

Arrêté ministériel fixant les modalités de répartition du budget de l'année 2017 visé à l'article 61, § 1^{er}, 4°, et § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

La Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales,

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 105, § 1^{er}, modifié par la loi du 10 avril 2014;

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, l'article 61, § 1^{er}, 4° et § 2 ;

Vu l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, donné le 26 octobre 2017 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 13 novembre 2017 ;

Vu l'avis ... du Conseil d'Etat, donné le ..., en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Arrête :

Article 1^{er}. Pour la répartition du budget 'Early adopter' prévu à l'article 61, § 1^{er}, 4° et § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, 15 fonctionnalités de base, auxquelles sont associées des conditions, sont utilisées pour identifier les hôpitaux pris en considération.

Art. 2. Les hôpitaux qui estiment être dans les conditions du présent arrêté doivent prouver que ces fonctionnalités avec la totalité des conditions décrites sont, d'une part, intégrées dans leur Dossier patient informatisé (DPI) selon les conditions décrites au § 1^{er} et §2 et, d'autre part, que les fonctionnalités sont effectivement utilisées au sein de leur hôpital selon les conditions décrites dans l'article 3.

Les mécanismes d'interopérabilité entre les différentes fonctionnalités informatisées doivent permettre de visualiser toutes les informations pertinentes du DPI intégré et de soutenir le principe d'une collecte unique de données.

Ministerieel besluit tot vaststelling van de voorwaarden van de budget van het jaar 2017 bedoeld in artikel 61, § 1, 4°, et § 2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

De Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken,

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 105, § 1, gewijzigd bij de wet van 10 april;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, artikel 61, § 1, 4° en § 2;

Gelet op het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 26 oktober 2017;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 13 november 2017;

Gelet op het advies ... van de Raad van State, gegeven op ..., met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Besluit:

Artikel 1. Voor de verdeling van het 'early adopters' budget zoals voorzien in artikel 61, § 1, 4° en § 2 van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen worden 15 corefunctionaliteiten, met geassocieerde voorwaarden, gebruikt om te identificeren welke ziekenhuizen in aanmerking komen.

Art. 2. De ziekenhuizen die van mening zijn aan de voorwaarden van dit besluit te voldoen dienen te bewijzen dat deze functionaliteiten met het geheel van de beschreven voorwaarden enerzijds geïntegreerd zijn in hun Elektronisch patiëntendossier (EPD) volgens de voorwaarden die worden beschreven in § 1 en §2 en anderzijds dat deze effectief gebruikt worden binnen hun ziekenhuis volgens de voorwaarden beschreven in artikel 3.

Interoperabiliteitsmechanismen tussen de verschillende elektronische functionaliteiten moeten toelaten om alle relevante informatie te visualiseren in het geïntegreerd EPD en het principe van een eenmalige inzameling van de gegevens ondersteunen.

§ 1^{er}. Description des fonctionnalités pour les hôpitaux non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et des hôpitaux et services Sp soins palliatifs.

Afin de garantir que les différents fonctionnalités sont intégrés des mécanismes d'interopérabilité doivent permettre aux fonctionnalités de maintenir et visualiser toutes les informations pertinentes et l'information doit être synchronisé et accessible pour que les prestataires de soins puissent consulter le dossier complet via le DPI intégré.

Afin de garantir un processus de suivi en toute sécurité de la création et la modification d'un dossier ou de parties d'un dossier, la source (par exemple le fournisseur, l'identifiant du système ou le patient, l'emplacement, le temps) des mises à jour doit toujours être documentée pour chaque item et version.

1. Identification unique et description du patient :

- a) Présence de données démographiques et administratives obligatoires comme prénom, nom, sexe, date de naissance, adresse, NIS ;
- b) ID unique pour chaque application et sous-application: activation et identification du patient sans réintroduire les données d'identification ;
- c) Si une erreur d'encodage d'information est détectée concernant l'ID du patient, la correction doit être possible) ;
- d) Une table de référence, qui cartographie les différents ID d'un même patient, pour différentes applications, est opérationnel ;

2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient. Les différents types de données qui doivent être supportés et utilisés par le système d'information de l'hôpital sont :

- a) Diagnostics ;
- b) Traitements ;
- c) Interventions réalisées et planifiées ;
- d) Procédures diagnostiques planifiées et réalisées ;

3. Liste des allergies et intolérances: une interface vers des sources d'informations relatives aux allergènes existe ;

4. Prescription électronique des médicaments :

- a) Base de données de l'hôpital pour sélectionner un produit ;
- b) Informations médicamenteuses disponibles ;
- c) Aperçu du schéma médicamenteux ;

§ 1. Beschrijving van de functionaliteiten voor de niet-psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en de Sp-zikenhuizen en -diensten voor palliatieve zorg.

Om ervoor te zorgen dat de verschillende functionaliteiten geïntegreerd zijn, moeten interoperabiliteitsmechanismen de functionaliteiten in staat stellen om alle relevante informatie te onderhouden en te visualiseren en moet de informatie worden gesynchroniseerd en toegankelijk zijn zodat de zorgverstrekkers een volledig dossier kunnen consulteren via het geïntegreerd EPD.

Teneinde het proces van veilig bijhouden van de creatie- en modificatietijd van een dossier of delen van een dossier dient de bron (bijvoorbeeld de provider, de systeem-id of de patiënt, de locatie, tijd) van deze updates altijd te worden gedocumenteerd voor elk item en elke versie.

1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving:

- a) Verplichte demografische en administratieve gegevens zijn aanwezig zoals voornaam, familienaam, geslacht, geboortedatum, adres, NIS;
- b) Unieke ID voor elke applicatie en sub-applicaties: activatie en patiëntidentificatie zonder de identificatie-informatie opnieuw in te voeren;
- c) Als er een encodage "fout" is ontdekt met betrekking tot de patiënt-ID dan is het mogelijk om dit te corrigeren;
- d) Een referentietabel die de verschillende ID's van dezelfde patiënt in kaart brengen, voor verschillende applicaties, is operationeel;

2. Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt. De verschillende gegevenstypes die ondersteund en gebruikt moeten worden door het ziekenhuisinformatiesysteem zijn:

- a) Diagnoses;
- b) Behandelingen;
- c) Uitgevoerde en geplande interventies;
- d) Uitgevoerde en geplande diagnoseprocedures;

3. Lijst van allergieën en intoleranties: een interface naar gegevensbronnen over allergenen bestaat;

4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen:

- a) Ziekenhuisdatabank om een product te selecteren;
- b) Informatie over beschikbare geneesmiddelen;
- c) Overzicht van het medicatieschema;
- d) In een gestructureerd formaat;

- d) Sous un format structuré ;
- e) également disponible pour les patients ambulatoires.
5. Interactions entre médicaments : fonctionnalité non obligatoire à ce stade ;
6. Registre électronique de l'administration des médicaments liée à l'e-prescription :
- Enregistrement électronique des doses des médicaments administrées;
 - Lien avec l'enregistrement électronique de l'administration des médicaments (eMAR) pour préparer la distribution sur la base d'une posologie et/ou d'informations de prescription ;
7. Module de planification des soins infirmiers :
- Enregistrement des soins infirmière et vue des soins infirmiers ;
 - Évaluation et enregistrement des problèmes et risques au niveau du nursing ;
 - Support pour les outils et échelles d'évaluation : p. ex. activités de la vie quotidienne (AVQ) de Katz, dénutrition, décubitus, douleur,... ;
8. Gestion des rendez-vous :
- Enregistrement standard, modification et annulation de rendez-vous ;
 - Créer un ID patient temporaire pour un nouveau rendez-vous ;
9. Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale, de laboratoire ou de demande d'avis médicaux :
- Par demande d'avis médicaux, on entend les demandes d'avis par un médecin pour un patient hospitalisé à un médecin-spécialiste d'une autre discipline ;
 - Générer une demande, sur base d'un modèle, avec identification intégrée et chaque demande est remplie avec les informations nécessaires et appropriées;
 - Enregistrées dans le dossier patient ;
 - La demande avec son statut est consultable électroniquement;
 - Les demandes peuvent être entrées, tracées et arrêtées;
10. Lettre électronique de sortie :
- La lettre de sortie provisoire est disponible par voie électronique à la sortie de l'hôpital;
 - Cette information est extraite du dossier patient informatisé et est structurée comme décrit dans l'article 3 §3 de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi
- e) ook beschikbaar voor de ambulante patiënten.
5. Geneesmiddeleninteracties: niet verplichte functionaliteit in dit stadium;
6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen, dit hangt samen met het e-voorschrift:
- Elektronische registratie van de toegediende medicatiedosis ;
 - Link met het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen (eMAR) om de distributie voor te bereiden op basis van het posologieschema en/of voorschriftinformatie;
7. Module voor verpleegkundige zorgplanning:
- Registratie van de verpleegkundige zorgen en overzicht van de verpleegkundige zorgen;
 - Beoordeling en registratie van verpleegkundige problemen en risico's;
 - Ondersteuning voor evaluatietools en -schalen: b.v. Activiteiten Dagelijks Leven (ADL) van Katz, ondervoeding, decubitus, pijn,...;
8. Beheer van de afspraken:
- Standaard afspraakregistratie, wijziging, verplaatsing, annulatie van de afspraak;
 - Aanmaken van een tijdelijke patiënt-ID voor nieuwe afspraak;
9. Elektronisch invoeren van aanvragen voor medische beeldvorming, laboratorium of consulten:
- Onder consult verstaan we de aanvragen van een advies door een arts voor een opgenomen patiënt aan een arts-specialist van een andere discipline;
 - Een aanvraag aanmaken, op basis van een sjabloon, met geïntegreerde identificatie en elke aanvraag wordt ingevuld met de nodige en passende patiëntinformatie;
 - Opslaan in het patiëntendossier;
 - De aanvraag met zijn status is elektronisch consulteerbaar;
 - Aanvragen kan men invoeren, traceren en stoppen;
10. Elektronische ontslagbrief :
- De voorlopige ontslagbrief is elektronisch beschikbaar bij ontslag uit het ziekenhuis;
 - Deze informatie komt uit het elektronisch patiëntendossier van het ziekenhuis en de ontslagbrief is gestructureerd zoals beschreven in het artikel 3 §3 van het KB van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waarvan het medisch dossier,

sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre ;

c) Pour chaque admission du patient, une lettre de sortie électronique est disponible. Le délai entre la date de fin d'un séjour hospitalier et la mise à disposition de la lettre de sortie électronique validée par un médecin ne dépasse pas 30 jours ;

11. Enregistrement des paramètres vitaux :

a) Interface pour la saisie de données, affichage et historique de paramètres vitaux ;

b) Des paramètres vitaux possibles peuvent être retrouvés dans le tableau Kmehr 'Parameters' publié sur le site de la plateforme eHealth :

<https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/content/page/tables/188/parameters>;

12. Enregistrement du consentement éclairé du patient ou déclaration explicite que le consentement éclairé ne s'applique pas:

a) Le DPI permet l'enregistrement des déclarations concernant le consentement éclairé et les consentements éclairés donnés peuvent être consultés par patient dans un aperçu unique, y compris l'identité de la personne qui a donné le consentement et la manière dont celui-ci a été obtenu : verbalement, par la signature d'un formulaire de consentement ou par d'autres moyens.

Les obligations légales suivantes exigent le consentement éclairé du patient:

1. Interruption de grossesse (article 350, premier alinéa, Code pénal) ;
2. Prélèvement d'organes d'un donneur vivant (art. 8, §2, de la loi du 13 Juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes) ;
3. Prélèvement de matériel corporel humain de personnes vivantes (art. 10, § 5, de la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique) ;
4. Expérimentations sur la personne humaine (article 6, §1, de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine) ;
5. Procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Loi du 6 Juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes) ;

bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen;

c) Voor elke opname van de patiënt is een ontslagbrief beschikbaar. Het interval tussen het ontslag van de patiënt en de beschikbaarheid van de door de arts gevalideerde elektronische ontslagbrief bedraagt maximum 30 dagen;

11. Registratie van de vitale parameters :

a) Interface voor gegevensinvoer, weergave en de historiek van vitale parameters;

b) Vitale parameters kunnen teruggevonden worden in de Kmehr tabel 'parameters' gepubliceerd door het eHealth-platform:

<https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/content/page/tables/188/parameters>;

12. Registratie van de geïnformeerde toestemming van de patiënt, of de expliciete vermelding dat de geïnformeerde toestemming niet van toepassing is:

a) Het EPD ondersteunt de registratie van de meldingen omtrent de geïnformeerde toestemming en de gegeven geïnformeerde toestemmingen zijn raadpleegbaar per patiënt in een uniek overzicht, waarbij ook de identiteit van de persoon die de toestemming gegeven heeft wordt aangegeven en hoe ze verkregen werd; mondeling, door een toestemmingsformulier te ondertekenen, of op eender welke andere manier.

De volgende wettelijke verplichtingen vereisen de geïnformeerde toestemming van de patiënt:

1. Zwangerschapsafbreking (art. 350, eerste lid Strafwetboek);
2. Wegname orgaan bij levende donor (art. 8, §2 van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen);
3. Wegname van menselijk lichaamsmateriaal bij levende donor (art. 10, §5 van de wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek);
4. Medisch experiment op de menselijke persoon (art. 6, §1 van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon);
5. Medisch begeleide voortplanting en bestemming van overtollige embryo's en gameten (Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtollige embryo's en gameten);

6. Recherche in vitro sur les embryons (article 8 de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro) ;
 7. Prélèvement du sang effectué chez des sujets de moins de 18 ans (art. 9, § 3 de la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine) ;
 8. Euthanasie (article 3, §4, de la loi du 28 mai 2002 sur l'euthanasie) ;
 9. Actes de médecine esthétique ou chirurgicale et de chirurgie esthétique (art. 18, § 3 de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique ou chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes) ;
 10. Interventions chirurgicales chez les mineurs (Le médecin a toujours besoin du consentement du (de la) mineur(e) ainsi que celui des parents pour un traitement médical ou une intervention chirurgicale (Art. 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient) ;
- b) Les consentements éclairés sont consultables par patient dans un aperçu unique ;
- c) Les consentements éclairés ou la déclaration explicite que le consentement éclairé ne s'applique pas, doivent être horodatés dans le DPI avec date, heure et nom d'utilisateur ;
13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient ou déclaration explicite que la volonté thérapeutique ne s'applique pas:
 - a) Le DPI doit permettre l'enregistrement des déclarations concernant la restriction de la thérapie ou une planification préalable des soins (advance care planning) du patient ;
 - b) Le DPI doit permettre l'enregistrement de l'historique des différentes volontés, avec mention de la date, qui doit être consultable par les prestataires de soins autorisés ;
 - c) Il existe une liste standard dans chaque hôpital de valeurs possibles pour cette information qui doit être accessible par le DPI ;
 - d) Ces données sont disponibles avec un horodatage électronique ;
 - e) La présence d'une « limitation thérapeutique » est visible dès l'ouverture du dossier du patient ;
 14. Serveur de résultats médicaux/Eléments objectifs du dossier :
6. Onderzoek op embryo's in vitro (art. 8 van de wet van 11 mei 2003 betreffende het onderzoek op embryo's in vitro);
 7. Bloedafname bij een persoon jonger dan 18 jaar (art. 9, § 3 van de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloederivaten van menselijke oorsprong);
 8. Euthanasie (art. 3, §4 van de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie);
 9. Esthetische heilkundige of niet-heilkundige esthetische geneeskundige ingrepen (art. 18, §3 Wet 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heilkundige esthetische geneeskunde en esthetische heilkunde uit te voeren en tot regeling van de reclame en informatie betreffende die ingrepen);
 10. Chirurgische interventies bij minderjarigen (De arts heeft steeds toestemming van de minderjarige en de ouders nodig voor medische behandelingen of chirurgische interventies (Art. 8 van de wet Patiëntenrechten van 22 augustus 2002);
- b) De gegeven geïnformeerde toestemmingen zijn raadpleegbaar per patiënt in een uniek overzicht;
- c) De geïnformeerde toestemmingen, of de expliciete vermelding dat de geïnformeerde toestemming niet van toepassing is, moeten in het EPD worden gedateerd met datum en tijdstip en gebruikersnaam;
13. Registratie van de therapeutische wilsverklaringen van de patiënt, of de expliciete vermelding dat de therapeutische wilsverklaring niet van toepassing is:
 - a) Het EPD moet de meldingen omtrent de registratie van de therapiebeperking of een voorafgaande zorgplanning (advance care planning) van de patiënt toelaten;
 - b) Het EPD laat toe om de historiek van de verschillende wilsverklaringen te registreren met vermelding van de datum van de laatste versie van de registratie, en is raadpleegbaar door de geautoriseerde zorgverstrekkers;
 - c) Er is een standaardlijst van mogelijke waarden voor deze informatie aanwezig in het ziekenhuis die beschikbaar is via het EPD;
 - d) Deze gegevens zijn beschikbaar met een elektronische tijdstempel ;
 - e) De aanwezigheid van een "therapeutische beperking" is zichtbaar bij het openen van het dossier van de patiënt;
 14. Medische resultatenserver/objectieve elementen van het dossier:

a) Il doit contenir des documents pertinents disponibles via un moteur de recherche de résultats, par exemple:

- Rapports liés aux activités postérieures à une prescription telle que définie dans la fonctionnalité Prescription électronique des médicaments ;
- Lettres de sortie ;
- Compte rendus des opérations
- Rapport d'anesthésie;
- Avis spécialisés;
- Compte rendus des examens médico-techniques ;
- Compte rendus d'imagerie médicale comme radiologie et médecine nucléaire)
- Résultats de laboratoire ;
- Attestations médico-administratives ;

b) Le prestataire de soins autorisé peut accéder de manière synchronisée au dossier complet du patient : les demandes et les images de diagnostic qui s'y rapportent, associées au rapport médical du spécialiste, en ce compris les données d'identification du patient ;

c) Le système donne accès à diverses sources multimédias qui peuvent être gérées et consultées, minimum pour l'imagerie médicale). Exemples de ressources multimédia : picture archiving and communication system (PACS), les graphiques d'ondes, par exemple : Electrocardiography ECG et diverses images cliniques enregistrées dans les différentes spécialités telles que la gastro-entérologie, la pneumologie, la dermatologie, ... ;

d) Les données structurées disponibles du laboratoire de l'hôpital doivent être accessibles dans des vues flexibles telles que des tableaux et / ou des représentations graphiques évolutives depuis le DPI. Différents filtres sur les données doivent être présents ;

15. Communication automatisée du DPI avec les hubs et interactions avec e-Health :

a) Référencement automatique de la lettre de sortie et de la lettre de transfert via le système hub-metahub, ainsi que leur communication électronique vers médecins référents (par exemple : eHealthbox) ;

b) Consultation des dossiers de santé d'autres institutions, du Summarized Electronic Health Records (SumEHR) et la consultation de l'aperçu de la médication, des patients pour lesquels les données sont disponibles, via les hubs et les coffres-forts par les prestataires de soins de l'institution ;

a) Deze bevat pertinente documenten die beschikbaar zijn via een resultatenviewer, bijvoorbeeld:

- Rapporten die verband houden met activiteiten na een voorschrift zoals gedefinieerd in de functionaliteit elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen;
- Ontslagbrieven;
- Operatieverslagen;
- Anesthesieverslag;
- Consultverslagen;
- Verslagen van de medisch-technische onderzoeken;
- Verslagen van de medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde;
- Resultaten van het laboratorium ;
- Medisch-administratieve attesten;

b) De geautoriseerde zorgverstreker kan op een gesynchroniseerde wijze toegang hebben tot het volledige patiëntendossier: zowel de aanvraag, als de bijhorende diagnostische beelden, samen met het medisch rapport van de specialist en dit inclusief de identificatiegegevens van de patiënt;

c) Het systeem geeft toegang tot verschillende multimedia bronnen die beheerd en geconsulteerd kunnen worden, minstens voor medische beeldvorming. Voorbeelden van multimedia bronnen: picture archiving and communication system (PACS), waveforms, bv. Electrocardiography ECG en diverse klinische beelden die bij de verschillende specialismen zoals gastro-enterologie, pneumologie, dermatologie, ... worden vastgelegd;

d) De beschikbare gestructureerde gegevens van de eigen ziekenhuislaboratoria moeten vanuit het EPD toegankelijk zijn in flexibele weergaven zoals tabellen en / of evolutieve grafieken. Diverse filters op de gegevens moeten aanwezig zijn;

15. Elektronische communicatie vanuit het EPD met HUB's en interactie met e-Health:

a) Automatische verwijzing naar de ontslagbrief en de verwijsbrief via het hub-metahub systeem, alsook de elektronische communicatie naar de verwijzende artsen (bv: eHealthBox);

b) Raadpleging via de HUB's en de kluizen van gezondheidsdossiers van andere instellingen, de Summarized Electronic Health Records (SumEHR) en, het raadplegen van het medicatie-overzicht in de kluizen, van de patiënten waarvoor de gegevens reeds beschikbaar zijn, door de zorgverstrekkers in de instelling ;

c) Mise à disposition des données électroniques de santé des patients aux autres prestataires de soins.

d) Les registres de Healthdata opérationnels dont les spécifications pour la communication système vers système ont été publiées doivent dans les 2 ans après leur mise à disposition par le gouvernement être connecté à l'EPD comme décrites par la délibération n° 15/009 du 17 février 2015 du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé et les modifications suivantes à cette délibération ;

e) Les services suivants de la plateforme eHealth sont couplés au DPI : système de chiffrement de bout en bout, datation électronique (timestamping), codage et anonymisation, consultation du Registre national et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et vérification de l'assurabilité du patient;

§ 2. Description des fonctionnalités pour les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et les hôpitaux Sp soins palliatifs.

1. Identification unique et description du patient :

a) Présence de données démographiques et administratives obligatoires comme prénom, nom, sexe, date de naissance, adresse, NIS ;

b) ID unique pour chaque application et sous-application: activation et identification du patient sans réintroduire les données d'identification ;

c) Si une erreur d'encodage d'information est détectée concernant l'ID du patient, la correction doit être possible.

d) Une table de référence, qui cartographie les différents ID d'un même patient, pour différentes applications, est opérationnel.

2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient. Les différents types de données qui doivent être supportés et utilisés par le système d'information de l'hôpital sont :

a) Diagnostics ;

b) Traitements ;

c) Interventions réalisées et planifiées ;

d) Procédures diagnostiques planifiées et réalisées ;

3. Liste des allergies et intolérances: une interface vers des sources d'informations relatives aux allergènes existe ;

4. Prescription électronique des médicaments :

a) Base de données pour sélectionner un produit ;

c) Ter beschikking stellen van de elektronische gezondheidsgegevens van patiënten met andere zorgverstrekkers

d) De operationele Healthdata registers waarvan de specificaties voor een system to system communicatie zijn gepubliceerd dienen 2 jaar na hun ter beschikking stelling door de overheid geconnecteerd te zijn met het EPD zoals beschreven in de Beraadslaging nr. 15/009 van 17 februari 2015 van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid en de daaropvolgende wijzigingen van deze beraadslaging;

e) De volgende eHealth diensten zijn gekoppeld met het EPD: End to end vercijfering, Elektronische datering (timestamping), Codering en anonimisering, Raadpleging van het rijksregister en de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en de controle van de verzekerbaarheid van de patient;

§ 2. Beschrijving van de functionaliteiten voor de psychiatrische ziekenhuizen, de ziekenhuizen die enkel beschikken over erkende bedden onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met erkende bedden onder de kenletters A, T of K en de Sp-ziekenhuizen voor palliatieve zorg.

1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving:

a) Verplichte demografische en administratieve gegevens zijn aanwezig zoals voornaam, familienaam, geslacht, geboortedatum, adres, NIS;

b) Unieke ID voor elke applicatie en sub-applicaties: activatie en patiëntidentificatie zonder de identificatie-informatie opnieuw in te voeren;

c) Als er een encodage "fout" is ontdekt met betrekking tot de patiënt-ID dan is het mogelijk om dit te corrigeren.

d) Een referentietabel die de verschillende ID's van dezelfde patiënt in kaart brengen, voor verschillende applicaties, is operationeel.

2. Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt. De verschillende gegevenstypes die ondersteund en gebruikt moeten worden door het ziekenhuisinformatiesysteem zijn:

a) Diagnoses;

b) Behandelingen;

c) Uitgevoerde en geplande interventies;

d) Uitgevoerde en geplande diagnoseprocedures;

3. Lijst van allergieën en intoleranties: een interface naar gegevensbronnen over allergenen bestaat;

4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen:

a) Databank om een product te selecteren;

- b) Informations médicamenteuses disponibles ;
 - c) Aperçu du schéma médicamenteux ;
 - d) Sous un format structuré ;
 - e) également disponible pour les patients ambulatoires.
5. Interactions entre médicaments : fonctionnalité non obligatoire à ce stade ;
6. Registre électronique de l'administration des médicaments liée à l'e-prescription :
- a) Enregistrement électronique des doses des médicaments administrées;
 - b) Lien avec l'enregistrement électronique de l'administration des médicaments (eMAR) pour préparer la distribution sur la base d'une posologie et/ou d'informations de prescription ;
7. Lettre électronique de sortie:
- a) La lettre de sortie provisoire est disponible par voie électronique à la sortie de l'hôpital;
 - b) Cette information est extraite du dossier patient informatisé et est structurée comme décrit dans l'article 3 §3 de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre ;
 - c) Pour chaque admission du patient, une lettre de sortie électronique est disponible. Le délai entre la date de fin d'un séjour hospitalier et la mise à disposition de la lettre de sortie électronique validée par un médecin ne dépasse pas 30 jours ;
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient ou déclaration explicite que le consentement éclairé ne s'applique pas:
- a) Le DPI permet l'enregistrement des déclarations concernant le consentement éclairé et les consentements éclairés donnés peuvent être consultés par patient dans un aperçu unique, y compris l'identité de la personne qui a donné le consentement et la manière dont celui-ci a été obtenu : verbalement, par la signature d'un formulaire de consentement ou par d'autres moyens.
- Les obligations légales suivantes exigent le consentement éclairé du patient:
1. Interruption de grossesse (article 350, premier alinéa, Code pénal) ;
 2. Prélèvement d'organes d'un donneur vivant (art. 8, §2, de la loi du 13 Juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes) ;
 3. Prélèvement de matériel corporel humain de personnes vivantes (art. 10, § 5, de la loi du 19
- b) Informatie over beschikbare geneesmiddelen;
 - c) Overzicht van het medicatieschema;
 - d) In een gestructureerd formaat;
 - e) ook beschikbaar voor de ambulante patiënten.
5. Geneesmiddeleninteracties: niet verplichte functionaliteit in dit stadium;
6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen, dit hangt samen met het e-voorschrift:
- a) Elektronische registratie van de toegediende medicatiedosis ;
 - b) Link met het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen (eMAR) om de distributie voor te bereiden op basis van het posologieschema en/of voorschriftinformatie;
7. Elektronische ontslagbrief :
- a) De voorlopige ontslagbrief is elektronisch beschikbaar bij ontslag van de patiënt;
 - b) Deze informatie komt uit het elektronisch patiëntendossier van het ziekenhuis en de ontslagbrief is gestructureerd zoals beschreven in het artikel 3 §3 van het KB van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waarvan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen;
 - c) Voor elke opname van de patiënt, is een ontslagbrief beschikbaar. Het interval tussen het ontslag van de patiënt en de beschikbaarheid van de door de arts gevalideerde elektronische ontslagbrief bedraagt maximum 30 dagen;
8. Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt, of de expliciete vermelding dat de geïnformeerde toestemming niet van toepassing is:
- a) Het EPD ondersteunt de elektronische registratie van de meldingen omtrent de geïnformeerde toestemming en de gegeven geïnformeerde toestemmingen zijn raadpleegbaar per patiënt in een uniek overzicht, waarbij ook de identiteit van de persoon die de toestemming gegeven heeft wordt aangegeven en hoe ze verkregen werd; mondeling, door een toestemmingsformulier te ondertekenen, of op eender welke andere manier.
- De volgende wettelijke verplichtingen vereisen de geïnformeerde toestemming van de patiënt:
1. Zwangerschapsafbreking (art. 350, eerste lid Strafwetboek);
 2. Wegname orgaan bij levende donor (art. 8, §2 van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen);
 3. Wegname van menselijk lichaamsmateriaal bij levende donor (art. 10, §5 van de wet van 19

décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique) ;

4. Expérimentations sur la personne humaine (article 6, §1, de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine) ;
5. Procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Loi du 6 Juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes) ;
6. Recherche in vitro sur les embryons (article 8 de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro) ;
7. Prélèvement du sang effectué chez des sujets de moins de 18 ans (art. 9, § 3 de la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine) ;
8. Euthanasie (article 3, §4, de la loi du 28 mai 2002 sur l'euthanasie) ;
9. Actes de médecine esthétique ou chirurgicale et de chirurgie esthétique (art. 18, § 3 de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique ou chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes) ;
10. Interventions chirurgicales chez les mineurs (Le médecin a toujours besoin du consentement du (de la) mineur(e) ainsi que celui des parents pour un traitement médical ou une intervention chirurgicale (Art. 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient) ;

b) Les consentements éclairés sont consultables par patient dans un aperçu unique ;

c) Les consentements éclairés ou la déclaration explicite que le consentement éclairé ne s'applique pas, doivent être horodatés dans le DPI avec date, heure et nom d'utilisateur;

9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient ou déclaration explicite que la volonté thérapeutique ne s'applique pas:

a) Le DPI doit permettre l'enregistrement des déclarations concernant la restriction de la thérapie ou une planification préalable des soins (advance care planning) du patient ;

december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek);

4. Medisch experiment op de menselijke persoon (art. 6, §1 van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon);
5. Medisch begeleide voortplanting en bestemming van overtollige embryo's en gameten (Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtollige embryo's en gameten);
6. Onderzoek op embryo's in vitro (art. 8 van de wet van 11 mei 2003 betreffende het onderzoek op embryo's in vitro);
7. Bloedafname bij een persoon jonger dan 18 jaar (art. 9, § 3 van de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong);
8. Euthanasie (art. 3, §4 van de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie);
9. Esthetische heelkundige of niet-heelkundige esthetische geneeskundige ingrepen (art. 18, §3 Wet 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren en tot regeling van de reclame en informatie betreffende die ingrepen);
10. Chirurgische interventies bij minderjarigen (De arts heeft steeds toestemming van de minderjarige en de ouders nodig voor medische behandelingen of chirurgische interventies (Art. 8 van de wet Patiëntenrechten van 22 augustus 2002);

b) De gegeven geïnformeerde toestemmingen zijn raadpleegbaar per patiënt in een uniek overzicht;

c) de geïnformeerde toestemmingen of de expliciete vermelding dat de therapeutische wilsverklaring niet van toepassing is, moeten in het EPD worden gedateerd met datum en tijdstip en gebruikersnaam;

9. Registratie van de therapeutische wilsverklaringen van de patiënt, of de expliciete vermelding dat de therapeutische wilsverklaring niet van toepassing is:

a) Het EPD moet de meldingen omtrent de registratie van de therapiebeperking of een voorafgaande zorgplanning (advance care planning) van de patiënt toelaten;

b) Het EPD laat toe om de historiek van de verschillende wilsverklaringen te registreren met vermelding van de

- b) Le DPI doit permettre l'enregistrement de l'historique des différentes volontés, avec mention de la date, qui doit être consultable par les prestataires de soins autorisés ;
- c) Il existe une liste standard dans chaque hôpital de valeurs possibles pour cette information qui doit être accessible par le DPI ;
- d) Ces données sont disponibles avec un horodatage électronique ;
- e) La présence d'une « limitation thérapeutique » est visible dès l'ouverture du dossier du patient ;

10. Communication automatisée du DPI avec les hubs et interactions avec e-Health :

- a) Référencement automatique de la lettre de sortie et de la lettre de transfert via le système hub-metahub, ainsi que leur communication électronique vers médecins référents (par exemple : eHealthbox) ;
- b) Consultation des dossiers de santé d'autres institutions, du Summarized Electronic Health Records (SumEHR) et la consultation de l'aperçu de la médication, des patients pour lesquels les données sont disponibles, via les hubs et les coffres-forts par les prestataires de soins de l'institution ;
- c) Mise à disposition des données électroniques de santé des patients aux autres prestataires de soins ;
- d) Les services suivants de la plateforme eHealth sont couplés au DPI : système de chiffrement de bout en bout, datation électronique (timestamping), codage et anonymisation, consultation du Registre national et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et vérification de l'assurabilité du patient;

11. Enregistrement et échange d'informations pluridisciplinaires : les données provenant de différentes sources, qu'il s'agisse d'activités infirmières, cliniques ou, le plus souvent, d'activités thérapeutiques, sont disponibles de manière centralisée ;

12. Contrôle du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline via le DPI. Cette fonctionnalité porte sur les aspects essentiels de la gestion des soins :

- a) Les tâches assignées aux différents professionnels de santé comme médecins, infirmiers, pharmaciens, physiothérapeutes, psychothérapeutes, travailleurs sociaux... ;
- b) Les tâches présentées dans le plan de traitement interdisciplinaire, permettant une vue chronologique, au niveau du patient et de l'établissement ;
- c) L'information fournie, à utiliser pendant la consultation interdisciplinaire ;

- datum van de laatste versie van de registratie, en is raadpleegbaar door de geautoriseerde zorgverstrekkers;
- c) Er is een standaardlijst van mogelijke waarden voor deze informatie aanwezig in het ziekenhuis die beschikbaar is via het EPD;
- d) Deze gegevens zijn beschikbaar met een elektronische tijdstempel ;
- e) De aanwezigheid van een "therapeutische beperking" is zichtbaar bij het openen van het dossier van de patiënt;

10. Elektronische communicatie vanuit EPD met HUB's en interactie met e-Health:

- a) Automatische verwijzing naar de ontslagbrief en de verwijzingsbrief via het hub-metahub systeem, alsook de elektronische communicatie naar de verwijzende artsen (bv: eHealthBox);
- b) Raadpleging via de HUB's en de kluizen van gezondheidsdossiers van andere instellingen, de Summarized Electronic Health Records (SumEHR) en, het raadplegen van het medicatie-overzicht in de kluizen, van de patiënten waarvoor de gegevens reeds beschikbaar zijn, door de zorgverstrekkers in de instelling;
- c) Ter beschikking stellen van de elektronische gezondheidsgegevens van patiënten met andere zorgverstrekkers;
- d) De volgende eHealth diensten zijn gekoppeld met het EPD: End to end vercijfering, Elektronische datering (timestamping), Codering en anonimisering, Raadpleging van het rijksregister en de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en de controle van de verzekeraarbaarheid van de patiënt;

11. Multidisciplinaire registratie en informatie-uitwisseling : gegevens van verschillende bronnen, zoals de verpleegkundige activiteiten, de klinische activiteiten, maar vooral de therapeutische activiteiten worden centraal beschikbaar gesteld;

12. Controle van het interdisciplinaire behandelingsplan en van de taken van elke discipline via het EPD) Deze functionaliteit gaat in op de essentiële aspecten van zorgbeheer:

- a) De taken toegewezen aan de verschillende zorgverstrekkers zoals medisch, verpleegkunde, farmacie, fysiotherapie, psychotherapie, maatschappelijke zorg...;
- b) De taken uit het interdisciplinair behandelingsplan, dat een chronologisch beeld geeft, op het niveau van de patiënt en van de instelling;
- c) De verstrekte documentatie, te gebruiken tijdens de interdisciplinaire consultatie;

d) Le plan de traitement interdisciplinaire est 'dynamique' tout au long du processus de soins et peut être clôturé à la fin d'un séjour en hôpital ou être transféré vers des soins ambulatoires ;

13. Enregistrements des isolements : les mises en isolement de patients sont enregistrées et consultables dans le DPI ;

14. Enregistrement des observations : utilisation de concepts et de mots-clés identiques dans les différents DPI ;

15. Support permettant l'intégration de résultats - protocoles - examens demandés en interne mais réalisés en externe :

a) Le support comprend les services d'identification du patient, les données factuelles relatives aux résultats intégrés - type de résultat, origine, valeurs, auteur - et les liens. L'origine du résultat peut être un service qui dispense des soins partagés ;

b) Le support englobe aussi les outils de stockage et de visualisation du/des résultat(s) ou la collecte de résultats ;

c) Les rapports scannés sur support papier ne sont pas pris en considération dans cette fonctionnalité.

§ 3. Pour qu'une fonctionnalité soit éligible au calcul des points décrits dans l'article 3, l'hôpital doit apporter la preuve que les conditions décrites ci-dessus par fonctionnalité ont été mises en œuvre dans le DPI intégré et accessible par tous les utilisateurs de ce dossier.

Art. 3. En outre, pour bénéficier d'un financement 'early adopter', l'hôpital qui s'estime concerné doit également apporter la preuve que le DPI intégré est opérationnel, conformément à l'article 2, §§ 1^{er} et 2 (en particulier l'interopérabilité, la synchronisation et l'accessibilité totale via le DPI intégré) et qu'il est utilisé par les prestataires de soins de manière significative au sein de l'hôpital. Cette preuve doit être fournie de manière claire afin de pouvoir être vérifiée par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. La documentation fournie doit être telle que l'examineur est convaincu que l'information est correcte et suffisante. La documentation est donc supportée autant que possible avec les données de facturation, les données RHM et les captures d'écran par l'hôpital des systèmes d'information hospitaliers utilisés.

Le niveau d'utilisation effective du DPI intégré est mesuré, dans la plupart des cas, pendant une période de référence déterminée, par le résultat d'une division réalisée pour chaque fonctionnalité dont les numérateurs

d) Het interdisciplinair behandelingsplan is 'dynamisch' gedurende het zorgproces en kan worden afgesloten op het einde van een ziekenhuisverblijf of overgedragen naar de ambulante zorg;

13. Registratie van afzonderingen : de afzonderingen van patiënten kan elektronisch geregistreerd en geconsulteerd worden in het EPD;

14. Registratiewaarnemingen: gebruik van identieke concepten en kernwoorden in de verschillende EPD;

15. Ondersteuning om resultaten - protocollen- van intern aangevraagde maar extern uitgevoerde onderzoeken te integreren:

a) De ondersteuning omvat diensten voor patiëntidentificatie, feitelijke gegevens over de geïntegreerde resultaten - type resultaat, oorsprong, waarden, auteur - alsook de links. De oorsprong van het resultaat kan een dienst voor gedeelde zorg zijn;

b) De ondersteuning omvat ook de tools voor het opslaan en weergeven van het resultaat/de resultaten of het verzamelen van resultaten;

c) Gescande papieren rapporten worden beschouwd als buiten scope voor deze functionaliteit.

§ 3. Opdat een functionaliteit in aanmerking kan komen voor de berekening van de punten zoals beschreven in artikel 3 dient het ziekenhuis bewijs te leveren dat de hierboven per functionaliteit beschreven voorwaarden geïmplementeerd werden binnen zijn EPD en toegankelijk zijn voor alle gebruikers van het dossier.

Art. 3. Daarenboven moet het ziekenhuis dat in aanmerking denkt te komen om te kunnen genieten van de 'early adopter' financiering bewijs leveren dat het geïntegreerd EPD operationeel is, conform artikel 2, §§ 1 en 2, van dit Ministerieel Besluit (in het bijzonder de interoperabiliteit, synchronisatie en de volledige toegankelijkheid via het geïntegreerd EPD) en dat het effectief gebruikt wordt door de zorgverstrekkers binnen het ziekenhuis. Dit bewijs moet aangeleverd worden op een door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu verifieerbare manier. De aangeleverde documentatie moeten van die aard zijn dat de recensent van de gegevens overtuigd is dat de informatie correct en afdoende is. De documentatie wordt dan ook zoveel als mogelijk gestaafd met facturatiegegevens, MZG gegevens en screenshots vanuit de gebruikte ziekenhuis informatiesystemen.

Het niveau van het effectieve gebruik van het geïntegreerd EPD wordt gemeten, gedurende de gedefinieerde referentieperiode, in de meeste gevallen via het resultaat van een deling voor elke functionaliteit waarvan de tellers en de

et dénominateurs sont définis en annexe 1A ou 1B selon le type de l'hôpital.

Pour chaque fonctionnalité des stades sont définis par un pourcentage ou nombre minimum à atteindre.

Par fonctionnalité, les hôpitaux atteignant au minimum le pourcentage de l'étape 1 reçoivent un point, les hôpitaux atteignant au minimum le pourcentage de l'étape 2 reçoivent deux points, les hôpitaux atteignant au minimum le pourcentage de l'étape 3 reçoivent trois points. Pour certains critères, aucun pourcentage n'a été défini. Pour le critère 'gestion des rendez-vous', on reçoit un point quand la réponse est supérieure à zéro.

Les annexes 2A et 2B définissent, selon le type d'hôpital, les pourcentages à atteindre pour chaque étape de chaque fonctionnalité.

L'hôpital doit fournir les informations définies dans les numérateurs et, dans la plupart des cas, dans les dénominateurs de chaque fonctionnalité, pour une période de référence correspondant à un trimestre de l'année 2017 au choix de l'hôpital.

Art. 4. Pour les hôpitaux non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et des hôpitaux et services Sp soins palliatifs, la somme des points obtenus par l'hôpital doit être au minimum de 27 points sur 40 points maximum possibles. Le budget 'early adopter' du 1^{er} juillet 2017 est réparti entre les hôpitaux concernés selon les modalités définies ci-dessous.

Pour les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et les hôpitaux Sp soins palliatifs la somme des points obtenus par l'hôpital doit être au minimum de 28 points sur 42 points maximum possibles. Le budget 'early adopter' du 1^{er} juillet 2017 est réparti entre les hôpitaux concernés selon les modalités définies ci-dessous.

Au 1^{er} juillet 2017, le budget 'early adopter' est réparti au prorata du nombre de lits des hôpitaux concernés visés à l'article 2, §§ 1^{er} et 2, en entendant par lit, les lits justifiés au 1^{er} juillet 2017, tels que calculés selon les modalités définies dans l'annexe 3 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 susmentionné, ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 susmentionné. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens

noemers définies en annexe 1A ou 1B selon le type de l'hôpital.

Voor elke functionaliteit werden stappen gedefinieerd in functie van een minimum te bereiken percentage of aantal.

Per functionaliteit ontvangen de ziekenhuizen die ten minste het percentage van stap 1 bereiken één punt, de ziekenhuizen die ten minste het percentage van stap 2 bereiken ontvangen twee punten de ziekenhuizen die ten minste het percentage van stap 3 bereiken ontvangen drie punten. Voor bepaalde criteria werd er geen percentage gedefinieerd. Voor het criterium 'afsprakenbeheer' ontvangt men één punt als het antwoord groter dan nul is.

De bijlagen 2A en 2B definiëren per type van ziekenhuis de percentages die bereikt moeten worden per stap en per functionaliteit.

Het ziekenhuis moet de informatie gedefinieerd in de tellers en in de meeste gevallen in de noemers voor elke functionaliteit, aanleveren voor een referentieperiode die één trimester van 2017 naar keuze van het ziekenhuis betreft.

Art. 4. Voor de niet-psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en de Sp-ziekenhuizen en -diensten voor palliatieve zorg, de som van het totaal aantal behaalde punten per ziekenhuis moet ten minste 27 punten van de maximum 40 mogelijke punten bedragen. Het 'early adopter' budget van 1 juli 2017 wordt tussen de betrokken ziekenhuizen verdeeld volgens de hieronder gedefinieerde voorwaarden.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen, de ziekenhuizen die enkel beschikken over erkende bedden onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met erkende bedden onder de kenletters A, T of K en de Sp-ziekenhuizen voor palliatieve zorg, de som van het totaal aantal behaalde punten per ziekenhuis moet ten minste 28 punten van de maximum 42 mogelijke punten bedragen. Het 'early adopter' budget van 1 juli 2017 wordt tussen de betrokken ziekenhuizen verdeeld volgens de hieronder gedefinieerde voorwaarden.

Op 1 juli 2017, wordt het 'early adopter' budget van 1 juli 2017 pro rata het aantal bedden verdeeld tussen de betrokken ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, §§ 1 en 2, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden op 1 juli 2017, berekend volgens de in bijlage 3 van het vermelde koninklijk besluit van 25 april 2002 gedefinieerde modaliteiten of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2 van het vermelde koninklijk besluit van 25 april 2002. Het aantal

financiers notifié du 1^{er} juillet 2017 et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Art. 5. Les preuves dont question à l'article 2, § 3 et à l'article 3, alinéa 1^{er} ainsi que les données à transmettre dont question à l'article 3 doivent être transmises au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement pour le 15 février 2018 selon des modalités définies par circulaire de la Direction Générale Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Les scores finaux des hôpitaux qui entrent en considération pour le budget 'early adopter' seront publiés sur le site web du SPF Santé publique.

Art. 6. Tout hôpital qui introduit un dossier en vue d'être pris en considération pour la répartition du budget 'early adopter' peut faire l'objet d'un contrôle par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement éventuellement sur place.

En cas de fausse déclaration de la part d'un hôpital, le budget qui lui a été accordé est récupéré et redistribué entre les hôpitaux qui ont obtenu le statut de 'early adopter'. Ce budget est alors réparti selon les modalités définies ci-dessus.

Art. 7. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juillet 2017.

Bruxelles, le 28 NOV 2017

verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het betekende budget van financiële middelen op 1 juli 2017 en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar.

Art. 5. De bewijzen waarvan sprake is in artikel 2, § 3 en artikel 3, eerste lid en de door te sturen gegevens waarvan sprake is in artikel 3 moeten aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden doorgestuurd voor 15 februari 2018 volgens de modaliteiten die gedefinieerd zullen worden door een omzendbrief van de Algemene Directie Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De finale scores van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor het 'early adopter' budget zullen gepubliceerd worden op de website van de FOD Volksgezondheid.

Art. 6. Elk ziekenhuis dat een dossier indient om in aanmerking te komen voor de verdeling van het 'early adopter' budget kan aan een controle door de FOD Volksgezondheid onderworpen worden die al dan niet ter plaatse zal plaatsvinden.

Indien er een valse verklaring wordt afgelegd door het ziekenhuis, zal het toegekende budget teruggevorderd worden en verdeeld worden over de ziekenhuizen die het 'early adopter' statuut hebben verworven. Dit budget wordt verdeeld volgens de hierboven gedefinieerde modaliteiten.

Art. 7. Dit besluit heeft uitwerking met ingang op 1 juli 2017.

Brussel, 28 NOV 2017

Maggie DE BLOCK



Annexe à l'arrêté ministériel du fixant les modalités de répartition du budget de l'année 2017 visé à l'article 61, § 1^{er}, 4°, et § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Annexe 1A : Numérateur et dénominateur par fonctionnalité valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1^{er}

Fonctionnalités	Numérateur	Dénominateur
1. Identification unique et description du patient	Le nombre d'applications de la liste reprise ci-dessous qui sont liées au table de référence des ID au cours de la période de référence	Le nombre total d'applications de la liste reprise ci-dessous présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.
	DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification (TARFAC), Agenda hospitalier, Dossier infirmier, Gestion des Médicaments (prescription - administration), Système d'information radiologie (RIS), PACS, Imagerie médicale autre que RIS-PACS, LIS – Labo Information System, Labo Anatomopathologie, Gestion des lits, Radiothérapie, Module Médecine Nucléaire, Transfusion du sang, Système d'Information cardiologie (CIS), Dossier Mère-enfant, Dossier néphrologique, Dossier de revalidation, Dossier paramédical, Dossier de soins, Dossier dialyse, Dossier psychiatrique, Dossier Oncologie, Dossier néonatalogie, Dossier ophtalmologie, dossier social, Transport du patient, Soins intensifs, Soins intensifs néonataux, Bloc opératoire, Dossier chimiothérapie.	
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic, un diagnostic présent ou un diagnostic temporaire.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
3. Liste des allergies et intolérances	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
4. Prescription électronique des médicaments	Nombre total de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp pour lesquels tous les médicaments sont prescrits par voie électronique par un médecin au cours de la période de référence.	Nombre de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp au cours de la période de référence.
	Nombre total de prescriptions électroniques au cours de la période de référence.	////
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	Nombre total de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp pour lesquels l'administration électronique des médicaments est active au cours de la période de référence.	Nombre de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp au cours de la période de référence.
7. Module de planning des soins infirmiers	Nombre total de lits agréés de l'hôpital pour lesquels le module de planification des soins infirmier est actif.	Nombre total de lits agréés de l'hôpital.
8. Gestion des rendez-vous	Nombre de patients ambulatoires pour lesquels les rendez-vous sont gérés par voie électronique au cours de la période de référence.	////

9. Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale, de laboratoire ou de consultation	Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre total de demandes électroniques dans le domaine de l'imagerie médicale au cours de la période de référence ----- Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre total de demandes électroniques dans le domaine du laboratoire au cours de la période de référence. ----- Nombre total de demandes électroniques d'avis médical au cours de la période de référence.	Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre de demandes dans le domaine de l'imagerie médicale au cours de la période de référence. ----- Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre de demandes dans le domaine du laboratoire au cours de la période de référence. ----- Le nombre de demandes d'avis médical facturé au cours de la période de référence
10. Lettre de sortie électronique	Nombre de lettres de sortie enregistrées dans les 30 jours dans le DPI et validées par le médecin après une hospitalisation classique au cours de la période de référence.	Nombre de patients sortis en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
11. Enregistrements des paramètres vitaux	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique avec au moins un paramètre vital encodé dans le DPI au cours de la période de référence.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
12. Enregistrement du consentement éclairé du patient	Nombre de consentements éclairés légaux et le nombre des déclarations explicites que le consentement éclairé ne s'applique pas pour le traitement encodé électroniquement dans le DPI au cours de la période de référence.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence
13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique avec un enregistrement dans le DPI pour la restriction de la thérapie ou une planification préalable de soins (advance care planning) et le nombre des déclarations explicites que la volonté thérapeutique ne s'applique pas au cours de la période de référence.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence
14. Serveur de résultats médicaux/ éléments objectifs du dossier	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique et en hospitalisation chirurgicale avec minimum deux types différents de documents produits au cours de la période de référence et qui sont consultables via le serveur de résultats.	Le nombre de patients uniques en hospitalisation classique et en hospitalisation chirurgicale au cours de la période de référence.
15. Communication automatisée avec les HUB's et interactions avec eHealth.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour (hospitalisation de jour chirurgicale, forfait d'hôpital de jour de groupe 1 à 7 et forfait douleur chronique 1, 2 et 3) pour lesquels les éléments ou informations enregistrés sont disponibles via les hub/metahub au cours de la période de référence.	Le nombre de patients uniques en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour (hospitalisation de jour chirurgicale, forfait d'hôpital de jour de groupe 1 à 7 et forfait douleur chronique 1, 2 et 3) au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le partage électronique de leurs données de santé.

Annexe 1B: Numérateur et dénominateur par fonctionnalité valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2

Fonctionnalités	Numérateur	Dénominateur
1. Identification unique et description du patient	Le nombre des applications de la liste reprise ci-dessous qui sont liées à la table de référence des ID des patients au cours de la période de référence.	Le nombre total d'applications de la liste reprise ci-dessous présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.
	DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification, Agenda hospitalier, Gestion des lits, Transport du patient, Gestion des Médicaments (prescription - administration), Imagerie médicale (RIS-PACS), Imagerie médicale autre que RIS-PACS, Transfusion de sang, Dossier psychiatrique, Dossier nursing, Dossier paramédical, Dossier de revalidation, Dossier social, Dossier de soins.	
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic ou diagnostic confirmé.	Le nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
3. Liste des allergies et intolérances	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie ou intolérance n'a été détectée ni déclarée.	Le nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
4. Prescription électronique des médicaments	Nombre total de lits agréés sous les index A, T, K, G et Sp y compris soins palliatifs pour lesquelles tous les médicaments sont prescrits par voie électronique par un médecin au cours de la période de référence.	Nombre de lits agréés sous les index A, T, K, G et Sp y compris soins palliatifs au cours de la période de référence.
	Nombre total de prescriptions électroniques au cours de la période de référence	/////
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	Nombre total de lits agréés sous les A, T, K, G et Sp y compris soins palliatifs pour lesquelles l'administration électronique des médicaments est active au cours de la période de référence.	Nombre de lits agréés sous les index A, T, K, G et Sp y compris soins palliatifs au cours de la période de référence.
7. Lettre électronique de sortie	Nombre de lettres de sortie enregistré dans les 30 jours dans le DPI et validé par le médecin après une hospitalisation classique au cours de la période de référence.	Nombre de patients sortis en hospitalisation classique au cours de la période de référence
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient	Nombre de consentements éclairés légaux pour le traitement et nombre de déclarations explicites que le consentement éclairé ne s'applique pas encodés électroniquement dans le DPI au cours de la période de référence.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence
9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique avec un code enregistré dans le DPI pour la restriction de la thérapie ou une planification préalable de soins (advance care planning) et nombre de déclarations explicites	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence

	que la volonté thérapeutique ne s'applique pas au cours de la période de référence.	
10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour (hospitalisation de jour chirurgicale, forfait d'hôpital de jour de groupe 1 à 7 et forfait douleur chronique 1, 2 et 3) pour lesquels les éléments ou informations enregistrés sont disponibles via les hub/metahub au cours de la période de référence.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique ou hospitalisation partielle au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le partage électronique de leurs données de santé.
11. Enregistrement et échange d'informations pluridisciplinaires	Nombre de patients uniques avec au moins deux informations multidisciplinaires (trois pour les hôpitaux psychiatriques) au cours de la période de référence.	Nombre de patients uniques avec au moins une admission au cours de la période de référence
12. Contrôle du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline via le DPI	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un plan de traitement interdisciplinaire rapporté.	Nombre de patients uniques avec au moins une admission au cours de la période de référence
13. Enregistrements des isolements	Nombre d'isolements enregistrés dans le DPI de l'hôpital durant la période de référence.	Nombre total d'isolements au cours de la période de référence.
14. Enregistrement d'observations	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un enregistrement d'une observation.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
15. Support permettant l'intégration de résultats – protocoles – examens demandés en interne, mais réalisés à en externe	Nombre total des résultats demandés en externe au cours de la période de référence et qui sont disponibles dans le DPI	Nombre total des résultats qui ont été demandés en externe au cours de la période de référence

Annexe 2A : Etapes du Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1^{er}

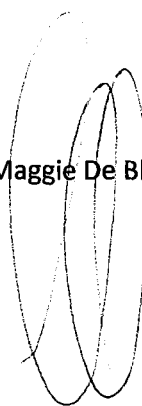
Fonctionnalités	Etape 1	Etape 2	Etape3
1. Identification unique et description du patient	80%	90%	95%
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	20%	50%	80%
3. Liste des allergies et intolérances	30%	60%	90%
4. Prescription électronique des médicaments	30%	60%	90%
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	30%	60%	90%
7. Module de planning des soins infirmiers	5%	30%	60%
8. Gestion des rendez-vous	>0	////	////
9. Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale, de laboratoire ou de consultation	1 sur 3 (RX, labo, consultation) a ratio de 50%	2 sur 3 (RX, labo, consultation) a ratio de 50%	3 sur 3 (RX, labo, consultation) a ratio de 50%
10. Lettre électronique de sortie	80%	90%	95%
11. Enregistrements des paramètres vitaux	50%	65%	80%
12. Enregistrement du consentement éclairé du patient	10%	50%	80%
13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	10%	50%	80%
14. Serveur de résultats médicaux/Eléments objectifs du dossier patient	80%	90%	95%
15. Communication automatisée avec les HUB's et interactions avec eHealth.	80%	90%	95%

Annexe 2B : Etapes du Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2

Fonctionnalités	Etape 1	Etape 2	Etape 3
1. Identification unique et description du patient	80%	90%	95%
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	20%	50%	80%
3. Liste des allergies et intolérances	30%	60%	90%
4. Prescription électronique des médicaments	80%	90%	95%
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017	Pas d'application au 1 ^{er} juillet 2017
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	80%	85%	95%
7. Lettre électronique de sortie	80%	90%	95%
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient	10%	50%	80%
9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	10%	50%	80%
10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth	80%	90%	95%
11. Enregistrement et échange d'informations pluridisciplinaires	70%	80%	95%
12. Contrôle du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline via le DPI	60%	70%	95%
13. Enregistrements des isolements	10%	50%	80%
14. Enregistrement des observations	80%	90%	98%
15. Support permettant l'intégration de résultats – protocoles - examens demandés en interne mais réalisés en externe	60%	70%	80%

Vu pour être annexée à l'arrêté ministériel du ... fixant les modalités de répartition du budget de l'année 2017 visé à l'article 61, § 1^{er}, 4°, et § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Maggie De Block



Bijlage van het ministerieel besluit van tot vaststelling van de voorwaarden van het budget van het jaar 2017 bedoeld in artikel 61, § 1, 4°, en § 2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Bijlage 1A: Tellers en noemers per functionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 1

Functionaliteiten	Teller	Noemer
1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving	Het aantal applicaties uit de lijst hieronder die verbonden zijn met de referentietabel van patiëntenIDs tijdens de referentieperiode.	Het aantal applicaties uit de lijst van applicaties hieronder die aanwezig zijn in het ziekenhuis tijdens de referentieperiode.
	Centraal EPD, Administratieve module (ADT), Facturatiemodule (TARFAC), Afsprakenbeheer, Verpleegkundig dossier, Medicatiebeheer (voorschrijven en toedienen), RIS – Radiologie Informatiesysteem, PACS, Medische Beeldvorming (andere dan RIS-PACS), LIS - Labo Informatiesysteem, Labo Anatomo-Pathologie, Beddenbeheer, Radiotherapie, Nucleaire Geneeskunde, Bloedtransfusie, CIS – Cardiologie Informatiesysteem, Moeder en kind dossier, Nefrologisch dossier, Revalidatiedossier, Paramedisch dossier, Zorgdossier, Psychiatrisch dossier, Dossier oncologie, Dossier neonatologie, Oftalmologisch dossier, Sociaal dossier, Patiëntentransport, Intensieve zorgen, Neonatale intensieve zorgen, Operatiekwartier, Chemotherapie dossier.	
2. Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt	Aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie met registratie van ten minste één nieuwe of aanwezige diagnose of tijdelijke diagnose in de referentieperiode.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie in de referentieperiode.
3. Lijst van allergieën en intoleranties	Aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie in de referentieperiode met ten minste één geregistreerde allergie of intolerantie of met expliciete vermelding dat er geen allergie of intolerantie is geïdentificeerd of gedeclareerd.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie in de referentieperiode.
4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen	Totaal aantal bedden met de kenletter A, C, D, E, G, M en Sp waarvoor alle geneesmiddelen elektronisch worden voorgeschreven in de referentieperiode.	Totaal aantal erkende bedden met kenletter A, C, D, E, G, M en Sp in de referentieperiode.
	Totaal aantal elektronische voorschriften tijdens de referentieperiode	////
5. Geneesmiddeleninteracties	Niet van toepassing op 1 juli 2017.	Niet van toepassing op 1 juli 2017.
6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen	Totaal aantal bedden met de kenletter A, C, D, E, G, M en Sp waarvoor het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen actief is in de referentieperiode.	Totaal aantal erkende bedden met kenletter A, C, D, E, G, M en Sp in de referentieperiode.
7. Module voor verpleegkundige zorgplanning	Aantal erkende ziekenhuisbedden waarvoor de module voor zorgplanning/verpleegkunde actief is in de referentieperiode.	Totaal aantal erkende ziekenhuisbedden.
8. Beheer van de afspraken	Totaal aantal elektronische afspraken voor ambulante patiënten in het elektronisch afspraakbeheersysteem gedurende de referentieperiode.	////

9. Elektronisch invoeren van aanvragen voor medische beeldvorming, laboratorium of adviezen	Voor de patiënten in klassieke hospitalisatie het aantal elektronisch ingediende aanvragen voor medische beeldvorming in de referentieperiode. ----- Voor de patiënten in klassieke hospitalisatie het aantal elektronisch ingediende aanvragen voor laboratoria in de referentieperiode. ----- Het aantal elektronisch ingediende aanvragen voor consulten in de bepaalde referentieperiode.	Voor de patiënten in klassieke hospitalisatie het totaal aantal aanvragen voor medische beeldvorming in de referentieperiode. ----- Voor de patiënten in klassieke hospitalisatie het totaal aantal aanvragen voor laboratoria in de referentieperiode. ----- Het totaal aantal gefactureerde aanvragen voor consulten in de bepaalde referentieperiode.
10. Elektronische ontslagbrief	Aantal elektronische ontslagbrieven die binnen de 30 dagen geregistreerd werden in het EPD en gevalideerd werden door een arts na klassieke hospitalisatie tijdens de referentieperiode.	Aantal ontslagen klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode
11. Registratie van vitale parameters	Aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie in de referentieperiode met vermelding van ten minste één geregistreerde vitale parameter in het EPD.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie tijdens de referentieperiode.
12. Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt	Aantal elektronisch geregistreerde wettelijke geïnformeerde toestemmingen voor behandeling expliciete vermeldingen dat de geïnformeerde toestemming niet van toepassing is in het EPD in de referentieperiode.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie tijdens de referentieperiode
13. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	Aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie met een geregistreerde code in het EPD voor therapiebeperking of een voorafgaande zorgplanning (advance care planning) expliciete vermeldingen dat de therapeutische wilsverklaring niet van toepassing is in de referentieperiode.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie tijdens de referentieperiode
14. Medische resultatenserver / objectieve gegevens van het dossier	Aantal unieke patiënten in klassieke en chirurgische hospitalisatie met minimum 2 verschillende types van documenten die tijdens de referentieperiode zijn geproduceerd en consulteerbaar zijn via de resultatenviewer.	Het aantal unieke patiënten in klassieke en chirurgische hospitalisatie in de referentieperiode.
15. Elektronische communicatie met HUB's en interactie met e-Health	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie, dagopname (chirurgische daghospitalisatie, forfaits voor daghospitalisatie van groep 1 tot 7 en forfaits 1 tot 3 voor chronische pijn) voor wie de vermelde geregistreerde elementen of informatie beschikbaar zijn in de hub/metahub in de referentieperiode.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie, dagopname (chirurgische daghospitalisatie, forfaits voor daghospitalisatie van groep 1 tot 7 en forfaits 1 tot 3 voor chronische pijn) tijdens de referentieperiode hun geïnformeerde toestemming voor de uitwisseling van hun medische gegevens hebben gegeven.

Bijlage 1B: Tellers en noemers per functionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 2

Functionaliteiten	Teller	Noemer
1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving	Het aantal applicaties uit de lijst hieronder die verbonden zijn met de referentietabel van patiëntenIDs tijdens de referentieperiode.	Het aantal applicaties uit de lijst van applicaties hieronder die aanwezig zijn in het ziekenhuis binnen de gedefinieerde referentieperiode.
	Centraal EPD, Administratieve module (ADT), Fakturatiemodule, Afsprakenbeheer, Beddenbeheer, Patiëntentransport, Medicatiebeheer (voorschrijven en toedienen), Medische Beeldvorming (RIS-PACS), Medische Beeldvorming (andere dan RIS-PACS), Bloedtransfusie, Psychiatrisch dossier, Nursing dossier, Paramedisch dossier, Revalidatie dossier, Sociaal dossier, Zorgdossier.	
2. Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt	Aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie met ten minste één nieuwe of bevestigde diagnose in de referentieperiode.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie tijdens de referentieperiode.
3. Lijst van allergieën en intoleranties	Aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie in de referentieperiode met ten minste één allergie of intolerantie of met expliciete vermelding dat er geen allergie of intolerantie is geïdentificeerd of gedeclareerd.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie tijdens de referentieperiode.
4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen	Totaal aantal bedden met kenletter A, T, K, G en Sp met inbegrip van palliatieve zorg waarvoor alle geneesmiddelen elektronisch worden voorgeschreven in de referentieperiode.	Totaal aantal erkende bedden met kenletter A, T, K, G en Sp met inbegrip van palliatieve zorg tijdens de referentieperiode.
	Totaal aantal elektronische voorschriften tijdens de referentiedossier	////
5. Geneesmiddeleninteracties	Niet van toepassing op 1 juli 2017	Niet van toepassing op 1 juli 2017
6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen	Totaal aantal bedden met de kenletter A, T, K, G en Sp met inbegrip van palliatieve zorg waarvoor het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen actief is in de referentieperiode.	Totaal aantal erkende bedden met index kenletter A, T, K, G en Sp met inbegrip van palliatieve zorg in de referentieperiode.
7. Elektronische ontslagbrief	Aantal elektronisch ontslagbrieven die binnen de 30 dagen geregistreerd werden in het EPD en gevalideerd werden door een arts na klassieke hospitalisatie tijdens de referentieperiode.	Aantal ontslagen klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.
8. Registratie van geïnformeerde toestemming	Aantal elektronisch geregistreerde wettelijke geïnformeerde toestemmingen voor behandeling expliciete vermeldingen dat de geïnformeerde toestemming niet van toepassing is in het EPD in de referentieperiode.	Aantal ontslagen klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.

9. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	Aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie met een geregistreerde code in het EPD voor therapiebeperking of een voorafgaande zorgplanning (advance care planning) expliciete vermeldingen dat de therapeutische wilsverklaring niet van toepassing is in de referentieperiode.	Aantal ontslagen klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.
10. Elektronische communicatie met HUB's en interactie met e-Health	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie, dagopname (chirurgische daghospitalisatie, forfaits voor daghospitalisatie van groep 1 tot 7 en forfaits 1 tot 3 voor chronische pijn) voor wie de vermelde geregistreerde elementen of informatie beschikbaar zijn in de hub/metahub in de referentieperiode.	Het aantal unieke patiënten in klassieke hospitalisatie of in partiële hospitalisatie in de referentieperiode hun geïnformeerde toestemming voor de uitwisseling van hun medische gegevens hebben gegeven.
11. Multidisciplinaire registratie en informatie-uitwisseling	Aantal unieke gehospitaliseerde patiënten met minstens twee multidisciplinaire (drie voor de psychiatrische ziekenhuizen) ingevoerde gegevens in het EPD tijdens de referentieperiode	Totaal aantal unieke patiënten tijdens de referentieperiode met minstens één opname.
12. Controle van het interdisciplinaire behandelingsplan en van de taken van elke discipline via het EPD	Aantal unieke patiënten opgenomen tijdens de referentieperiode met minstens één gerapporteerd interdisciplinair behandelingsplan in het EPD.	Totaal aantal unieke patiënten tijdens de referentieperiode met minstens één opname.
13. Registratie van afzonderingen	Aantal afzonderingen tijdens de referentieperiode geregistreerd in het EPD.	Totaal aantal afzonderingen tijdens de referentieperiode.
14. Registratiewaarnemingen	Aantal unieke ziekenhuispatiënten met minstens één registratie van een observatie in het EPD tijdens de referentieperiode	Totaal aantal unieke patiënten gehospitaliseerd tijdens de referentieperiode
15. Ondersteuning om resultaten – protocollen - van intern aangevraagde maar extern uitgevoerde onderzoeken te integreren	Aantal resultaten die extern werden aangevraagd in de referentieperiode en die beschikbaar zijn binnen het EPD	Totaal aantal resultaten die extern werden aangevraagd in de referentieperiode

Functionaliteiten	Stap 1	Stap 2	Stap 3
1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving	80%	90%	95%
2. Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt	20%	50%	80%
3. Lijst van allergieën en intoleranties	30%	60%	90%
4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen	30%	60%	90%
5. Geneesmiddeleninteracties	Niet van toepassing op 1 juli 2017	Niet van toepassing op 1 juli 2017	Niet van toepassing op 1 juli 2017
6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen	30%	60%	90%
7. Module voor verpleegkundige zorgplanning	5%	30%	60%
8. Beheer van de afspraken	>0	/////	/////
9. Elektronisch invoeren van aanvragen voor medische beeldvorming, laboratorium of adviezen	1 op 3 (RX, labo, raadpleging) a rato van 50%	2 op 3 (RX, labo, raadpleging) a rato van 50%	3 op 3 (RX, labo, raadpleging) a rato van 50%
10. Elektronische ontslagbrief	80%	90%	95%
11. Registratie van vitale parameters	50%	65%	80%
12. Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt	10%	50%	80%
13. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	10%	50%	80%
14. Medische resultatenserver/ objectieve elementen van het dossier	80%	90%	95%
15. Elektronische communicatie met HUB's en interactie met e-Health	80%	90%	95%

Functionaliteit	Stap 1	Stap 2	Stap 3
1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving	80%	90%	95%
2. Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt	20%	50%	80%
3. Lijst van allergieën en intoleranties	30%	60%	90%
4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen	80%	90%	95%
5. Geneesmiddeleninteracties	Niet van toepassing op 1 juli 2017	Niet van toepassing op 1 juli 2017	Niet van toepassing op 1 juli 2017
6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen	80%	85%	95%
7. Elektronische ontslagbrief	80%	90%	95%
8. Registratie van geïnformeerde toestemming	10%	50%	80%
9. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	10%	50%	80%
10. Elektronische communicatie met HUB's en interactie met e-Health	80%	90%	95%
11. Multidisciplinaire registratie en informatie-uitwisseling	70%	80%	95%
12. Controle van het interdisciplinaire behandelingsplan en van de taken van elke discipline via het EPD	60%	70%	95%
13. Registratie van afzonderingen	10%	50%	80%
14. Registratie waarnemingen	80%	90%	98%
15. Ondersteuning om resultaten – protocollen - van intern aangevraagde maar extern uitgevoerde onderzoeken te integreren	60%	70%	80%

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van tot vaststelling van de voorwaarden van het budget van het jaar 2017 bedoeld in artikel 61, § 1, 4°, en § 2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen


Maggie De Block