

a) Zentren für erworbene Hirnschädigungen bestimmen eine Kontaktstelle für die ethischen Fragen, mit denen das Personal und die Familie/der Vertreter des Patienten konfrontiert sind.

b) Jedes Zentrum für erworbene Hirnschädigungen muss mit einer zugelassenen Abteilung "Fachzentrum für Komapatienten", wie im vorerwähnten Königlichen Erlass vom 4. Juni 2008 erwähnt, zusammenarbeiten.

Im Rahmen dieser Zusammenarbeit werden die Modalitäten festgelegt, nach denen das Fachzentrum dem Zentrum für erworbene Hirnschädigungen gegenüber als externes Bindeglied fungiert. Insbesondere wird festgelegt, auf welche Weise:

- die Entlassung des Patienten aus dem Fachzentrum in gemeinsamer Absprache vorbereitet und weiterverfolgt wird,

- das Fachzentrum die Weiterbildung des Personals des Zentrums für erworbene Hirnschädigungen gewährleistet,

- ein Austausch von fachkundigen Stellungnahmen zur Beantwortung komplexer individueller Fragen stattfindet,

- das Zentrum den Ethikausschuss des Krankenhauses, das das Fachzentrum betreibt, zu Rate ziehen kann.]

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

[C - 2019/13475]

**23 JUI 2019. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux**

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 105, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois du 10 avril 2014 et 18 décembre 2016;

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

Vu l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, donné le 11 octobre 2018;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 1<sup>er</sup> mai 2019;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 10 mai 2019;

Vu l'avis 66.171/3 du Conseil d'Etat, donné le 11 juin 2019, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 55, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 6 septembre 2016, 2<sup>o</sup> est remplacé par ce qui suit :

« 2<sup>o</sup> pour tous les hôpitaux ayant reçu auparavant ce financement par le biais d'un contrat de projet-pilote, le montant de 12.734,50 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) pour participer au système HUBs-Metahub portant sur le dossier santé électronique partagé. Le maintien du

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

[C - 2019/13475]

**23 JUNI 2019. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen**

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 105, § 1, gewijzigd bij de wetten van 10 april 2014 en 18 december 2016;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

Gelet op het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 11 oktober 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 1 mei 2019;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister voor Begroting, gegeven op 10 mei 2019;

Gelet op het advies 66.171/3 van de Raad van State, gegeven op 11 juni 2019, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 55, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 6 september 2016, wordt 2<sup>o</sup> vervangen als volgt :

« 2<sup>o</sup> voor alle ziekenhuizen die voorheen deze financiering ontvingen via een piloot projectovereenkomst, het bedrag van 12.734,50 euro (index op 1 juli 2019) om deel te nemen aan het systeem HUBs-Metahub dat betrekking heeft op het gedeeld elektronisch gezondheidsdossier. Het behoud van de financiering is onderworpen aan de continue

financement est soumis à l'échange continu d'informations informatisées de santé entre les prestataires de soins de chaque hôpital et le système HUBs-Metahub. La connexion active susmentionnée est objective par les statistiques de chaque hub.

Une connexion active se caractérise par les éléments suivants :

- mise à disposition de la lettre de sortie et de la lettre de renvoi vers un autre prestataire de soins, et de communication électronique de cette mise à disposition aux médecins référents, au moyen du système HUBs-Metahub, en cas de renvoi ou de sortie du patient;
- consultation, via les hubs et les 'coffres-forts', tels que définis par la plate-forme eHealth, des dossiers santé d'autres établissements, du Summarized Electronic Health Records (SumEHR) et de la liste de médicaments par les prestataires de soins de l'établissement;
- mise à disposition d'autres données de santé électroniques des patients à d'autres prestataires de soins via le système HUBs-Metahub. Les informations doivent être échangées dans un format qui permet l'utilisation;
- accessibilité des documents selon la matrice d'accès définie par la plate-forme eHealth;
- accessibilité du patient à la liste des mises à disposition d'informations le concernant via le système HUBs-Metahub;
- possibilité de recevoir des rapports/statistiques de façon automatisée depuis le hub en ce qui concerne le nombre de publications et de consultations; ces rapports devront être mis à disposition aussi bien de l'hôpital que du SPF Santé publique. ».

**Art. 2.** Dans l'article 61, § 1<sup>er</sup>, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans 3°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 29 mai 2018, les alinéas « Au 1<sup>er</sup> juillet 2019, il représente 70 % du budget disponible. » et « Les modalités de répartition de ce budget seront définies ultérieurement. » sont remplacés par ce qui suit :

« Au 1<sup>er</sup> juillet 2019, il représente 80 % du budget disponible.

Ce budget est divisé en trois parties.

La première partie représente 10 % du budget disponible.

Pour bénéficier de ce budget, l'hôpital doit avoir déterminé une date de mise en œuvre de son DPI intégré et avoir établi la feuille de route mise à jour indiquant, pour chacune des fonctionnalités de base décrites dans le BMUC, celles qui sont effectivement implémentées dans l'hôpital et, pour les autres, les étapes et la date prévues pour leur mise en œuvre avant le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

La feuille de route contient, en outre, un rapport incluant les buts et les objectifs atteints sur base des indicateurs définis par l'hôpital, ainsi que tous les facteurs pertinents pour aboutir à une évaluation globale, tels que les moyens financiers, humains et de gestion.

Cette feuille de route, dont le contenu est défini en annexe 19<sup>ter</sup>, doit être approuvée par la signature du Médecin-chef et du gestionnaire de l'hôpital.

Ce budget est réparti entre tous les hôpitaux proportionnellement à leur nombre de lits. Par lit, on entend les lits justifiés 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<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est le nombre de lits tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2018 et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Le maintien du budget octroyé est soumis à l'envoi à l'adresse e-mail [ehhealthcare@health.fgov.be](mailto:ehhealthcare@health.fgov.be), pour le 11 octobre 2019 au plus tard, de la feuille de route complétée et signée.

La deuxième partie représente 35 % du budget disponible.

uitwisseling van geïnformatiseerde gezondheidsinformatie tussen elk ziekenhuis en het systeem HUBs-Metahub. Deze actieve verbinding wordt geobjectiveerd door statistieken van elke hub.

Een actieve verbinding kenmerkt zich door de volgende elementen:

- ter beschikking stelling van de ontslagbrief en de verwijfsbrief naar een andere zorgverstreker, alsook, bij doorverwijzing of ontslag van de patiënt, de elektronische communicatie naar de verwijzende artsen door middel van het HUBs-Metahub systeem;
- raadpleging via de hubs en de 'kluizen', zoals gedefinieerd door het eHealth-platform, van gezondheidsdossiers van andere instellingen, de Summarized Electronic Health Records (SumEHR) en het medicatie-overzicht door zorgverstrekkers in de instelling;
- ter beschikking stellen van andere elektronische gezondheidsgegevens van patiënten met andere zorgverstrekkers via het HUBs-Metahub systeem. De informatie moet worden uitgewisseld in een vorm die het mogelijk maakt om het te gebruiken;
- toegankelijkheid van de documenten volgens de toegangsmatrix zoals gedefinieerd door het eHealth-platform;
- toegankelijkheid door de patiënt tot de lijst van alle via het HUBs-Metahub-systeem ter beschikking gestelde informatie betreffende hemzelf;
- mogelijkheid om automatische rapporten/statistieken te krijgen vanuit de hub over het aantal publicaties en consultaties; deze rapporten moeten ter beschikking gesteld worden zowel voor het ziekenhuis zelf als voor de FOD Volksgezondheid. ».

**Art. 2.** In artikel 61, § 1, van hetzelfde besluit, worden de volgende bepalingen aangebracht :

1° in 3°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 mei 2018, worden de leden "Op 1 juli 2019 bedraagt deze 70 % van het beschikbaar budget." en "De verdelingsmodaliteiten van dit budget zullen later worden vastgelegd." vervangen als volgt :

"Op 1 juli 2019 bedraagt deze 80 % van het beschikbare budget.

Dit budget wordt verder opgesplitst in drie delen.

Het eerste deel bedraagt 10 % van het beschikbare budget.

Om van dit budget te kunnen genieten dient het ziekenhuis een implementatiedatum voor een geïntegreerd EPD vast te leggen evenals het geactualiseerde stappenplan waarin voor elke corefunctionaliteit beschreven in de BMUC wordt vermeld welke effectief geïmplementeerd zijn in het ziekenhuis en voor de andere corefunctionaliteiten de voorziene stappen en hun voorziene datum van implementatie ten laatste vóór 1 juli 2020.

Het stappenplan bevat daarenboven een rapport met de bereikte doelen en doelstellingen op basis van de door het ziekenhuis opgestelde indicatoren, alsook alle pertinente factoren, zoals financiële, personele en management middelen, die relevant zijn om een algehele beoordeling te bekomen.

Dit stappenplan, waarvan de inhoud wordt gedefinieerd in bijlage 19<sup>ter</sup>, moet goedgekeurd zijn door de handtekening van de Hoofdarts en van de beheerder van het ziekenhuis.

Dit budget wordt verdeeld tussen alle ziekenhuizen à rato van hun aantal bedden. Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2018 en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2019 van het betrokken jaar.

Het behoud van het toegekende budget is onderworpen aan het verzenden van het vervulde en getekende stappenplan naar het mailadres [ehhealthcare@health.fgov.be](mailto:ehhealthcare@health.fgov.be), ten laatste vóór 11 oktober 2019.

Het tweede deel bedraagt 35 % van het beschikbare budget.

Ce budget est réparti entre tous les hôpitaux proportionnellement à leur nombre de lits. Par lit, on entend les lits justifiés 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<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est le nombre de lits tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2018 et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Afin de conserver le budget octroyé, les hôpitaux doivent atteindre, pendant la période de référence définie ci-dessous, pour au moins cinq des fonctionnalités BMUC de base décrites dans l'annexe 19, l'indicateur de l'utilisation effective suffisante par les prestataires de soins de l'hôpital, tel que fixé dans l'annexe 19*quater*.

Parmi les cinq fonctionnalités susmentionnées, les hôpitaux doivent obligatoirement mettre en œuvre la fonctionnalité de base 'Communication automatique avec les hubs et interactions avec eHealth'.

La période de référence est un mois entre janvier et septembre de l'année 2019 au choix de l'hôpital.

Pour le 11 octobre 2019, l'hôpital doit envoyer à l'adresse e-mail [ehealthcare@health.fgov.be](mailto:ehealthcare@health.fgov.be), un dossier avec le détail des différents calculs des indicateurs et communiquer, via l'outil d'encodage mis à disposition par le SPF susmentionné, le niveau d'utilisation effective des fonctionnalités de base BMUC atteint pendant la période de référence.

La troisième partie représente 35 % du budget disponible.

Ce budget est réparti entre tous les hôpitaux proportionnellement à leur nombre de points attribué, tel que décrit ci-dessous, multiplié par leur nombre de lits. Par lit on entend les lits justifiés 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<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est le nombre de lits tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2018 et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Pour chaque fonctionnalité BMUC de base ou 'menu' en plus des cinq fonctionnalités BMUC de base choisies ci-dessus, pour laquelle l'hôpital a atteint, pendant la période de référence définie ci-dessus, l'indicateur de l'utilisation effective suffisante par les prestataires de soins de l'hôpital fixé dans l'annexe 19*quater*, il est attribué un point à l'hôpital. Un maximum de sept points peut être attribué à chaque hôpital. L'hôpital peut faire valoir deux fonctionnalités 'menu' maximum.

Pour le 11 octobre 2019, l'hôpital doit envoyer à l'adresse e-mail [ehealthcare@health.fgov.be](mailto:ehealthcare@health.fgov.be), un dossier avec le détail des différents calculs des indicateurs et communiquer, via l'outil d'encodage mis à disposition par le SPF susmentionné, le niveau d'utilisation effective des fonctionnalités BMUC atteint pendant la période de référence.

Le budget disponible est divisé par la somme des points obtenus pour déterminer la valeur d'un point dans l'enveloppe 'accélérateur'.

L'hôpital est financé du montant obtenu en multipliant son nombre de points par la valeur du point.

L'hôpital qui ne remplit pas ses obligations se voit récupérer le montant octroyé pour l'année concernée dans un budget des moyens financiers ultérieur.

Le budget financé aux hôpitaux qui ne répondent pas aux conditions est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux lors d'un budget des moyens financiers ultérieur. »;

Dit budget wordt verdeeld tussen alle ziekenhuizen à rato van hun aantal bedden. Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2018 en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2019 van het betrokken jaar.

Teneinde het toegekende budget te behouden dienen de ziekenhuizen tijdens de hieronder gedefinieerde referentieperiode, voor ten minste 5 van de in bijlage 19 beschreven BMUC corefunctionaliteiten, de indicator van voldoende effectief gebruik door de zorgverstrekkers van het ziekenhuis, zoals vastgelegd in bijlage 19*quater*, te bereiken.

Onder deze bovenvermelde 5 functionaliteiten moeten de ziekenhuizen verplicht de corefunctionaliteit 'Geautomatiseerde communicatie met hubs en interactie met eHealth' implementeren.

De referentieperiode is één maand, naar keuze van het ziekenhuis, tussen januari en september van het jaar 2019.

Voor 11 oktober 2019 moet het ziekenhuis een dossier met het detail van de verschillende berekeningen van de indicatoren doorsturen naar het mailadres [ehealthcare@health.fgov.be](mailto:ehealthcare@health.fgov.be), en het tijdens de referentieperiode behaalde niveau van het effectief gebruik van de BMUC corefunctionaliteiten communiceren via de registratietool die door de bovenvermelde FOD ter beschikking wordt gesteld.

Het derde deel bedraagt 35 % van het beschikbare budget.

Dit budget wordt verdeeld tussen alle ziekenhuizen à rato hun aantal toegekende punten, zoals hieronder beschreven, vermenigvuldigd met hun aantal bedden. Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2018 en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2019.

Voor elke bijkomende BMUC corefunctionaliteit of menufunctionaliteit, bovenop deze 5 hierboven gekozen BMUC corefunctionaliteiten waarvoor het ziekenhuis de indicator van voldoende effectief gebruik door de zorgverstrekkers van het ziekenhuis, zoals vastgelegd in bijlage 19*quater*, heeft bereikt tijdens de hierboven gedefinieerde referentieperiode, wordt aan het ziekenhuis 1 punt toegekend. Maximum 7 punten kunnen aan elk ziekenhuis worden toegekend. Het ziekenhuis kan maximum 2 menufunctionaliteiten laten gelden.

Voor 11 oktober 2019 moet het ziekenhuis een dossier met het detail van de verschillende berekeningen van de indicatoren doorsturen naar het mailadres [ehealthcare@health.fgov.be](mailto:ehealthcare@health.fgov.be) en het tijdens de referentieperiode behaalde niveau van het effectief gebruik van de BMUC functionaliteiten communiceren via de registratietool die door de bovenvermelde FOD ter beschikking wordt gesteld.

Het beschikbare budget wordt gedeeld door de som van de verkregen punten om de waarde van een punt te bepalen in de 'accelerator' enveloppe.

Het ziekenhuis wordt gefinancierd door het vermenigvuldigen van zijn aantal punten met de waarde van het punt.

Het ziekenhuis dat zijn verplichtingen niet nakomt zal het toegekende budget voor het betrokken jaar teruggevorderd zien in een later budget van financiële middelen.

Het budget toegekend aan de ziekenhuizen die niet voldoen aan de voorwaarden, wordt volgens dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere ziekenhuizen ten tijde van een later budget van financiële middelen.";

2° dans 3°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 29 mai 2018, l'alinéa « L'hôpital qui ne remplit pas ses obligations se voit récupérer le montant octroyé pour l'année concernée dans un budget des moyens financiers ultérieur. » est remplacé par l'alinéa « En cas de constat d'une fausse déclaration de la part d'un hôpital, le budget qui lui a été octroyé est récupéré et redistribué entre les hôpitaux qui ont obtenu le budget 'accélérateur' selon les modalités définies ci-dessus. »;

3° 4°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 29 mai 2018, est complété par ce qui suit :

« Au 1<sup>er</sup> juillet 2019, le budget 'Early adopter' représente 5 % du budget disponible.

Ce budget est réparti entre tous les hôpitaux proportionnellement à leur nombre de lits. Par lit on entend les lits justifiés 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<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est le nombre de lits tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2018 et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Afin de conserver le budget octroyé, les hôpitaux doivent atteindre pendant la période de référence définie ci-dessous, pour toutes les fonctionnalités BMUC de base et pour deux fonctionnalités menu au choix de l'hôpital, l'indicateur de l'utilisation effective suffisante par les prestataires de soins de l'hôpital, tel que fixé dans l'annexe 19*quinquies*.

En outre l'hôpital 'early adopter' doit partager son expérience de la mise en œuvre et de l'utilisation effective d'un DPI intégré dans le but de soutenir les hôpitaux dont le DPI intégré est encore en développement et qui n'ont pas encore atteint toutes les fonctionnalités requises. L'hôpital doit à cet effet participer aux conférences et aux ateliers organisés par le SPF susmentionné au cours du premier trimestre de 2020 et y présenter les processus mis en œuvre au sein de son hôpital pour développer et implémenter son DPI intégré, ainsi que les résultats obtenus. A cet effet, en concertation avec le SPF et en fonction des thèmes retenus, l'hôpital désigne au sein de son institution les personnes disposant de l'expertise et de l'expérience nécessaires pour assurer la mission de partage d'expérience.

La période de référence est un mois entre janvier et septembre de l'année 2019 au choix de l'hôpital.

Pour le 11 octobre 2019, l'hôpital doit envoyer à l'adresse e-mail [ehealthcare@health.fgov.be](mailto:ehealthcare@health.fgov.be), un dossier avec le détail des différents calculs des indicateurs et communiquer, via l'outil d'encodage mis à disposition par le SPF susmentionné, le niveau d'utilisation effective des fonctionnalités BMUC atteint pendant la période de référence.

En cas de constat d'une fausse déclaration de la part d'un hôpital, le budget qui lui a été octroyé est récupéré et redistribué entre les hôpitaux qui ont obtenu le budget 'Early adopter' selon les modalités définies ci-dessus. ».

**Art. 3.** Dans le même arrêté, il est inséré une annexe 19*ter*, une annexe 19*quater* et une annexe 19*quinquies* qui sont jointes en annexe au présent arrêté.

**Art. 4.** Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

**Art. 5.** Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 23 juin 2019.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
M. DE BLOCK

2° in 3°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 mei 2018, worden het lid "Het ziekenhuis dat zijn verplichtingen niet nakomt zal het toegekende budget voor het betrokken jaar teruggevorderd zien in een later budget van financiële middelen." vervangen door het lid "Indien er wordt vastgesteld dat een valse verklaring werd afgelegd door het ziekenhuis, zal het toegekende budget teruggevorderd worden en verdeeld worden over de ziekenhuizen die het 'accelerator-budget' hebben verworven volgens de hierboven gedefinieerde modaliteiten.";

3° 4°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 mei 2018, wordt aangevuld als volgt :

"Op 1 juli 2019 bedraagt het 'Early adopter' budget 5 % van het beschikbaar budget.

Dit budget wordt verdeeld tussen alle ziekenhuizen à rato van hun aantal bedden. Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal bedden zoals gebruikt in het betreffende budget van financiële middelen van 1 juli 2018 en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2019 van het betrokken jaar.

Teneinde het toegekende budget te behouden dienen de ziekenhuizen tijdens de hieronder gedefinieerde referentieperiode, voor alle BMUC corefunctionaliteiten en voor 2 menu functionaliteiten naar keuze van het ziekenhuis, de indicator van voldoende effectief gebruik door de zorgverstrekkers van het ziekenhuis, zoals vastgelegd in bijlage 19*quinquies*, te bereiken.

Daarenboven moet het 'early adopter' ziekenhuis zijn ervaring inzake de implementatie en het effectief gebruik van een geïntegreerd EPD, delen met de andere ziekenhuizen, met als doel om de ziekenhuizen, waarvan het geïntegreerd EPD nog in ontwikkeling is en die nog niet alle vereiste functionaliteiten hebben bereikt, te ondersteunen. Het ziekenhuis zal daartoe deelnemen aan de conferenties en workshops door de bovenvermelde FOD georganiseerd in het eerste trimester van 2020 en de in zijn ziekenhuis geïmplementeerde processen, voor de ontwikkeling en implementatie van zijn geïntegreerd EPD, presenteren. Daartoe zal het ziekenhuis, in samenspraak met de FOD en in functie van de weerhouden onderwerpen de mensen afvaardigen die over de nodige expertise en ervaring beschikken, teneinde zijn opdracht voor het delen van ervaringen te verzekeren.

De referentieperiode is één maand, naar keuze van het ziekenhuis, tussen januari en september van het jaar 2019.

Voor 11 oktober 2019 moet het ziekenhuis een dossier met het detail van de verschillende berekeningen van de indicatoren doorsturen naar het mailadres [ehealthcare@health.fgov.be](mailto:ehealthcare@health.fgov.be), en het tijdens de referentieperiode behaalde niveau van het effectief gebruik van de BMUC functionaliteiten communiceren via de registratietool die door de bovenvermelde FOD ter beschikking wordt gesteld.

Indien er wordt vastgesteld dat een valse verklaring werd afgelegd door het ziekenhuis, zal het toegekende budget teruggevorderd worden en verdeeld worden over de ziekenhuizen die het 'Early adopter' budget hebben verworven volgens de hierboven gedefinieerde modaliteiten.".

**Art. 3.** In hetzelfde besluit wordt een bijlage 19*ter*, een bijlage 19*quater* en een bijlage 19*quinquies* gevoegd bij dit besluit.

**Art. 4.** Dit besluit treedt in werking op de dag van bekendmaking in de *Belgische Staatsblad*.

**Art. 5.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 juni 2019.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
M. DE BLOCK

Annexe à l'arrêté royal du 23 juin 2019 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

« Annexe 19ter : Feuille de route – Accélérateur DPI

| En annexe <sup>1</sup>                                     | Aspects du contenu  |
|--|---|
| <b>Volet 1 : BMUC AS-IS</b>                                | Pourcentage d'utilisation effective actuelle de chaque fonctionnalité du BMUC                               |
| <b>Volet 2 : BMUC TO-BE</b>                                | Etat des lieux en matière de logiciels liés au patient  |
| <b>Volet 3 : Plan stratégique</b>                          | Pourcentage d'utilisation effective prévue au 1 <sup>er</sup> juillet 2020 de chaque fonctionnalité du BMUC |
|  | Objectifs stratégiques et priorités pour mettre en œuvre un DPI intégré                                     |
|  | Contrat avec le fournisseur actuel d'un DPI intégré et/ou description détaillée du résultat final prévu     |
|  | Stratégie de mise en œuvre du DPI intégré   |
|  | Description des impacts sur les processus et les personnes (change management)                              |
| <b>Volet 4 : Budget pluriannuel</b>                        | Budget pluriannuel pour la mise en œuvre du DPI intégré jusqu'au 1 <sup>er</sup> juillet 2020               |
|  | Nombre d'ETP prévu pour la mise en œuvre du DPI intégré jusqu'au 1 <sup>er</sup> juillet 2020               |
| <b>Volet 5 : Equipe multidisciplinaire de coordination</b> | Description de la gestion de la mise en œuvre du DPI intégré  |
|  | Composition de l'équipe multidisciplinaire de coordination  |
|  | Responsabilités de l'équipe multidisciplinaire de coordination  |
| <b>Volet 6 : Plan de Projet</b>                            | Tableau récapitulatif avec les différentes phases de la mise en œuvre du DPI intégré                        |
|  | Calendrier détaillé de la mise en œuvre du DPI intégré jusqu'au 1 <sup>er</sup> juillet 2020                |
|  | Actions et objectifs concernant l'utilisation effective par les fournisseurs de soins du DPI intégré        |
| <b>Volet 7 : Description de la mise à jour</b>             | Une liste des mises à jour de la feuille de route   |
|  | Une justification stratégique des modifications apportées à la feuille de route                             |
|  | Les facteurs critiques de succès qui ont été décisifs pour atteindre ou non les objectifs fixés.            |

Par la présente, l'hôpital s'engage à mettre en œuvre un DPI intégré contenant les 'Belgian Meaningful Use Criteria' pour le 1<sup>er</sup> juillet 2020 au plus tard, y compris les moyens nécessaires à cet effet.

|                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| Hôpital :                         |                      |
| Gestionnaire de l'hôpital<br>Nom: | Médecin Chef<br>Nom: |
| Signature:                        | Signature:           |
| Date:                             | Date:                |

<sup>1</sup> Veuillez respecter la numérotation des annexes comme repris dans le présent tableau

## Annexe 19quater : Numérateur et dénominateur - Accélérateur

A Core : Numérateur et dénominateur par fonctionnalité de base valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1<sup>er</sup> (Hôpitaux généraux)

| Fonctionnalités de base  | Numérateur  | Dénominateur   | Indicateur utilisation effective suffisante<br>Accélérateur |
|--|---|--|---|
| 1. Identification unique et description du patient   | Nombre d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous qui sont liées au tableau de référence des identifiants patients uniques au cours de la période de référence   | Nombre total d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.   | 80%   |
|  | DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification (TARFAC), Agenda hospitalier, Dossier infirmier, Gestion des Médicaments (prescription - administration), RIS – Radiologie Information System, PACS, Imagerie médicale autre que RIS-PACS, LIS – Labo Information System, Labo Anatomopathologie, Gestion des lits, Radiothérapie, Médecine nucléaire, Transfusion du sang, CIS – Cardiologie Information System, Dossier Mère-Enfant, Dossier néphrologique, Dossier de revalidation, Dossier paramédical, Dossier de soins, Dossier psychiatrique, Dossier oncologique, Dossier néonatalogie, Dossier ophtalmologique, 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 sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic ou un diagnostic confirmé ou un diagnostic temporaire ou un traitement réalisé ou une procédure de diagnostic réalisée, validé(e) par un prestataire de soins.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.   | 20%   |
| 3. Liste des allergies et intolérances   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une liste qui contient au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.   | 30%   |
| 4. Prescription électronique des médicaments   | Nombre de séjours avec une prescription dont le dernier séjour au cours de la période de référence se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp et pour lesquels tous les médicaments ont été prescrits ou validés par voie électronique par un médecin.  | Nombre total de séjours avec une prescription dont le dernier séjour au cours de la période de référence se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp. | 30%   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 5. Interaction entre médicaments   | Nombre de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence pour lesquels une analyse d'interaction automatique a été effectuée.   | Nombre total de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence.  | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019 |
| 6. Registre électronique de l'administration des médicaments   | Nombre de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp et pour lesquels le registre électronique de l'administration des médicaments est actif.  | Nombre total de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp. | 30%  |
| 7. Module de planning des soins infirmiers   | Nombre de séjours au cours de la période de référence dont le dernier se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp, et pour lesquels le module de planification des soins infirmiers, tel que décrit dans l'arrêté royal de 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, a été utilisé. | Nombre total de séjours au cours de la période de référence dont le dernier se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp.                              | 5%   |
| 8. Planning des rendez-vous  | Nombre de contacts au cours de la période de référence pour lesquels les rendez-vous ont été gérés par le système électronique de gestion des rendez-vous.  | /////  | >0   |
| 9. Saisie électronique des demandes d'examen pour l'imagerie médicale, les laboratoires ou des consultations | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence, pour lesquels les demandes d'imagerie médicale sont électroniquement enregistrées ou validées par un médecin, structurées selon les règles de l'INAMI et envoyées électroniquement vers le service d'imagerie médicale.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence pour lesquels un examen d'imagerie médicale a été effectué.  | 50%  |
|  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence, pour lesquels les demandes de laboratoire sont électroniquement enregistrées ou validées par un médecin, structurées selon les règles de l'INAMI et envoyées électroniquement au laboratoire.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence pour lesquels il y a eu un examen de laboratoire.  |  |

|  |   |   |     |
|--|---|---|-----|
|  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une demande électronique d'avis médical.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un avis médical facturé.                                     |     |
| 10. Lettre électronique de sortie                                    | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une lettre de sortie, telle que décrite dans 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, qui a été enregistrée dans le DPI et validée par un médecin dans les 30 jours après la sortie. | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.  | 80% |
| 11. Enregistrements des paramètres vitaux                            | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un enregistrement électronique et structuré d'au moins un paramètre vital dans le DPI.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.  | 50% |
| 12. Enregistrement du consentement éclairé du patient                | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un consentement éclairé enregistré électroniquement dans le DPI pour un traitement nécessitant un consentement éclairé ou indiquant l'absence de consentement.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un traitement nécessitant un consentement éclairé par écrit. | 30% |
| 13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient            | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une déclaration anticipée de volonté relative au traitement (positive ou négative) enregistrée électroniquement dans le DPI, référencée et accessible aux prestataires de soins qui prennent en charge le patient.   | /////   | >0  |
| 14. Serveur pour consulter les éléments objectifs du dossier patient | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec minimum deux types différents de documents de la liste ci-dessous, produits au cours de la période de référence et qui sont consultables via le serveur de résultats.<br>Liste de types de documents :<br>- Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique ;<br>- Lettres de sortie ;                                  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.  | 80% |



|  |  |  |     |
|--|--|--|-----|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports des opérations ;</li> <li>- Rapport d'anesthésie ;</li> <li>- Rapports de consultations ;</li> <li>- Rapports des examens médico-techniques ;</li> <li>- Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire ;</li> <li>- Résultats de laboratoire ;</li> <li>- Attestations médico-administratives.</li> </ul>  |  |     |
| 15. Communication automatique avec les HUB's et interaction avec eHealth *** | <p>Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence pour lesquels au moins un document de la liste ci-dessous est disponible via les services de la plateforme eHealth au cours de la période de référence.</p> <p>Liste de types de documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique ;</li> <li>- Lettres de sortie ;</li> <li>- Rapports d'opérations ;</li> <li>- Rapport d'anesthésie ;</li> <li>- Rapports de consultations ;</li> <li>- Rapports des examens médico-techniques ;</li> <li>- Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire ;</li> <li>- Résultats de laboratoire ;</li> <li>- Attestations médico-administratives.</li> </ul> | <p>Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le partage électronique de leurs données de santé.</p> | 80% |

\* Excepté les lits intensifs sous cet index

\*\* Excepté les nouveaux nés

\*\*\* Les services e-Health suivants doivent également être utilisés activement par l'institution :

- Consultation des données de santé des autres prestataires de soins via les hubs ou 'coffres forts', par exemple le sumEHR, par les prestataires de soins en interne de l'hôpital
- Trusted timestamping
- Communication sécurisée et adressée aux prestataires de soins externes à l'hôpital, par exemple via l'eHealthbox
- Mediprima
- MyCareNet
- UREG
- L'usage d'au moins un registre de Healthdata, un an après la mise en œuvre de ce registre par une connexion de system2system.

A Menu: Numérateur et dénominateur par fonctionnalité menu valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1<sup>er</sup> (Hôpitaux généraux)

Une utilisation efficace et suffisante d'une fonctionnalité menu peut être mesurée par différents indicateurs. Tous les sous-indicateurs indiqués en a, b, c ou d doivent être respectés afin de démontrer l'utilisation efficace et suffisante de la fonctionnalité menu.

| Fonctionnalités menu                    | Référence                                      | Numérateur   | Dénominateur   | Indicateur utilisation effective suffisante<br>Accélérateur |
|---|--|--|--|---|
| Planification du quartier opératoire    | a.   | Nombre d'interventions chirurgicales électives planifiées avec le DPI au cours de la période de référence.   | Nombre d'interventions chirurgicales électives au cours de la période de référence.                                    | 80%   |
|   | b.   | Nombre d'interventions chirurgicales pour lesquelles une checklist OMS Surgical Safety a été remplie pendant l'intervention au cours de la période de référence.   | Nombre d'interventions chirurgicales au cours de la période de référence.  | 80%   |
| Module soins intensifs                  | a.   | Nombre de patients ayant séjourné au sein du (des) service(s) de Soins Intensifs dont le suivi a été effectué via l'application dédiée et dont les données récoltées par cet application sont disponibles pour les prestataires autorisés au cours de la période de référence. | Nombre de patients ayant séjourné au seins du (des) service(s) de Soins Intensifs au cours de la période de référence. | 80%   |
| Système de gestion des données patients | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019 |  |  |   |
| Module soins d'urgence                  | a.   | Nombre de patients au service des urgences inscrits via un système de triage au cours de la période de référence   | Nombre de patients au service des urgences au cours de la période de référence.  | 80%   |
|   | b.   | Nombre de patients pour lesquels la localisation et le statut de trajet sont disponibles pendant leur séjour aux urgences au cours de la période de référence.   | Nombre de patients au service des urgences au cours de la période de référence.  | 80%   |
|   | c.   | Nombre de rapports d'urgence disponibles pour les prestataires de soins dans le DPI au cours la période de référence.  | Nombre de patients au service des urgences au cours de la période de référence.  | 80%   |
| Système d'aide à la décision clinique   | a.   | Nombre de décisions (accepter ou ignorer) à la suite d'alertes concernant l'aide à la décision au cours de la période de référence.  | Nombre de demandes d'aide à la décision au cours de la période de référence.   | 80%   |

|  |    |   |   |     |
|--|----|---|---|-----|
| Contrôle avancé des interactions   |    | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019  |   |     |
| Prescription de chimiothérapie   | a. | Nombre de patients du dénominateur dont la prescription de chimiothérapie a été effectuée de manière électronique par un médecin au cours de la période de référence.   | Nombre de patients uniques traités par chimiothérapie à plusieurs reprises au cours de la période de référence.   | 80% |
| Localisation fonctionnelle du patient  | a. | Patients dont la localisation en temps réel au sein d'un hôpital était disponible au cours de la période de référence.  | Nombre de patients sortis d'hospitalisation classique ayant donné leur accord pour la localisation au cours de la période de référence.   | 80% |
| Enregistrement structuré de données médicales  |    | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019  |   |     |
| Données génétiques   | a. | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique pour lesquels des informations génétiques sont présentes sous forme de données structurées au cours de la période de référence.   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique pour lesquels une analyse génétique a été effectuée au cours de la période de référence.  | 80% |
| Services et applications mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance) | a. | Nombre de patients avec une surveillance à domicile dont les valeurs cliniques, telles que les paramètres vitaux, sont enregistrées sous forme de données de patient distinctes dans le DPI au cours de la période de référence.  | Nombre de patients avec une surveillance à domicile au cours de la période de référence   | 80% |
| Administration des médicaments en circuit fermé  | a. | Nombre de séjours au cours de la période de référence dont le dernier se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp et pour lesquels une « closed loop medication » (bon patient, bon moment, bon médicament, bonne dose, bonne voie) est mise en place avec un enregistrement électronique non manuel des informations. | Nombre de séjours au cours de la période de référence dont le dernier se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp. | 80% |

B Core : Numérateur et dénominateur par fonctionnalité de base valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2  
(Autres hôpitaux)

| Fonctionnalités de base  | Numérateur  | Dénominateur   | Indicateur utilisation effective suffisante<br>Early Adopter |
|--|---|--|--|
| 1. Identification unique et description du patient   | Nombre d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous qui sont liées au tableau de référence des identifiants patients uniques au cours de la période de référence.  | Nombre total d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.   | 80%  |
| 2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient | DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification (TARFAC), Agenda hospitalier, Gestion des lits, Transport du patient, Gestion des Médicaments (prescription - administration), Imagerie médicale (RIS-PACS), Imagerie médicale autre que RIS-PACS, Transfusion du sang, Dossier psychiatrique, Dossier nursing, Dossier paramédical, Dossier de revalidation, Dossier social, Dossier de soins. | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic ou un diagnostic confirmé ou un diagnostic temporaire ou un traitement réalisé ou une procédure de diagnostic réalisée, validé(e) par un prestataire de soins. | 20%  |
| 3. Liste des allergies et intolérances   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une liste qui contient au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.   | 30%  |
| 4. Prescription électronique des médicaments   | Nombre de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G ou Sp et pour lesquels les médicaments sont prescrits ou validés par voie électronique par un médecin.  | Nombre total de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G ou Sp.   | 30%  |
| 5. Interactions entre médicaments  | Nombre de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence pour lesquels une analyse d'interaction automatique a été effectuée.   | Nombre total de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence.  | Pas applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019               |

|   |  |  |     |
|---|--|--|-----|
| 6. Registre électronique d'administration des médicaments                     | Nombre de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G ou Sp et pour lesquels le registre électronique de l'administration des médicaments est actif.   | Nombre total de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G ou Sp. | 30% |
| 7. Lettre électronique de sortie  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une lettre électronique de sortie, telle que décrite dans 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, qui a été enregistrée dans le DPI et validée par un médecin dans les 30 jours après la sortie. | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.   | 80% |
| 8. Enregistrement du consentement éclairé du patient                          | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec un consentement éclairé enregistré électroniquement dans le DPI pour un traitement nécessitant un consentement éclairé ou indiquant l'absence de consentement.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec un traitement nécessitant un consentement éclairé par écrit.                                      | 30% |
| 9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient                      | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une déclaration anticipée de volontés relative au traitement (positive ou négative) enregistrée électroniquement dans le DPI, référencée et accessible aux prestataires de soins qui prennent en charge le patient.   | ////   | >0  |
| 10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth *** | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence pour lesquels au moins un document de la liste ci-dessous est disponible via les services de la plateforme eHealth au cours de la période de référence.<br>Liste de types de documents :<br>- Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique ;<br>- Lettres de sortie ;<br>- Rapports d'opérations ;<br>- Rapport d'anesthésie ;         | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le partage électronique de leurs données de santé.        | 80% |

|   |  |  |     |
|---|--|--|-----|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de consultations ;</li> <li>- Rapports des examens médico-techniques ;</li> <li>- Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire ;</li> <li>- Résultats de laboratoire ;</li> <li>- Attestations médico-administratives.</li> </ul> |  |     |
| 11. Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires                                    | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins deux informations multidisciplinaires (trois pour les hôpitaux psychiatriques) introduites dans le DPI.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence. | 70% |
| 12. Gestion du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline par le DPI  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un plan de traitement interdisciplinaire rapporté dans le DPI.   | Nombre total de patients uniques hospitalisés au cours de la période de référence.             | 60% |
| 13. Enregistrements des isolements  | Nombre d'isolements enregistrés dans le DPI durant la période de référence.  | Nombre total d'isolements au cours de la période de référence.                                 | 10% |
| 14. Enregistrement des observations du patient  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un enregistrement d'une observation.   | Nombre total de patients uniques hospitalisés au cours de la période de référence.             | 80% |
| 15. Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectués à l'extérieur | Nombre de résultats demandés en externe au cours de la période de référence et liés dans le DPI au bon dossier patient.  | Nombre total de résultats demandés en externe au cours de la période de référence.             | 60% |

\* Excepté les lits intensifs

\*\* Excepté les nouveaux nés

\*\*\* Les services eHealth suivants doivent également être utilisés activement par l'institution :

- Consultation des données de santé des autres prestataires de soins via les hubs ou 'coffres forts', par exemple le sumEHR, par les prestataires de soins en interne de l'hôpital.
- Trusted timestamping
- Communication sécurisée et adressée aux prestataires de soins externes à l'hôpital, par exemple via l'eHealthbox
- Mediprima
- MyCareNet

B Menu: Numérateur et dénominateur par fonctionnalité menu valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2 (Autres hôpitaux)

| Fonctionnalités menu   | Dénominateur  | Numérateur  | Indicateur utilisation effective suffisante<br>Early Adopter |
|--|---|---|--|
| Evaluation régulière de l'état des patients en utilisant des instruments standardisés  | Nombre de patients sortis au cours de la période de référence avec une mesure des résultats structurés.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 30%  |
| Possibilité pour le patient d'ajouter directement des données au DPI qui ont un impact sur le traitement pendant l'hospitalisation | Nombre de patients qui partagent des données auto-enregistrées avec l'équipe soignante au cours de la période de référence.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 30%  |
| Médecins de garde en dehors de l'hôpital peuvent accéder au dossier du patient et prescrire des médicaments                        | Nombre de patients dont la prescription a été prescrite ou validée électroniquement par un médecin de garde au cours de la période de référence.                          | Nombre total de patients avec une prescription et traités par un médecin de garde au cours de la période de référence.                        | 30%  |
| Planification de la thérapie pour le patient   | Nombre de patients avec une thérapie planifiée via le module de planification de thérapie intégré au cours de la période de référence.                                    | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 30%  |
| Mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement  | Nombre de patients avec une mesure limitant la liberté physique, autres que la ségrégation, enregistrée électroniquement dans le DPI au cours de la période de référence. | Nombre total de patients uniques au cours de la période de référence avec des mesures limitant la liberté physique autres que la ségrégation. | 30%  |

## Annexe 19quinquies : Numérateur et dénominateur Early Adopter

A Core : Numérateur et dénominateur par fonctionnalité de base valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1<sup>er</sup> (Hôpitaux généraux)

| Fonctionnalités de base  | Numérateur  | Dénominateur  | Indicateur utilisation effective suffisante Early Adopter |
|--|---|---|---|
| 1. Identification unique et description du patient   | <p>Nombre d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous qui sont liées au tableau de référence des identifiants patients uniques au cours de la période de référence</p> <p>DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification (TARFAC), Agenda hospitalier, Dossier infirmier, Gestion des Médicaments (prescription - administration), RIS – Radiologie Information System, PACS, Imagerie médicale autre que RIS-PACS, LIS – Labo Information System, Labo Anatomopathologie, Gestion des lits, Radiothérapie, Médecine nucléaire, Transfusion du sang, CIS – Cardiologie Information System, Dossier Mère-Enfant, Dossier néphrologique, Dossier de revalidation, Dossier paramédical, Dossier de soins, Dossier psychiatrique, Dossier oncologique, Dossier néonatalogie, Dossier ophtalmologique, Dossier social, Transport du patient, Soins intensifs, Soins intensifs néonataux, Bloc opératoire, Dossier chimiothérapie.</p> | <p>Nombre total d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.</p>   | 90%   |
| 2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient | <p>Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic ou un diagnostic confirmé ou un diagnostic temporaire ou un traitement réalisé ou une procédure de diagnostic réalisée, validé(e) par un prestataire de soins.</p>   | <p>Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.</p>   | 50%   |
| 3. Liste des allergies et intolérances   | <p>Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une liste qui contient au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée.</p>   | <p>Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.</p>   | 60%   |
| 4. Prescription électronique des médicaments   | <p>Nombre de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp, et pour lesquels tous les médicaments sont prescrits ou validés par voie électronique par un médecin.</p>   | <p>Nombre total de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp.</p> | 60%   |



|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 5. Interactions entre médicaments   | Nombre de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence pour lesquels une analyse d'interaction automatique a été effectuée.   | Nombre total de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence.   | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019 |
| 6. Registre électronique d'administration des médicaments   | Nombre de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp, et pour lesquels le registre électronique de l'administration des médicaments est actif.  | Nombre total de séjours avec une prescription au cours de la période de référence et dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp. | 60%  |
| 7. Module de planning des soins infirmiers  | Nombre de séjours au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp et pour lesquels le module de planification des soins infirmiers, tel que décrit dans l'arrêté royal de 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, a été utilisé. | Nombre total de séjours au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp.                          | 30%  |
| 8. Planning des rendez-vous   | Nombre de contacts de patients au cours de la période de référence pour lesquels les rendez-vous ont été gérés par le système électronique de gestion des rendez-vous.  | /////   | >0   |
| 9. Saisie électronique des demandes d'examen pour imagerie médicale, pour les laboratoires et les consultations | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence, pour lesquels les demandes d'examen pour imagerie médicale sont électroniquement enregistrées ou validées par un médecin, structurées selon les règles de l'INAMI et envoyées électroniquement vers le service d'imagerie médicale.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence pour lesquels un examen d'imagerie médicale a été effectué.   | 50%  |
|   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence, pour lesquels les demandes d'examen de laboratoire ont été électroniquement enregistrées ou validées par un médecin, structurées selon les règles de l'INAMI et envoyées électroniquement au laboratoire.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence pour lesquels un examen de laboratoire a été effectué.  | 50%  |
|   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au  | 50%  |

|  |   |   |     |
|--|---|---|-----|
|  | la période de référence avec une demande électronique d'avis médical.   | cours de la période de référence avec un avis médical facturé.  |     |
| 10. Lettre électronique de sortie                                    | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une lettre électronique de sortie, telle que décrite dans 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, qui a été enregistrée dans le DPI et validée par un médecin dans les 30 jours après la sortie.                                | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.  | 90% |
| 11. Enregistrement des paramètres vitaux                             | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un enregistrement électronique et structuré d'au moins un paramètre vital dans le DPI.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.  | 60% |
| 12. Enregistrement du consentement éclairé du patient                | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un consentement éclairé enregistré électroniquement dans le DPI pour un traitement nécessitant un consentement éclairé ou indiquant l'absence de consentement.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un traitement nécessitant un consentement éclairé par écrit. | 60% |
| 13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient            | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une déclaration anticipée de volontés relative au traitement (positive ou négative) enregistrée électroniquement dans le DPI, référencée et accessible aux prestataires de soins qui prennent en charge le patient.  | /////   | >0  |
| 14. Serveur pour consulter les éléments objectifs du dossier patient | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec minimum deux types différents de documents de la liste ci-dessous, produits au cours de la période de référence et qui sont consultables via le serveur de résultats.<br>Liste de types de documents :<br>- Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique ;<br>- Lettres de sortie ;<br>- Rapports d'opérations<br>- Rapport d'anesthésie;<br>- Avis spécialisés; | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence.  | 90% |

|   |  |  |     |
|---|--|--|-----|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports des examens médico-techniques ;</li> <li>- Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire ;</li> <li>- Résultats de laboratoire ;</li> <li>- Attestations médico-administratives.</li> </ul>  |  |     |
| 15. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth *** | <p>Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence pour lesquels au moins un document de la liste ci-dessous est disponible via les services de la plateforme eHealth au cours de la période de référence.</p> <p>Liste de types de documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique;</li> <li>- Lettres de sortie ;</li> <li>- Rapports d'opérations ;</li> <li>- Rapport d'anesthésie;</li> <li>- Avis spécialisés;</li> <li>- Rapports des examens médico-techniques ;</li> <li>- Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire ;</li> <li>- Résultats de laboratoire ;</li> <li>- Attestations médico-administratives.</li> </ul> | <p>Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le partage électronique de leurs données de santé.</p> | 90% |

\* Excepté les lits intensifs sous cet index

\*\* Excepté les nouveaux nés

\*\*\* Les services eHealth suivants doivent également être utilisés activement par l'institution:

- Consultation des données de santé des autres prestataires de soins via les hubs ou 'coffres forts', par exemple le sumEHR, par les prestataires de soins en interne de l'hôpital.
- Trusted timestamping
- Communication sécurisée et adressée aux prestataires de soins externes de l'hôpital, par exemple via l'eHealthbox
- Mediprima
- MyCareNet
- UREG
- L'usage de minimum un registre de Healthdata, un an après la mise en œuvre de ce registre par une connexion de system2system.

A Menu: Numérateur et dénominateur par fonctionnalité menu valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1<sup>er</sup> (Hôpitaux généraux)

Une utilisation efficace et suffisante d'une fonctionnalité menu peut être mesurée par différents indicateurs. Tous les sous-indicateurs indiqués en a, b, c ou d doivent être respectés afin de démontrer l'utilisation efficace et suffisante de la fonctionnalité menu.

| Fonctionnalités menu                    | Référence                                      | Numérateur   | Dénominateur   | Indicateur utilisation effective suffisante<br>Early Adopter |
|---|--|--|--|--|
| Planification du quartier opératoire    | a.   | Nombre d'interventions chirurgicales électives planifiées avec le DPI au cours de la période de référence.   | Nombre d'interventions chirurgicales électives au cours de la période de référence.                                    | 80%  |
|   | b.   | Nombre d'interventions chirurgicales pour lesquelles une checklist OMS Surgical Safety a été remplie pendant l'intervention au cours de période de référence.  | Nombre d'interventions chirurgicales au cours de la période de référence.  | 80%  |
| Module Soins Intensifs                  | a.   | Nombre de patients ayant séjourné au sein du (des) service(s) de Soins Intensifs, dont le suivi a été effectué via l'application dédiée et dont les données récoltées par cet application sont disponibles pour les prestataires de soins autorisés au cours de la période de référence. | Nombre de patients ayant séjourné au seins du (des) service(s) de Soins Intensifs au cours de la période de référence. | 80%  |
| Système de gestion des données patients | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019 |  |  |  |
| Module soins d'urgence                  | a.   | Nombre de patients au service des urgences inscrits via un système de triage au cours de la période de référence.  | Nombre de patients au service des urgences au cours de la période de référence.  | 80%  |
|   | b.   | Nombre de patients pour lesquels la localisation et le statut de trajet sont disponibles pendant leur séjour aux urgences au cours de la période de référence.   | Nombre de patients au service des urgences au cours de la période de référence.  | 80%  |
|   | c.   | Nombre de rapports d'urgence disponibles pour les prestataires de soins dans le DPI au cours de la période de référence.   | Nombre de patients au service des urgences au cours de la période de référence.  | 80%  |
| Système d'aide à la décision clinique   | a.   | Nombre de décisions (accepter ou ignorer) à la suite d'alertes concernant l'aide à la décision au cours de la période de référence.  | Nombre de demandes d'aide à la décision au cours de la période de référence.   | 80%  |
| Contrôle avancé des interactions        | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019 |  |  |  |

|  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|-----|
| Prescription de chimiothérapie   | a.   | Nombre de patients du dénominateur dont la prescription de chimiothérapie a été effectuée de manière électronique par un médecin au cours de la période de référence.  | Nombre de patients uniques traités par chimiothérapie à plusieurs reprises au cours de la période de référence.  | 80% |
| Localisation fonctionnelle du patient  | a.   | Patients dont la localisation en temps réel au sein d'un hôpital était disponible au cours de la période de référence.   | Nombre de patients sortis d'hospitalisation classique ayant donné leur accord pour la localisation au cours de la période de référence.  | 80% |
| Enregistrement structuré de données médicales  | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019 |  |  |     |
| Données génétiques   | a.   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique pour lesquels des informations génétiques sont présentes sous forme de données structurées au cours de la période de référence.  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique pour lesquels une analyse génétique a été effectuée au cours de la période de référence.   | 80% |
| Services et applications mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance) | a.   | Nombre de patients avec une surveillance à domicile dont les valeurs cliniques, telles que les paramètres vitaux, sont enregistrées sous forme de données de patient distinctes dans le DPI au cours de la période de référence.   | Nombre de patients avec une surveillance à domicile au cours de la période de référence.   | 80% |
| Administration des médicaments en circuit fermé  | a.   | Nombre de séjours au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp et pour lesquels une « closed loop medication » (bon patient, bon moment, bon médicament, bonne dose, bonne voie) est mise en place avec un enregistrement électronique non manuel des informations. | Nombre de séjours au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, Aj, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kj, Kn, L, M** ou Sp. | 80% |

B Core: Numérateur et dénominateur par fonctionnalité de base valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2  
(Autres hôpitaux)

| Fonctionnalités de base  | Numérateur  | Dénominateur   | Indicateur utilisation effective suffisante<br>Early Adopter |
|--|---|--|--|
| 1. Identification unique et description du patient   | Nombre d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous qui sont liées au tableau de référence des identifiants patients uniques au cours de la période de référence.  | Nombre total d'applications ou de fonctionnalités de la liste reprise ci-dessous qui sont présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.  | 90%  |
|  | DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification (TARFAC), Agenda hospitalier, Gestion des lits, Transport du patient, Gestion des Médicaments (prescription - administration), Imagerie médicale (RIS-PACS), Imagerie médicale autre que RIS-PACS, Transfusion du 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 sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic ou un diagnostic confirmé ou un diagnostic temporaire ou un traitement réalisé ou une procédure de diagnostic réalisée, validé(e) par un prestataire de soins.  | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.   | 50%  |
| 3. Liste des allergies et intolérances   | Nombre de patients uniques sorties d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une liste qui contient au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.   | 60%  |
| 4. Prescription électronique des médicaments   | Nombre de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G ou Sp, pour lesquels tous les médicaments sont prescrits ou validés par voie électronique par un médecin.   | Nombre total de séjours avec une prescription au cours de la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G et Sp. | 60%  |
| 5. Interactions entre médicaments  | Nombre de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence pour lesquels une analyse d'interaction automatique a été effectuée.   | Nombre total de séjours avec une prescription électronique au cours de la période de référence.  | Non applicable au 1 <sup>er</sup> juillet 2019               |
| 6. Registre électronique   | Nombre de séjours avec une prescription au cours de la période  | Nombre total de séjours avec une prescription au cours de  | 60%  |

|  |  |   |     |
|--|--|---|-----|
| d'administration des médicaments   | de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G ou Sp, et pour lesquels le registre électronique de l'administration des médicaments est actif.   | la période de référence dont le dernier séjour se situe dans une unité de soins dont les lits sont agréés sous les index A, T, K, G ou Sp.  |     |
| 7. Lettre électronique de sortie   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une lettre de sortie, telle que décrite dans 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, qui a été enregistrée dans le DPI et validée par un médecin dans les 30 jours après la sortie.      | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 90% |
| 8. Enregistrement du consentement éclairé du patient                       | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec un consentement éclairé ou le refus d'un consentement enregistré électroniquement et structurellement dans le DPI pour un traitement nécessitant un consentement éclairé ou indiquant l'absence de consentement en cas d'urgence.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec un traitement nécessitant un consentement éclairé par écrit.                     | 60% |
| 9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient                   | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation classique au cours de la période de référence avec une déclaration anticipée de volontés relative au traitement (positive ou négative) enregistrée électroniquement dans le DPI, référencée et accessible aux prestataires de soins qui prennent en charge le patient.   | ////  | >0  |
| 10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth. | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence pour lesquels au moins un document de la liste ci-dessous est disponible via les services de la plateforme eHealth au cours de la période de référence.<br>Liste de types de documents :<br>- Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique ;<br>- Lettres de sortie ;<br>- Rapports d'opérations ;<br>- Rapport d'anesthésie ; | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le partage électronique de leurs données de santé. | 90% |

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avis spécialisés ;</li> <li>- Rapports des examens médico-techniques ;</li> <li>- Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire ;</li> <li>- Résultats de laboratoire ;</li> <li>- Attestations médico-administratives.</li> </ul> |   |     |
| 11. Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires                                    | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins deux informations multidisciplinaires (trois pour les hôpitaux psychiatriques) introduites dans le DPI.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 80% |
| 12. Gestion du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline par le DPI  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un plan de traitement interdisciplinaire rapporté dans le DPI.  | Nombre total de patients uniques hospitalisés au cours de la période de référence.              | 70% |
| 13. Enregistrement des isolements   | Nombre d'isolements enregistrés dans le DPI au cours de la période de référence.  | Nombre total d'isolements au cours de la période de référence.                                  | 50% |
| 14. Enregistrement des observations du patient  | Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un enregistrement d'une observation.  | Nombre total de patients uniques hospitalisés au cours de la période de référence.              | 90% |
| 15. Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectués à l'extérieur | Nombre des résultats demandés en externe au cours de la période de référence et qui sont liés dans le DPI au bon dossier patient.   | Nombre total des résultats qui ont été demandés en externe au cours de la période de référence. | 70% |

\* Excepté les lits intensifs

\*\* Excepté les nouveau-nés

\*\*\* Les services eHealth suivants doivent également être utilisés activement par l'institution:

- Consultation des données de santé des autres prestataires de soins via les hubs ou 'coffres forts', par exemple le sumEHR, par les prestataires de soins en interne de l'hôpital.
- Trusted timestamping
- Communication sécurisée et adressée aux prestataires de soins externes à l'hôpital, par exemple via l'eHealthbox
- Mediprima
- MyCareNet



B Menu: Numérateur et dénominateur par fonctionnalité menu valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2 (Autres hôpitaux)

| <b>Fonctionnalités menu</b>  | <b>Dénominateur</b>   | <b>Numérateur</b>   | <b>Indicateur utilisation effective suffisante Early Adopter</b> |
|--|---|---|--|
| Evaluation régulière de l'état des patients en utilisant des instruments standardisés  | Nombre de patients sortis au cours de la période de référence avec une mesure des résultats structurés.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 30%  |
| Possibilité pour le patient d'ajouter directement des données au DPI qui ont un impact sur le traitement pendant l'hospitalisation | Nombre de patients qui partagent des données auto-enregistrées avec l'équipe soignante au cours de la période de référence.   | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 30%  |
| Médecins de garde en dehors de l'hôpital peuvent accéder au dossier du patient et prescrire des médicaments                        | Nombre de patients dont la prescription a été prescrite ou validée électroniquement par un médecin de garde au cours de la période de référence.                          | Nombre total de patients avec une prescription et traités par un médecin de garde au cours de la période de référence.                        | 30%  |
| Planification de la thérapie pour le patient   | Nombre de patients avec une thérapie planifiée via le module de planification de thérapie intégré au cours de la période de référence.                                    | Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence.  | 30%  |
| Mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement  | Nombre de patients avec une mesure limitant la liberté physique, autres que la ségrégation, enregistrée électroniquement dans le DPI au cours de la période de référence. | Nombre total de patients uniques au cours de la période de référence avec des mesures limitant la liberté physique autres que la ségrégation. | 30% ».   |

Vu pour être annexé à notre arrêté royal du 23 juin 2019 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

**PHILIPPE**

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK

Bijlage van het koninklijk besluit van 23 juni 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

“ Bijlage 19ter: Stappenplan – Accelerator EPD

| In bijlagen <sup>1</sup>                         | Inhoudelijke aspecten   |
|--|---|
| <b>Deel 1: BMUC AS-IS</b>                        | Percentages van het actuele effectieve gebruik voor iedere BMUC-functionaliteit   |
|  | Stand van Zaken met betrekking tot de patiënt gerelateerde software   |
| <b>Deel 2: BMUC TO-BE</b>                        | Percentages van het voorziene effectieve gebruik voor iedere BMUC-functionaliteit op 1 juli 2020                                    |
| <b>Deel 3: Strategisch plan</b>                  | Strategische doelstellingen en prioriteiten voor de implementatie van een geïntegreerd EPD  |
|  | Overeenkomst met de huidige leverancier van het geïntegreerde EPD en/of gedetailleerde beschrijving van het verwachte eindresultaat |
|  | Implementatiestrategie voor het geïntegreerde EPD   |
|  | Beschrijving van de impact op de processen en de mensen (change management)   |
| <b>Deel 4: Meerjarenbegroting</b>                | Meerjarenbudget voor de implementatie van het geïntegreerde EPD tot 1 juli 2020   |
|  | Voorziene FTE voor de implementatie van het geïntegreerde EPD tot 1 juli 2020   |
| <b>Deel 5: Multidisciplinair coördinatieteam</b> | Beschrijving van het beheer van de implementatie van het geïntegreerde EPD  |
|  | Samenstelling multidisciplinair coördinatieteam   |
|  | Verantwoordelijkheden multidisciplinair coördinatieteam   |
| <b>Deel 6: Projectplan</b>                       | Overzichtstabel met de voorziene fases van de implementatie van het geïntegreerde EPD   |
|  | Gedetailleerde kalender voor de implementatie van het geïntegreerde EPD tot 1 juli 2020   |
|  | Acties en doelstellingen inzake Meaningful Use van het geïntegreerde EPD door de zorgverstrekkers                                   |
| <b>Deel 7 : Beschrijving actualisering</b>       | Een opsomming van de actualisaties van het stappenplan  |
|  | Een strategische rechtvaardiging van de aangebrachte aanpassingen in het stappenplan.   |
|  | Kritieke succesfactoren die beslissend waren voor het al dan niet behalen van de vooropgestelde doelstellingen.                     |

Het ziekenhuis verbindt zich hierbij om uiterlijk op 1 juli 2020 een geïntegreerde EPD met de ‘Belgian Meaningful Use Criteria’ te implementeren, inclusief hiertoe de nodige middelen te voorzien.

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Ziekenhuis :                 |               |
| Beheerder van het ziekenhuis | Hoofdarts     |
| Naam:                        | Naam:         |
| Handtekening:                | Handtekening: |
| Datum:                       | Datum:        |

<sup>1</sup> Gelieve de nummering van deze tabel te respecteren voor de bijlagen

## Bijlage 19quater: Tellers en noemers - Accelerator

A Core: Tellers en noemers per corefunctionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 1 (Algemene ziekenhuizen)

| Corefunctionaliteiten  | Teller  | Noemer   | Indicator voldoende effectief gebruik Accelerator |
|--|---|--|---|
| 1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving  | Aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die verbonden zijn met de referentietabel van unieke patiëntenIDs tijdens de referentieperiode.  | Totaal aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die aanwezig zijn in het ziekenhuis tijdens de referentieperiode.  | 80%   |
|  | 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, Patiënttransport, 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 ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met ten minste één nieuwe diagnose, of een bevestigde diagnose, of een tijdelijke diagnose, of een gerealiseerde behandeling of een gerealiseerde diagnostische procedure die werd gevalideerd door een zorgverstreker.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode  | 20%   |
| 3. Lijst van allergieën en intoleranties   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een lijst die ten minste één allergie of intolerantie bevat of met expliciete vermelding dat er geen allergie werd gedetecteerd noch gedeclareerd.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode  | 30%   |
| 4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen   | Aantal verblijven met een voorschrift waarvan het laatste verblijf tijdens de referentieperiode op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp en waarvan alle voorschriften elektronisch werden voorgeschreven of gevalideerd door een arts.   | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. | 30%   |

|  |  |   |                                    |
|--|--|---|------------------------------------|
| 5. Geneesmiddelen-interacties  | Aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode waarvoor een automatische interactieanalyse werd uitgevoerd  | Totaal aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode  | Niet van toepassing op 1 juli 2019 |
| 6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen   | Aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp en waarvoor het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen actief was.  | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. | 30%                                |
| 7. Module voor verpleegkundige zorgplanning  | Aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. en waarvoor de module voor verpleegkundige zorgplanning, zoals beschreven in het koninklijk besluit van 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17 <sup>quater</sup> van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, werd gebruikt. | Totaal aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp.                     | 5%                                 |
| 8. Beheer van de afspraken   | Aantal patiëntencontacten tijdens de referentieperiode waarvoor de afspraken via het elektronisch afspraakbeheersysteem werden beheerd.  | /////   | >0                                 |
| 9. Elektronisch invoeren van aanvragen van onderzoeken voor medische beeldvorming, laboratoria of adviezen | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode waarvoor de aanvragen van onderzoeken voor medische beeldvorming elektronisch worden geregistreerd of gevalideerd door een arts en elektronisch en gestructureerd volgens de regels van het RIZIV worden doorgestuurd naar de dienst medische beeldvorming.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties waarvoor een medische beeldvorming heeft plaatsgevonden tijdens de referentieperiode   | 50%                                |
|  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode waarvoor de aanvragen van onderzoeken voor laboratoria elektronisch worden geregistreerd of gevalideerd door een arts en elektronisch en gestructureerd volgens de regels van het RIZIV worden doorgestuurd naar het laboratorium.  | Totaal aantal unieke ontslagen klassieke hospitalisaties waarvoor een labo-onderzoek werd uitgevoerd tijdens de referentieperiode.  |                                    |

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
|   | Aantal unieke ontslagen klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronische aanvraag voor medisch advies.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een facturatie voor een medisch advies.                               |     |
| 10. Elektronische ontslagbrief  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronisch ontslagbrief, zoals beschreven in het koninklijk besluit 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, die binnen de 30 dagen geregistreerd werd in het EPD en gevalideerd door een arts. | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.  | 80% |
| 11. Registratie van vitale parameters                                       | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronische en gestructureerde registratie van ten minste één vitale parameter in het EPD.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.  | 50% |
| 12. Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt                | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een geïnformeerde toestemming elektronisch geregistreerd in het EPD voor een behandeling die een geïnformeerde toestemming vereist of met aanduiding dat er geen toestemming was.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een behandeling die een geschreven geïnformeerde toestemming vereist. | 30% |
| 13. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt         | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een voorafgaande (positieve of negatieve) wilsverklaring met betrekking tot de therapie elektronisch geregistreerd in het EPD en gerefereerd voor en toegankelijk door de zorgverstrekkers die de patiënt verzorgen.   | /////   | >0  |
| 14. Server om de objectieve gegevens uit het patiëntendossier te raadplegen | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met minimum 2 verschillende types van documenten uit onderstaande lijst die tijdens de referentieperiode zijn geproduceerd en consulteerbaar zijn via de resultatenviewer. Lijst van type documenten:  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.  | 80% |

|   |  |   |     |
|---|--|---|-----|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift</li> <li>- Ontslagbrieven;</li> <li>- Operatieverslagen;</li> <li>- Anesthesieverslag;</li> <li>- Consultverslagen;</li> <li>- Verslagen van de medisch-technische onderzoeken;</li> <li>- Verslagen van medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde;</li> <li>- Resultaten van het laboratorium;</li> <li>- Medisch-administratieve attesten.</li> </ul>   |   |     |
| 15. Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health*** | <p>Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode voor wie minstens één document uit onderstaande lijst beschikbaar is in de e-Health-diensten tijdens de referentieperiode.</p> <p>Lijst van type documenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift</li> <li>- Ontslagbrieven;</li> <li>- Operatieverslagen;</li> <li>- Anesthesieverslag;</li> <li>- Consultverslagen;</li> <li>- Verslagen van de medisch-technische onderzoeken;</li> <li>- Verslagen van de medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde;</li> <li>- Resultaten van het laboratorium;</li> <li>- Medisch-administratieve attesten.</li> </ul> | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode en die hun geïnformeerde toestemming hebben gegeven voor het delen van hun gezondheidsgegevens. | 80% |

\* exclusief intensieve bedden onder deze index

\*\* exclusief de pasgeborenen

\*\*\* volgende eHealth-diensten dienen eveneens actief gebruikt te worden door de instelling:

- Raadpleging van gezondheidsgegevens van andere zorgverleners via de hubs of kluizen, bijvoorbeeld de sumEHR, door interne zorgverleners.
- Trusted Timestamping
- Beveiligde geadresseerde communicatie met zorgverstrekkers buiten ziekenhuis, bijvoorbeeld de eHealthbox
- Mediprima
- MyCareNet
- UREG
- Het gebruik van ten minste één Healthdata-register, één jaar na de implementatie van dit register door een system2system-verbinding

A Menu: Tellers en noemers per menu functionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 1 (Algemene ziekenhuizen)

Een effectief en voldoende gebruik van een menu functionaliteit kan gemeten worden aan verschillende indicatoren. Alle sub-indicatoren die worden aangeduid met een a, b, c of d moeten gerespecteerd worden, om het effectieve en voldoende gebruik van de menu-functionaliteit aan te tonen.

| Menu functionaliteiten                            | Referentie                         | Teller  | Noemer  | Indicator voldoende effectief gebruik Accelerator |
|---|------------------------------------|---|---|---|
| Planning van het operatiekwartier                 | a.                                 | Aantal elektronische geplande chirurgische ingrepen via het EPD tijdens de referentieperiode.   | Aantal geplande chirurgische ingrepen tijdens de referentieperiode.                             | 80%   |
|   | b.                                 | Aantal chirurgische ingrepen waarvoor een WHO Surgical Safety checklist werd ingevuld tijdens de interventie tijdens de referentieperiode.  | Aantal chirurgische ingrepen tijdens de referentieperiode.                                      | 80%   |
| Module Intensieve Zorgen                          | a.                                 | Aantal patiënten dat op de intensive care-unit (s) verbleef waarvan de follow-up werd uitgevoerd via de module van intensieve zorgen en waarvoor de verzamelde gegevens door deze module beschikbaar zijn voor de geautoriseerde zorgverstrekkers tijdens de referentieperiode. | Aantal patiënten dat op de intensive care-unit(s) heeft verbleven tijdens de referentieperiode. | 80%   |
| Patiëntendata-managementsysteem;                  | Niet van toepassing op 1 juli 2019 |   |   |   |
| Module spoedgevallenzorg                          | a.                                 | Aantal patiënten op spoed ingeschreven via een triagesysteem tijdens de referentieperiode.  | Aantal patiënten op spoed tijdens de referentieperiode.   | 80%   |
|   | b.                                 | Aantal patiënten waarvoor zijn locatie en trajectstatus beschikbaar is tijdens zijn verblijf op spoed tijdens de referentieperiode.   | Aantal patiënten op spoed tijdens de referentieperiode.   | 80%   |
|   | c.                                 | Aantal spoedrapporten die beschikbaar zijn voor de zorgverstrekkers in het EPD tijdens de referentieperiode.  | Aantal patiënten op spoed tijdens de referentieperiode  | 80%   |
| Ondersteunde systemen voor klinische beslissingen | a.                                 | Aantal beslissingen (accepteren of te negeren) naar aanleiding van prompts inzake beslissingondersteuning tijdens de referentieperiode.   | Aantal prompts voor beslissingondersteuning tijdens de referentieperiode.                       | 80%   |
| Patiëntendata-managementsysteem;                  | Niet van toepassing op 1 juli 2019 |   |   |   |

|  |                                    |  |   |     |
|--|------------------------------------|--|---|-----|
| Voorschrift chemotherapie  | a.                                 | Aantal patiënten van de noemer waarbij het voorschrift voor chemotherapie elektronisch werd uitgevoerd door een arts tijdens de referentieperiode.   | Aantal unieke patiënten met een herhaalde chemotherapie behandeling tijdens de referentieperiode.   | 80% |
| Functionele lokalisatie van de patiënt   | a.                                 | Patiënten waarvan de realtime locatie van de patiënt binnen een ziekenhuis beschikbaar was tijdens de referentieperiode.   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties die hun toestemming voor localisatie gaven tijdens de referentieperiode.  | 80% |
| Gestructureerde registratie van gegevens   | Niet van toepassing op 1 juli 2019 |  |   |     |
| Genetische gegevens  | a.                                 | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties waarvoor genetische informatie als gestructureerde gegevens aanwezig is tijdens de referentieperiode.  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties waarvoor een genetische analyse werd uitgevoerd tijdens de referentieperiode.   | 80% |
| Mobiele gezondheidstoepassingen en-diensten (integratie van telemonitoring-gegevens) | a.                                 | Aantal patiënten met thuismonitoring waarvan de klinische waarden zoals vitale parameters, als discrete patiëntgegevens worden geregistreerd in het EPD tijdens de referentieperiode.  | Aantal patiënten met thuismonitoring tijdens de referentieperiode.  | 80% |
| Toediening van geneesmiddelen in gesloten circuit                                    | a.                                 | Aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp.en waarvoor een “closed loop medication” (juiste patiënt, juiste moment, juiste geneesmiddel, juiste dosis en juiste weg) werd gebruikt met een niet manuele elektronische registratie van de gegevens. | Aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. | 80% |



B Core : Tellers en noemers per corefunctionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 2 (Andere ziekenhuizen)

| Core functionaliteiten   | Teller   | Noemer  | Indicator voldoende effectief gebruik Accelerator |
|--|--|---|---|
| 1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving  | Aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die verbonden zijn met de referentietabel van unieke patiëntenIDs tijdens de referentieperiode.   | Totaal aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die aanwezig zijn in het ziekenhuis binnen de gedefinieerde referentieperiode.                                      | 80%   |
|  | Centraal EPD, Administratieve module (ADT), Facturatiemodule, 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 ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met ten minste één nieuwe diagnose, of een bevestigde diagnose, of een tijdelijke diagnose, of een gerealiseerde behandeling of een gerealiseerde diagnostische procedure die werd gevalideerd door een zorgverstrekker.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode   | 20%   |
| 3. Lijst van allergieën en intoleranties   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een lijst die ten minste één allergie of intolerantie bevat of met expliciete vermelding dat er geen allergie werd gedetecteerd noch gedeclareerd.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode  | 30%   |
| 4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen   | Aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp waarvan de voorschriften elektronisch werden voorgeschreven of gevalideerd door een arts.  | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp. | 30%   |
| 5. Geneesmiddelen-interacties  | Aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode waarvoor een automatische interactieanalyse werd uitgevoerd.   | Totaal aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode.   | Niet van toepassing op 1 juli 2019                |

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
| 6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen                | Aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp en waarvoor het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen actief was.   | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp. | 30% |
| 7. Elektronisch ontslagbrief  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronisch ontslagbrief, zoals beschreven in het Koninklijk besluit 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, die binnen de 30 dagen geregistreerd werd in het EPD en gevalideerd door een arts. | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode.   | 80% |
| 8. Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt               | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een geïnformeerde toestemming elektronisch geregistreerd in het EPD voor een behandeling die een geïnformeerde toestemming vereist of met aanduiding dat er geen toestemming was.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een behandeling die een geschreven geïnformeerde toestemming vereist.                        | 30% |
| 9. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt        | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een voorafgaande (positieve of negatieve) wilsverklaring elektronisch geregistreerd in het EPD en gerefereerd voor en toegankelijk door de zorgverstrekkers die de patiënt verzorgen.  | ////  | >0  |
| 10. Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health*** | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode voor wie minstens één document uit onderstaande lijst beschikbaar is in de e-Health-diensten tijdens de referentieperiode. Lijst van type documenten:<br>- Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift<br>- Ontslagbrieven;<br>- Operatieverslagen;   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode en die hun geïnformeerde toestemming hebben gegeven voor het delen van hun gezondheidsgegevens.  | 80% |

|  |   |  |     |
|--|---|--|-----|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthesieverslag;</li> <li>- Consultverslagen;</li> <li>- Verslagen van de medisch-technische onderzoeken;</li> <li>- Verslagen van de medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde;</li> <li>- Resultaten van het laboratorium;</li> <li>- Medisch-administratieve attesten.</li> </ul> |  |     |
| 11. Multidisciplinaire registratie en uitwisseling van informatieve  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens twee multidisciplinaire (drie voor de psychiatrische ziekenhuizen) gegevens ingevoerd in het EPD.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode | 70% |
| 12. Beheren van een interdisciplinaire behandelingsplan en van de taken van elke discipline binnen het Elektronisch Patiëntendossier | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens één gerapporteerd interdisciplinair behandelingsplan in het EPD.   | Totaal aantal unieke gehospitaliseerde patiënten tijdens de referentieperiode            | 60% |
| 13. Registratie van isolaties  | Aantal isolaties tijdens de referentieperiode geregistreerd in het EPD.   | Totaal aantal isolaties tijdens de referentieperiode.                                    | 10% |
| 14. Registratie van observaties van de patiënt   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie met minstens één registratie van een observatie in het EPD tijdens de referentieperiode  | Totaal aantal unieke gehospitaliseerde patiënten tijdens de referentieperiode            | 80% |
| 15. Integratie van de resultaten of studies die intern worden aangevraagd, maar extern uitgevoerd                                    | Aantal resultaten die extern werden aangevraagd tijdens de referentieperiode en in het EPD gekoppeld werden aan het correcte patiëntendossier   | Totaal aantal resultaten die extern werden aangevraagd tijdens de referentieperiode      | 60% |

- \*exclusief intensieve bedden
- \*\*exclusief de pasgeborenen
- \*\*\* Volgende eHealth-diensten dienen eveneens effectief gebruikt te worden door de instelling:
  - Raadpleging van gezondheidsgegevens van andere zorgverleners via de hubs of kluisen, bijvoorbeeld de sumEHR, door interne zorgverleners.
  - Trusted Timestamping
  - Beveiligde geadresseerde communicatie met zorgverstrekkers buiten ziekenhuis, bijvoorbeeld de eHealthbox
  - Mediprima
  - MyCareNet

B Menu: Tellers en noemers per menu functionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 2 (Andere ziekenhuizen)

| <b>Menu functionaliteiten</b>   | <b>Teller</b>  | <b>Noemer</b>  | <b>Indicator voldoende effectief gebruik<br/>Early Adopter</b> |
|---|--|--|--|
| Routinematige evaluatie van de toestand van patiënten met behulp van gestandaardiseerde instrumenten  | Aantal ontslagen patiënten tijdens de referentieperiode met gestructureerde resultatenmeting.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode.                               | 30%  |
| Mogelijkheid voor de patiënt om rechtstreeks gegevens, die een impact hebben op de behandeling tijdens de hospitalisatie, toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier | Aantal patiënten die zelf geregistreerde gegevens delen met het zorgteam tijdens de referentieperiode.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode.                               | 30%  |
| Dokters van wacht buiten het ziekenhuis hebben toegang tot het EPD en kunnen medicatie voorschrijven  | Aantal patiënten met een voorschrift dat elektronisch werd voorgeschreven of gevalideerd door een arts van wacht tijdens de referentieperiode.   | Totaal aantal patiënten met een voorschrift en behandeld door een arts van wacht tijdens de referentieperiode.           | 30%  |
| Therapieplanning voor de patiënt  | Aantal patiënten met een geplande therapie via de geïntegreerde therapieplanningsmodule tijdens de referentieperiode.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode.                               | 30%  |
| Maatregelen, andere dan isolatie, die de fysieke vrijheid beperken  | Aantal patiënten met een in het EPD elektronisch geregistreerde actie die genomen werd, andere dan segregatie, om de fysieke vrijheid van de patiënt te beperken tijdens de referentieperiode. | Totaal aantal unieke patiënten tijdens de referentieperiode met beperking van de fysieke vrijheid andere dan segregatie. | 30%  |

## Bijlage 19quinquies: Tellers en noemers Early Adopter

A Core: Tellers en noemers per corefunctionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 1 (Algemene ziekenhuizen)

| Corefunctionaliteiten  | Teller  | Noemer  | Indicator voldoende effectief gebruik Early Adopter |
|--|---|---|---|
| 1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving  | Aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die verbonden zijn met de referentietabel van unieke patiëntenIDs tijdens de referentieperiode.  | Totaal aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die aanwezig zijn in het ziekenhuis tijdens de referentieperiode.   | 90%   |
|  | 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, Patiënttransport, 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 ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met ten minste één nieuwe diagnose, of een bevestigde diagnose, of een tijdelijke diagnose, of een gerealiseerde behandeling of een gerealiseerde diagnostische procedure die werd gevalideerd door een zorgverstreker.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode   | 50%   |
| 3. Lijst van allergieën en intoleranties   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een lijst die ten minste één allergie of intolerantie bevat of met expliciete vermelding dat er geen allergie werd gedetecteerd noch gedeclareerd.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode   | 60%   |
| 4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen   | Aantal verblijven met een voorschrift waarvan het laatste verblijf tijdens de referentieperiode op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp en waarvan alle voorschriften elektronisch werden voorgeschreven of gevalideerd door een arts.  | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgeenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. | 60%   |

|  |   |  |                                    |
|--|---|--|------------------------------------|
| 5. Geneesmiddelen-interacties  | Aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode waarvoor een automatische interactieanalyse werd uitgevoerd   | Totaal aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode   | Niet van toepassing op 1 juli 2019 |
| 6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen   | Aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp en waarvoor het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen actief was.  | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. | 60%                                |
| 7. Module voor verpleegkundige zorgplanning  | Aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. en waarvoor de module voor verpleegkundige zorgplanning, zoals beschreven in het koninklijk besluit van 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, werd gebruikt. | Totaal aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp.                     | 30%                                |
| 8. Beheer van de afspraken   | Aantal patiëntencontacten tijdens de referentieperiode waarvoor de afspraken via het elektronisch afspraakbeheersysteem werden beheerd.   | /////  | >0                                 |
| 9. Elektronisch invoeren van aanvragen van onderzoeken voor medische beeldvorming, laboratoria en adviezen | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode waarvoor de aanvragen van onderzoeken voor medische beeldvorming elektronisch worden geregistreerd of gevalideerd door een arts en elektronisch en gestructureerd volgens de regels van het RIZIV worden doorgestuurd naar de dienst medische beeldvorming.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties waarvoor een medische beeldvorming heeft plaatsgevonden tijdens de referentieperiode  | 50%                                |
|  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode waarvoor de aanvragen van onderzoeken voor laboratorium elektronisch worden geregistreerd of gevalideerd door een arts en elektronisch en  | Totaal aantal unieke ontslagen klassieke hospitalisaties waarvoor een labo-onderzoek werd uitgevoerd tijdens de referentieperiode.   |                                    |

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
|   | gestructureerd volgens de regels van het RIZIV worden doorgestuurd naar het laboratorium.   |   |     |
|   | Aantal unieke ontslagen klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronische aanvraag voor medisch advies.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een facturatie voor een medisch advies.                               |     |
| 10. Elektronische ontslagbrief  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronisch ontslagbrief, zoals beschreven in het Koninklijk besluit 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, die binnen de 30 dagen geregistreerd werd in het EPD en gevalideerd door een arts. | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.  | 90% |
| 11. Registratie van vitale parameters                                       | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronische en gestructureerde registratie van ten minste één vitale parameter in het EPD.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.  | 60% |
| 12. Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt                | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een geïnformeerde toestemming elektronisch geregistreerd in het EPD voor een behandeling die een geïnformeerde toestemming vereist of met aanduiding dat er geen toestemming was.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een behandeling die een geschreven geïnformeerde toestemming vereist. | 60% |
| 13. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt         | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een voorafgaande (positieve of negatieve) wilsverklaring met betrekking tot de therapie elektronisch geregistreerd in het EPD en gerefereerd voor en toegankelijk door de zorgverstrekkers die de patiënt verzorgen.   | /////   | >0  |
| 14. Server om de objectieve gegevens uit het patiëntendossier te raadplegen | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode met minimum 2 verschillende types van documenten uit onderstaande lijst die tijdens de referentieperiode zijn geproduceerd   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode.  | 90% |

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
|   | <p>en consulteerbaar zijn via de resultatenviewer. Lijst van type documenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift</li> <li>- Ontslagbrieven;</li> <li>- Operatieverslagen;</li> <li>- Anesthesieverslag;</li> <li>- Consultverslagen;</li> <li>- Verslagen van de medisch-technische onderzoeken;</li> <li>- Verslagen van medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde;</li> <li>- Resultaten van het laboratorium;</li> <li>- Medisch-administratieve attesten.</li> </ul>  |   |     |
| 15. Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health*** | <p>Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode voor wie minstens één document uit onderstaande lijst beschikbaar is in de e-Health-diensten tijdens de referentieperiode. Lijst van type documenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift</li> <li>- Ontslagbrieven;</li> <li>- Operatieverslagen;</li> <li>- Anesthesieverslag;</li> <li>- Consultverslagen;</li> <li>- Verslagen van de medisch-technische onderzoeken;</li> <li>- Verslagen van de medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde;</li> <li>- Resultaten van het laboratorium;</li> <li>- Medisch-administratieve attesten.</li> </ul> | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen klassieke hospitalisaties tijdens de referentieperiode en die hun geïnformeerde toestemming hebben gegeven voor het delen van hun gezondheidsgegevens. | 90% |

\* exclusief intensieve bedden onder deze index

\*\* exclusief de pasgeborenen

\*\*\* volgende eHealth-diensten dienen eveneens actief gebruikt te worden door de instelling:

- Raadpleging van gezondheidsgegevens van andere zorgverleners via de hubs of kluizen, bijvoorbeeld de sumEHR, door interne zorgverleners.
- Trusted Timestamping
- Beveiligde geadresseerde communicatie met zorgverstrekkers buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld de eHealthbox
- Mediprima
- MyCareNet
- UREG
- Het gebruik van ten minste één Healthdata-register, één jaar na de implementatie van dit register door een system2system-verbinding



A Menu: Tellers en noemers per menu functionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 1 (Algemene ziekenhuizen)

Een effectief en voldoende gebruik van een menu functionaliteit kan gemeten worden aan verschillende indicatoren. Alle sub-indicatoren die worden aangeduid met een a, b, c of d moeten gerespecteerd worden, om het effectieve en voldoende gebruik van de menu-functionaliteit aan te tonen.

| Menu functionaliteiten                              | Referentie                         | Teller  | Noemer  | Indicator voldoende effectief gebruik<br>Early adopter |
|---|------------------------------------|---|---|--|
| Planning van het operatiekwartier                   | a.                                 | Aantal elektronische geplande chirurgische ingrepen via het EPD tijdens de referentieperiode.   | Aantal geplande chirurgische ingrepen tijdens de referentieperiode.                             | 80%  |
|   | b.                                 | Aantal chirurgische ingrepen waarvoor een WHO Surgical Safety checklist werd ingevuld tijdens de interventie tijdens de referentieperiode.  | Aantal chirurgische ingrepen tijdens de referentieperiode.                                      | 80%  |
| Module Intensieve Zorgen                            | a.                                 | Aantal patiënten dat op de intensive care-unit (s) verbleef waarvan de follow-up werd uitgevoerd via de module van intensieve zorgen en waarvoor de verzamelde gegevens door deze module beschikbaar zijn voor de geautoriseerde zorgverstrekkers tijdens de referentieperiode. | Aantal patiënten dat op de intensive care-unit(s) heeft verbleven tijdens de referentieperiode. | 80%  |
| Patiëntendata-managementsysteem                     | Niet van toepassing op 1 juli 2019 |   |   |  |
| Module spoedgevallenzorg                            | a.                                 | Aantal patiënten op spoed ingeschreven via een triagesysteem tijdens de referentieperiode.  | Aantal patiënten op spoed tijdens de referentieperiode.   | 80%  |
|   | b.                                 | Aantal patiënten waarvoor zijn locatie en trajectstatus beschikbaar is tijdens zijn verblijf op spoed tijdens de referentieperiode.   | Aantal patiënten op spoed tijdens de referentieperiode.   | 80%  |
|   | c.                                 | Aantal spoedrapporten die beschikbaar zijn voor de zorgverstrekkers in het EPD tijdens de referentieperiode.  | Aantal patiënten op spoed tijdens de referentieperiode  |  |
| Ondersteunende systemen voor klinische beslissingen | a.                                 | Aantal beslissingen (accepteren of te negeren) naar aanleiding van prompts inzake beslissingsondersteuning tijdens de referentieperiode.  | Aantal prompts voor beslissingondersteuning tijdens de referentieperiode.                       | 80%  |

|   |    |  |   |     |
|---|----|--|---|-----|
| Grondige controle van interacties   |    | Niet van toepassing op 1 juli 2019   |   |     |
| Voorschrift chemotherapie   | a. | Aantal patiënten van de noemer waarbij het voorschrift voor chemotherapie elektronisch werd uitgevoerd door een arts tijdens de referentieperiode.   | Aantal unieke patiënten met een herhaalde chemotherapie behandeling tijdens de referentieperiode.   | 80% |
| Functionele lokalisatie van de patiënt  | a. | Patiënten waarvan de realtime locatie van de patiënt binnen een ziekenhuis beschikbaar was tijdens de referentieperiode.   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties die hun toestemming voor lokalisatie gaven tijdens de referentieperiode.  | 80% |
| Gestructureerde registratie van gegevens  |    | Niet van toepassing op 1 juli 2019   |   |     |
| Genetische gegevens   | a. | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties waarvoor genetische informatie als gestructureerde gegevens aanwezig is tijdens de referentieperiode.  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit klassieke hospitalisaties waarvoor een genetische analyse werd uitgevoerd tijdens de referentieperiode.   | 80% |
| Mobiele gezondheidstoepassingen en –diensten (integratie van telemonitoring-gegevens) | a. | Aantal patiënten met thuismonitoring waarvan de klinische waarden zoals vitale parameters, als discrete patiëntgegevens worden geregistreerd in het EPD tijdens de referentieperiode.  | Aantal patiënten met thuismonitoring tijdens de referentieperiode.  | 80% |
| Toediening van geneesmiddelen in gesloten circuit                                     | a. | Aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp.en waarvoor een “closed loop medication” (juiste patiënt, juiste moment, juiste geneesmiddel, juiste dosis en juiste weg) werd gebruikt met een niet manuele elektronische registratie van de gegevens. | Aantal verblijven tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, Ad, An, B, C*, D*, E, G, H, K, Kd, Kn, L, M** of Sp. | 80% |

B Core: Tellers en noemers per corefunctionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 2  
(Andere ziekenhuizen)

| Core functionaliteiten   | Teller  | Noemer   | Indicator voldoende effectief gebruik<br>Early Adopter |
|--|---|--|--|
| 1. Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving  | Aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die verbonden zijn met de referentietabel van unieke patiëntenIDs tijdens de referentieperiode.  | Totaal aantal applicaties of functionaliteiten uit de lijst hieronder die aanwezig zijn in het ziekenhuis tijdens de referentieperiode.  | 90%  |
|  | Centraal EPD, Administratieve module (ADT), Fakturatiemodule (TARFAC), 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 ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met ten minste één nieuwe diagnose, of een bevestigde diagnose, of een tijdelijke diagnose, of een gerealiseerde behandeling of een gerealiseerde diagnostische procedure die werd gevalideerd door een zorgverstrekker.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode  | 50%  |
| 3. Lijst van allergieën en intoleranties   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een lijst die ten minste één allergie of intolerantie bevat of met expliciete vermelding dat er geen allergie werd gedetecteerd noch gedeclareerd.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode   | 60%  |
| 4. Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen   | Aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp waarvan de voorschriften elektronisch werden voorgeschreven of gevalideerd door een arts.  | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp. | 60%  |
| 5. Geneesmiddelen-interacties  | Aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode waarvoor een  | Totaal aantal verblijven met een elektronisch voorschrift tijdens de referentieperiode.  | Niet van toepassing op 1 juli 2019                     |

|   |   |  |     |
|---|---|--|-----|
|   | automatische interactieanalyse werd uitgevoerd.   |  |     |
| 6. Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen                | Aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp en waarvoor het elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen actief was.  | Totaal aantal verblijven met een voorschrift tijdens de referentieperiode waarvan het laatste verblijf op een zorgenheid was die erkende bedden heeft met de kenletter A, T, K, G of Sp. | 60% |
| 7. Elektronisch ontslagbrief  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronisch ontslagbrief, zoals beschreven in het Koninklijk besluit 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, die binnen de 30 dagen geregistreerd werd in het EPD en gevalideerd door een arts. | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode.  | 90% |
| 8. Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt               | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een geïnformeerde toestemming elektronisch geregistreerd in het EPD voor een behandeling die een geïnformeerde toestemming vereist of met aanduiding dat er geen toestemming was   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een behandeling die een geschreven geïnformeerde toestemming vereist.                       | 60% |
| 9. Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt        | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een voorafgaande (positieve of negatieve) wilsverklaring met betrekking tot de therapie elektronisch geregistreerd in het EPD en gerefereerd voor en toegankelijk door de zorgverstrekkers die de patiënt verzorgen.   | ////   | >0  |
| 10. Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health*** | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode voor wie minstens één document uit onderstaande lijst beschikbaar is in de eHealth-diensten tijdens de referentieperiode.<br>Lijst van type documenten:   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode en die hun geïnformeerde toestemming hebben gegeven voor het delen van hun gezondheidsgegevens. | 90% |

|  |   |  |     |
|--|---|--|-----|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift</li> <li>- Ontslagbrieven;</li> <li>- Operatieverslagen;</li> <li>- Anesthesieverslag;</li> <li>- Consultverslagen;</li> <li>- Verslagen van de medisch-technische onderzoeken;</li> <li>- Verslagen van de medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde;</li> <li>- Resultaten van het laboratorium;</li> <li>- Medisch-administratieve attesten.</li> </ul> |  |     |
| 11. Multidisciplinaire registratie en uitwisseling van informatieve  | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens twee multidisciplinaire (drie voor de psychiatrische ziekenhuizen) gegevens ingevoerd in het EPD.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode | 80% |
| 12. Beheren van een interdisciplinair behandelingsplan en van elke discipline binnen het Elektronisch Patiëntendossier | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens één gerapporteerd interdisciplinair behandelingsplan in het EPD.   | Totaal aantal unieke gehospitaliseerde patiënten tijdens de referentieperiode            | 70% |
| 13. Registratie van isolaties  | Aantal isolaties tijdens de referentieperiode geregistreerd in het EPD.   | Totaal aantal isolaties tijdens de referentieperiode.                                    | 50% |
| 14. Registratie van observaties van de patiënt   | Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie met minstens één registratie van een observatie in het EPD tijdens de referentieperiode  | Totaal aantal unieke gehospitaliseerde patiënten tijdens de referentieperiode            | 90% |
| 15. Integratie van de resultaten of studies die intern worden aangevraagd, maar extern uitgevoerd                      | Aantal resultaten die extern werden aangevraagd tijdens de referentieperiode en in het EPD gekoppeld werden aan het correcte patiëntendossier   | Totaal aantal resultaten die extern werden aangevraagd tijdens de referentieperiode      | 70% |

\* exclusief intensieve bedden

\*\* exclusief de pasgeborenen

\*\*\* volgende eHealth-diensten dienen eveneens effectief gebruikt te worden door de instelling:

- Raadpleging van gezondheidsgegevens van andere zorgverleners via de hubs of kluisen, bijvoorbeeld de sumEHR, door interne zorgverleners.
- Trusted Timestamping
- Beveiligde geadresseerde communicatie met zorgverstrekkers buiten ziekenhuis, bijvoorbeeld de eHealthbox
- Mediprima
- MyCareNet

B Menu: Tellers en noemers per menu functionaliteit geldig voor de ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 2, § 2 (Andere ziekenhuizen)

| Menu functionaliteiten  | Teller   | Noemer   | Indicator voldoende effectief gebruik Early Adpoter |
|---|--|--|---|
| Routinematige evaluatie van de toestand van patiënten met behulp van gestandaardiseerde instrumenten  | Aantal ontslagen patiënten tijdens de referentieperiode met gestructureerde resultatenmeting.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode.                               | 30%   |
| Mogelijkheid voor de patiënt om rechtstreeks gegevens, die een impact hebben op de behandeling tijdens de hospitalisatie, toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier | Aantal patiënten die zelf geregistreerde gegevens delen met het zorgteam tijdens de referentieperiode.   | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode.                               | 30%   |
| Dokters van wacht buiten het ziekenhuis hebben toegang tot het EPD en kunnen medicatie voorschrijven.   | Aantal patiënten met een voorschrift dat elektronisch werd voorgeschreven of gevalideerd door een arts van wacht tijdens de referentieperiode.   | Aantal patiënten met een voorschrift en behandeld door een arts van wacht tijdens de referentieperiode.                  | 30%   |
| Therapieplanning voor de patiënt  | Aantal patiënten met een geplande therapie via de geïntegreerde therapieplanningsmodule tijdens de referentieperiode.  | Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode.                               | 30%   |
| Maatregelen, andere dan isolatie, die de fysieke vrijheid beperken  | Aantal patiënten met een in het EPD elektronisch geregistreerde actie die genomen werd, andere dan segregatie, om de fysieke vrijheid van de patiënt te beperken tijdens de referentieperiode. | Totaal aantal unieke patiënten tijdens de referentieperiode met beperking van de fysieke vrijheid andere dan segregatie. | 30%''.  |

Gezien om te worden gevoegd bij ons koninklijk besluit van 23 juni 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
M. DE BLOCK