionales...) afin de développer un dialogue sur les priorités futures.

En vue d'une gouvernance adéquate des initiatives prises dans le cadre de eHealth, il est proposé de préciser les compétences du Comité de concertation des utilisateurs de la plateforme eHealth et de charger également le Comité de certaines compétences qui étaient initialement attribuées à l'asbl e-care prévue dans la loi eHealth. Enfin, ce Comité assumera également les tâches actuellement effectuées informellement par le « G19 ».

Le Comité de concertation est chargé, dans l'intérêt du patient, d'encourager l'échange électronique d'informations ainsi que de partager les informations sécurisées entre les acteurs des soins de santé mandatés par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé dans le but :

- de garantir une meilleure qualité et la continuité des soins de santé par une disponibilité permanente des données de santé relatives au patient ;

- de permettre l'optimisation de la collaboration et de la communication entre les dispensateurs de soins en vue d'un meilleur suivi du patient.

Dans certains cas, le Comité de concertation devra obligatoirement être consulté. C'est le cas pour :

- l'organisation des futurs flux de données et registres contenant des données cliniques et ce, pour autant qu'ils aient un impact sur un groupement professionnel ou toute une discipline ;
- la désignation d'une tierce partie de confiance chargée de l'organisation opérationnelle des registres et flux de données précités lorsque la plateforme eHealth ne peut accomplir cette mission ;
- la gestion des liens thérapeutiques et la procédure du consentement éclairé dans le chef des patients, pour autant qu'elles soient définies à l'avenir.

Bien qu'on puisse espérer que le Comité de concertation décidera par consensus, il faudra néanmoins prévoir que les avis ou propositions que formule le Comité de concertation ne seront acceptés que s'ils ont été approuvés avec une majorité des 2/3.

De même, le Comité des utilisateurs devra organiser un exercice périodique de réflexion et concrétiser ainsi un forum permanent pour l'e-Santé.

Ce Comité disposera d'un certain degré d'autonomie. Il formulera des propositions au Comité de gestion eHealth. Il semble logique que le président du Comité des utilisateurs participe aux réunions du Comité de gestion de la plateforme eHealth avec voix consultative.

Le Comité de concertation sera présidé par un médecin et composé par ailleurs de 22 membres ayant voix délibérative (11 dispensateurs de soins - dont 7 médecins, 7 membres proposés par le CIN et 4 membres représentant les associations représentatives de patients) ainsi que des membres représentant les pouvoirs publics avec voix consultative.

Cette proposition implique une modification de la loi. Un projet de loi sera soumis au Conseil des ministres vers la mi-2013.

- c. Le Groupe de direction, qui était l'organe de direction pour la Table ronde e-Santé, et dans lequel les différentes autorités étaient représentées, doit être prolongé tant que les Communautés et les Régions ne seront pas représentées officiellement au sein de la plateforme eHealth. Le Groupe de direction a pour tâche d'assurer l'application de la feuille de route et de proposer des solutions efficaces concernant des situations problématiques. Un rapport semestriel est adressé à la Conférence interministérielle concernant l'exécution de ce plan d'action. Le Groupe de direction assurera également la coordination du plan de communication.

20. Monitoring de l'exécution du Plan d'action (Point d'action 1.1.5.)

Calendrier: 2013 - 2014.

Responsables: les organes de Gouvernance.

Mesurer: la réalisation et le suivi du tableau de bord.

Les **organes de Gouvernance** développent les indicateurs qui démontrent le progrès des aspects clefs du plan d'action, tant au niveau des activités que de l'utilisation et le plus vite possible des résultats (effet clinique et économique, développement de nouvelles connaissances, etc.). Un **tableau de bord avec ces indicateurs** est réalisé pour 2014. Les **organes de Gouvernance** font le **monitoring** de la réalisation du Plan d'Action à l'aide de ce tableau de bord.

ANNEXE : Précisions sur MyCareNet

14. Services MyCareNet

14.1. Facturation

À travers le service de facturation, tout établissement ou dispensateur de soins peut transmettre le fichier de facturation établi dans le cadre du tiers-payant par voie électronique via le réseau.

14.1.1. Point d'action : Facturation via MyCareNet pour les laboratoires

Calendrier : obligation à partir du 1^{er} juillet 2013, implémentation en cours

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, laboratoires

Mesurer : tous les laboratoires factureront via MyCareNet au plus tard le 1^{er} juillet 2013

14.1.2. Point d'action : Facturation via MyCareNet pour les centres de soins résidentiels (MRS-MRPA)

Calendrier : en production depuis 2010, implémentation en cours

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, centres de soins résidentiels (MRS-MRPA)

Mesurer : toutes les MRS et les MRPA factureront via MyCareNet 2 ans après la suppression des factures papier pour les MRS et les MRPA qui utilisent MyCareNet

14.1.3. Point d'action : Facturation et tarification via MyCareNet pour les médecins

a. Facturation

Calendrier : la facturation via MyCareNet sera disponible pour les médecins en 2014

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, médecins

Mesurer : tous les médecins utiliseront MyCareNet pour leur facturation aux OA au plus tard 3 ans après que le premier médecin envoie une facture via MyCareNet.

b. Tarification

Calendrier : la tarification via MyCareNet pour les médecins sera disponible en même temps que la facturation.

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, médecins

Mesurer : tous les médecins qui utilisent MyCareNet pour leur facturation font également usage du service tarification via MyCareNet

14.1.4. Point d'action : Facturation via MyCareNet pour les kinésithérapeutes

Calendrier : la facturation via MyCareNet pour les kinésithérapeutes sera disponible 1 an après la simplification de la nomenclature

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, kinésithérapeutes

Mesurer : tous les kinésithérapeutes utiliseront MyCareNet pour leur facturation aux OA au plus tard 3 ans après que le premier kinésithérapeute envoie une facture via MyCareNet

14.1.5. Point d'action : Facturation via MyCareNet pour les dentistes

Calendrier : la facturation via MyCareNet pour les dentistes sera disponible en 2015

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, dentistes

Mesurer : tous les dentistes utiliseront MyCareNet pour leur facturation aux OA au plus tard 3 ans après que le premier dentiste envoie une facture via MyCareNet

14.1.6. Point d'action : Facturation via MyCareNet pour tous les autres dispensateurs de soins en tiers-payant

- *Calendrier : tous les dispensateurs de soins qui travaillent en tiers-payant pourront facturer via MyCareNet au plus tard en 2016 (non applicable aux pharmacies puisqu'elles utilisent un autre circuit)*

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, groupes de dispensateurs de soins concernés

Mesurer : tous les dispensateurs de soins qui travaillent en tiers-payant utiliseront MyCareNet pour leur facturation au plus tard en 2019.

14.1.7. Point d'action : Facturation via MyCareNet pour tous les hôpitaux et établissements psychiatriques

Les hôpitaux et les établissements psychiatriques utilisent actuellement le système CareNet devenu obsolète pour leur facturation. Ce système sera remplacé par MyCareNet, outil moderne, qui permet de communiquer avec les mutualités de la même façon pour l'administration qu'avec tous les autres services à valeurs ajoutées via la plateforme eHealth.

Calendrier : les hôpitaux et les établissements psychiatriques pourront facturer via MyCareNet à partir de 2013. Tous les hôpitaux et les établissements psychiatriques seront dans l'obligation de facturer via MyCareNet fin 2014

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, hôpitaux, établissements psychiatriques

Mesurer : tous les hôpitaux et établissements psychiatriques factureront via MyCareNet à partir de 2015

14.2. Assurabilité/droits du patient

Le service assurabilité permet à tout établissement ou dispensateur de soins de consulter les informations (assurabilité et droits dérivés) du bénéficiaire de soins afin de pouvoir réaliser correctement la facturation dans le cadre du tiers-payant.

14.2.1. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour les pharmacies

Calendrier : disponible depuis 2011, implémentation en cours

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, pharmacies

Mesurer : toutes les pharmacies utiliseront MyCareNet au lieu de la carte SIS à partir de juillet 2013

14.2.2. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour les laboratoires

Calendrier : disponible depuis 2010, implémentation en cours

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, laboratoires

Mesurer : tous les laboratoires qui utilisent MyCareNet pour leur facturation utilisent le service assurabilité de MyCareNet pour préparer la facturation

14.2.3. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour les centres de soins résidentiels (MRS-MRPA)

Calendrier : disponible depuis 2010, implémentation en cours

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, MRS, MRPA

Mesurer : toutes les MRS et les MRPA qui utilisent MyCareNet pour leur facturation utilisent le service assurabilité de MyCareNet pour préparer la facturation

14.2.4. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour les médecins

Calendrier : sera disponible en 2013, doit être utilisé obligatoirement dans le contexte du tiers-payant social à partir du 1^{er} janvier 2014, fait partie des critères d'homologation pour les packs médecins pour 2013

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, médecins

Mesurer : tous les médecins qui appliquent le tiers-payant social utiliseront le service assurabilité de MyCareNet à partir de 2014

14.2.5. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour les kinésithérapeutes

Calendrier : sera disponible en 2013, doit être utilisé obligatoirement dans le contexte du tiers-payant social à partir du 1^{er} janvier 2014

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, kinésithérapeutes

Mesurer : tous les kinésithérapeutes qui appliquent le tiers-payant social utiliseront le service assurabilité de MyCareNet à partir de 2014

14.2.6. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour les dentistes

Calendrier : sera disponible en 2013, doit être utilisé obligatoirement dans le contexte du tiers-payant social à partir du 1^{er} janvier 2014

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, dentistes

Mesurer : tous les dentistes qui appliquent le tiers-payant social utiliseront le service assurabilité de MyCareNet à partir de 2014

14.2.7. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour tous les autres dispensateurs de soins en tiers-payant

Calendrier : sera disponible au plus tard en 2014, doit être utilisé obligatoirement dans le contexte du tiers-payant social à partir de la mise à disposition

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, dispensateurs de soins

Mesurer : tous les dispensateurs de soins qui appliquent le tiers-payant social utiliseront le service assurabilité de MyCareNet au plus tard fin 2014

14.2.8. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet pour tous les hôpitaux et établissements psychiatriques

Les hôpitaux et les établissements psychiatriques utilisent actuellement le système CareNet devenu obsolète pour consulter l'assurabilité. Ce système sera remplacé par MyCareNet, outil moderne, qui permet de communiquer avec les mutualités de la même façon pour l'administration qu'avec tous les autres services à valeurs ajoutées via la plateforme eHealth.

Calendrier : les hôpitaux et les établissements psychiatriques pourront consulter l'assurabilité via MyCareNet à partir de 2013. Tous les hôpitaux et les établissements psychiatriques seront dans l'obligation de consulter l'assurabilité via MyCareNet fin 2014.

Responsables : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, hôpitaux, établissements psychiatriques.

Mesurer : tous les hôpitaux et les établissements psychiatriques consulteront l'assurabilité via MyCareNet à partir de 2015

14.2.9. Point d'action : Assurabilité via MyCareNet et la BCSS pour tous les CPAS

Les CPAS utilisent l'assurabilité/les droits du patient comme partie de l'enquête sociale. Dans le contexte du projet eCarMed, les CPAS doivent également vérifier si leur client est un assuré social.

Calendrier : fin 2013, l'assurabilité sera proposée via MyCareNet aux CPAS qui pourront la consulter via la BCSS

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, BCSS, CPAS

Mesurer : en 2014, tous les CPAS consulteront l'assurabilité de leurs clients au moyen de MyCareNet via la BCSS

14.2.10. Point d'action : statut BIM via MyCareNet et la BCSS pour les prestataires de tarifs sociaux (De Lijn, SNCB, régions, ...)

Calendrier : dans le courant de 2013, la BCSS offrira aux prestataires de tarifs sociaux (De Lijn, SNCB, régions, ...) des informations relatives au statut BIM de leurs clients

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, BCSS, prestataires de tarifs sociaux. Mesurer : au plus tard à partir de 2014, les prestataires de tarifs sociaux ont, au moment où ils en ont besoin pour la période qui les importe, les informations les plus précises concernant le statut BIM de leurs clients.

14.3. Accords médicaux

Le service médico-administratif offre aux dispensateurs de soins et aux OA la possibilité d'échanger des informations « médico-administratives » par voie électronique et sécurisée.

14.3.1. Point d'action : Accords médicaux médicaments Chapitre IV via MyCareNet

a. Consultation pour les pharmacies et les hôpitaux

Le service « consultation accord chapitre IV » est disponible pour les pharmaciens dans un environnement ambulatoire (pharmacies publiques) et dans un environnement hospitalier (ambulatoire one-day).

Le pharmacien consultera les accords sur la base d'une prescription, la date de délivrance ou la date de la commande du produit s'il n'est pas disponible.

Un pharmacien peut demander une consultation sur la base d'une date et d'un code CNK. En réponse, il recevra l'accord qui concerne le paragraphe (et la quantité pour les accords du modèle E ou C) du code CNK demandé s'il y en a un.

Calendrier : en production en 2013

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, pharmacies, hôpitaux

Mesurer : tous les hôpitaux et toutes les pharmacies utiliseront le service consultation accord médicaments chapitre IV de MyCareNet en 2015

b. Demande d'accord Chapitre IV pour les pharmacies, les médecins et les hôpitaux

Ce service est disponible pour les médecins prescripteurs dans un environnement ambulatoire et dans un environnement hospitalier.

Le médecin prescripteur demande un accord via son logiciel ou via l'application web.

Certaines demandes (sans annexe) pourront immédiatement être « attribuées » ou « refusées » (synchrone).

Le médecin prescripteur recevra ensuite sa réponse dans les secondes qui suivent.

Pour d'autres demandes, le médecin-conseil devra procéder à une intervention manuelle (ex. analyse des annexes). Dans ce cas, l'OA transmettra immédiatement un message au médecin prescripteur lui communiquant que la demande sera traitée ultérieurement par le médecin-conseil.

Dans une deuxième phase du projet, une réponse sera envoyée dans les jours qui suivent au médecin prescripteur via MyCareNet pour les demandes qui doivent être analysées par le médecin-conseil personnellement.

Dans tous les cas, la décision sera envoyée par lettre au patient.

Consultation accord Chapitre IV

Un médecin peut demander une consultation Chapitre IV pour un patient avec qui il a une relation thérapeutique sur la base :

- D'une date. Dans ce cas, il recevra tous les accords qui répondent à sa demande et qui sont valables pendant une période (une partie de celle-ci) de deux ans à partir de la date demandée.
- D'une période. Dans ce cas, il recevra tous les accords qui répondent à sa demande et qui sont valables pendant la période demandée (une partie de celle-ci). Cette période doit être limitée à deux ans, mais elle peut entièrement se situer dans le passé.

Ce service est disponible pour les médecins dans un environnement ambulatoire et dans un environnement hospitalier.

Calendrier : en production en 2013

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, médecins

Mesurer : tous les médecins utiliseront le service demande accord médicaments Chapitre IV en 2016

14.3.2. Point d'action : Demandes médico-administratives via MyCareNet pour les soins infirmiers à domicile

Ce service comporte trois volets :

- Demande de forfait A, B, C ou toilette ;
- Demande de soins palliatifs ;
- Notification pour les prestations techniques spécifiques.

Calendrier : en production depuis 2010, obligatoire à partir de juillet 2013

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, praticiens de l'art infirmier à domicile

Mesurer : à partir de juillet 2013, tous les praticiens de l'art infirmier à domicile utiliseront MyCareNet pour les demandes de forfait A, B, C, les toilettes et les soins palliatifs ainsi que les pour les notifications de prestations techniques spécifiques

14.3.3. Point d'action : Accords médicaux via MyCareNet pour les kinésithérapeutes

En suivant les mêmes mécanismes et les flux identiques que pour les accords médicaux Chapitre IV, le kinésithérapeute peut également demander et consulter des accords médicaux via MyCareNet.

Mais il faut préalablement simplifier la nomenclature de kinésithérapie (cf. également facturation kiné via MyCareNet)

Calendrier : 2 ans après la simplification de la nomenclature de kinésithérapie, les services demande et consultation accords médicaux seront mis à disposition pour le kinésithérapeute via MyCareNet

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, kinésithérapeutes

Mesurer : 3 ans après la mise en fonctionnement du service, tous les kinésithérapeutes utiliseront les services demande et consultation accords médicaux mis à disposition pour les kinésithérapeutes via MyCareNet

14.3.4. Point d'action : Accords médicaux via MyCareNet pour les logopèdes

Calendrier : au maximum 1 an après les kinésithérapeutes, les services demande et consultation accords médicaux seront mis à disposition pour les logopèdes via MyCareNet

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, logopèdes

Mesurer : 3 ans après la mise en fonctionnement du service, tous les logopèdes utiliseront les services demande et consultation accords médicaux mis à disposition pour les logopèdes via MyCareNet

14.4. Administration

14.4.1. Point d'action : Gestion du DMG via MyCareNet

Les services concernés sont :

- Consultation du droit DMG d'un patient ;
- Notification DMG pour l'ouverture, la reprise et la prolongation d'un DMG (y compris la clôture du DMG).
- Consultation de la liste des patients pour lesquels le médecin est détenteur du DMG.

Calendrier : disponible en 2013

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, médecins

Mesurer : l'administration pour les médecins en rapport avec le DMG sera moins complexe à partir de 2014 et tous les médecins utiliseront MyCareNet pour gérer leur DMG en 2016

14.4.2. Point d'action : Gestion de l'hospitalisation

Ce service concerne l'échange d'informations entre l'hôpital et l'organisme assureur dans le cadre de la gestion administrative de l'hospitalisation.

Calendrier : à partir de 2013, les hôpitaux et les établissements psychiatriques pourront gérer l'hospitalisation avec les mutualités via MyCareNetuitvoeren. Tous les hôpitaux et établissements psychiatriques seront dans l'obligation de le faire via MyCareNet fin 2014

Responsabilité : CIN + OA

Parties prenantes : CIN, OA, INAMI, plateforme eHealth, hôpitaux, établissements psychiatriques.

Mesurer : tous les hôpitaux et établissements psychiatriques utiliseront MyCareNet pour gérer l'hospitalisation avec les mutualités à partir de 2015.

Remerciements à:

ABSIL Carole (AGORIA) - AERTGEERTS Bert (CEBAM) - AYEELS Daan (Huis voorgezondheid – 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 (VMSG) - BINAME Vanessa (FAGG-AFMPS) - BOERS Martin (Wit-GeleKruisVlaanderen) - BOLLEN Marlies (Zhapothekers) - BONTE PIERRE (RIZIV) - BOURDA Alain (Cabinet Affaires Sociales) - BOVERIE Renaud (MLOZ) - BROECKX Dirk (RondetafeleHealth) - BRONCKAERS Jean-Pierre (LiberaleMutualiteiten) - 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 Middelaers Gent) - CORNELY Marc-Henri (OPHACO) - CORNWELL Steffi (KAVA) - CRABBE Daniel (RIZIV) - CUYPERS Dirk (FOD Volksgezondheid) - DAEMS Peter (IT-manager Wit-GeleKruis) - 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 (VlaamseGemeenschap) - DE GROOTE Guy (CRI) - DE JONGHE Wouter (Vlaams AgentschapZorg 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-GeleKruis van Antwerpen) - DEBBAUT Bernard (CM) - DEGADT Peter (ZorgnetVlaanderen) - DEJONCKHEERE Dominique (Vlaams AgentschapZorg 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 (VlaamseGemeenschap) - D'HAVE Arabella (FOD Volksgezondheid) - D'HOLLANDER Katrien (SVHG) - DHONDRT 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) - DUVILLIER Thibaut (Cabinet Affaires Sociales) - DUJYCK Martine (LNZ) - EECKELAERT Arlette (CermaMedicallab 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 (HuisartsenVereniging 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) - HAELTERMAN 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 (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 (Apothekerspubliekeofficina) - LENSSEN Jan (Kind&Gezin) - LEPOUTRE Marie-Elise (CHWAPI Tournai) - LEROY Mathias (WIV-ISP) - LEYSENS Guido (VVT) - LIESSE Anne (Communauté française) - LOISEAU Jean (Santhea) - LOMBARD Maryvonne (FIIB - FNIB Verpleegk.) - LUYTEN Leon (UZA) - MAES Luc (eHealth Platform) - MAHIEU Saskia (ZorgnetVlaanderen) - MAHY Didier (AFMPS/FAGG) - MANSOUR Djamilia (WIV-ISP) - MATTHYS Paul (FOD Volksgezondheid) - MEUSSEN Katrien (AZ KlinaZhapo) - MERTENS Ingrid (FOD Volksgezondheid) - MEYER Marc (NIC) - MEYNCKENS Veerle (Privacycommissie) - MICHEL Claude (St Pierre Bruxelles) - MICHELIS 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) - NYSSEN Marc (VUB) - OLIN Jacques (Mutsoc) - OLIVIER Philippe (CHC - Assoc. Francophone des Médecins-Chefs) - OPSOMER Joke (apopubliekeofficina) - PAQUAY Louis (Wit-GeleKruisVlaanderen) - PASCAL Ronny (Verpleegkundigengroep) - PAUL Isabelle (Gouv. Wallonie) - PAUWELS Bart (Solidariteitvoorhetgezin) - 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) - QUENNERY Stefanie (Zhapothekers) - QUINET Muriel (SPF Santé Publique) - QUINTIN Emmanuel (eHealth Platform) - QUIRYNEN Vincent (Agoria) - QUOILIN Sophie (WIV-ISP) - RAEYMAEKERS Peter (ZorgnetVlaanderen) - RAMAECKERS Dirk (ZNA) - RINCHARD Emilie (Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé) - ROBAYS Hugo (UZ Gent) - ROBEN Frank (eHealth) - ROEX Ann (Academisch Centrum voorhuisartseneeskunde 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) - SAVEKOUK 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) - THUIS Fons (RIZIV) - THIRION Melissa (Assuralia) - THIRY Antoine (FIH) - THONON Olivier (CHU Liège) - THYS Filip (VlaamseBeroepsverenigingTandartsen) - 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 (ZorgnetVlaanderen) - VAN DEN KIEBOOM Arnout (ASGB) - VAN DER BREMPT Isabelle (FOD Volksgezondheid) - VAN DER ESSEN Gauthier (INAMI) - VAN DEUREN Ingrid (SozialistischeMutualiteiten) - VAN DOOREN Fabienne (AXXON Fr) - VAN GANSBEKE Hendrik (Wit-GeleKruis) - 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) - VERCRUYSE Bernard (Cabinet Affaires Sociales) - VERERTBRUGGEN Patrick (NIC) - VERMEEREN Luc (AXXON) - VERRTE 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 (ZorgnetVlaanderen) - WILLEMS Ludo (UZ Leuven) - WIMMER Gilda (ipv CRABBE Daniel (RIZIV) - WINNEN Bert (RIZIV) - WOUTERS Dominique (UCL/BVZA) - WYFFELS Antonine RIZIV - ZAMUROVIC Damica (CAAMI) - ZWANEOEL Lieven (apopubliekeofficina).