



service public fédéral  
**SANTÉ PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**Direction générale Soins de santé  
Service Legal Management  
Conseil fédéral des établissements hospitaliers**

VOTRE LETTRE DU 07/09/2018

VOS RÉF. MDB/2018/BWEM

NOS RÉF. CFEH/C/34-2018

DATE 15/10/2018

ANNEXE(S) 1

CONTACT VINCENT HUBERT

E-MAIL : VINCENT.HUBERT@HEALTH.FGOV.BE

À l'attention de madame De Block

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Finance Tower

Bd du Jardin Botanique, 50 boîte 175

B-1000 Bruxelles

Objet : Votre demande d'avis du 07/09/2018 relative au financement DPI via le BMF et suite du programme accélérateur

Madame la Ministre,

Je vous prie de bien vouloir trouver en annexe l'avis repris sous rubrique.

Cet avis a été discuté lors de la réunion plénière du 11 octobre 2018, et ratifié par le Bureau à cette même date.

Le Conseil souhaite vous préciser que le financement BMF dévolu à la mise en place du dossier patient informatisé (DPI) représente moins de 10% de la totalité des coûts d'investissement.

Relativement à la mise à disposition des informations reprises dans le dossier des patients, le Conseil rappelle la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient ; il importe que le patient ait donné préalablement son consentement au partage d'informations qui le concerne.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'assurance de ma meilleure considération.

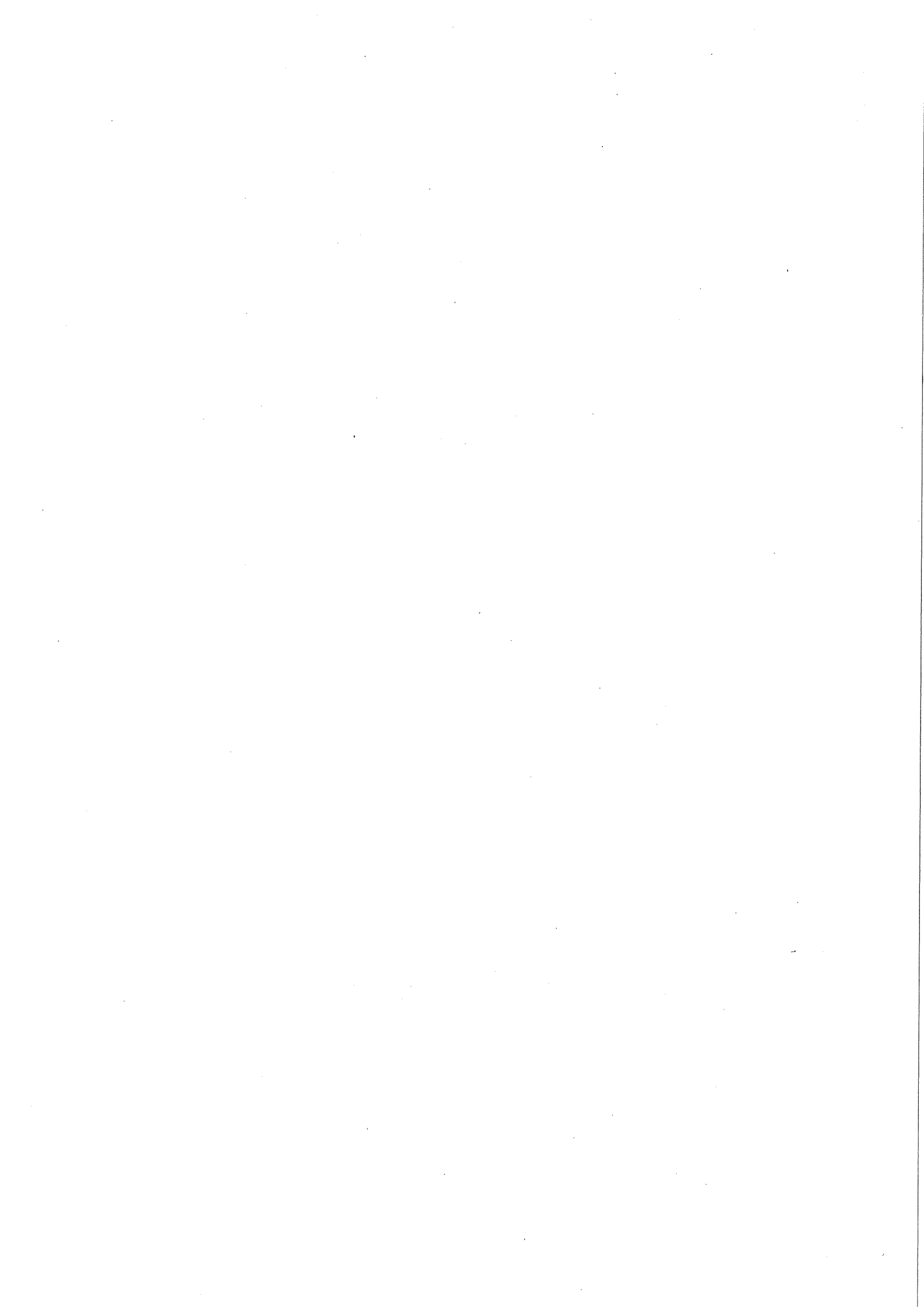
Au nom du président du CFEH,

Peter Degadt

Peter Facon

Le secrétaire

.be





Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid  
MAGGIE DE BLOCK

T.a.v. Peter Degadt, voorzitter van de Federale Raad voor  
Ziekenhuisvoorzieningen  
Eurostation, blok II  
Victor Hortaplein 40 bus 10  
1060 Brussel

**Uw kenmerk**  
AP02/FRZV-ICT/2018

**Dossier behandeld door**  
Andries Nelissen

**Ons kenmerk**  
MDB/2018/BW/EM/

**Contact via**

**Bijlagen**

**Datum**  
Brussel, 7 september 2018

**Betreft:** Financiering EPD via het BFM en vervolg acceleratorprogramma

Geachte heer voorzitter,

Het doel van het acceleratorprogramma is het maturiteitsniveau van de EPD in alle Belgische ziekenhuizen te verhogen naar een gemeenschappelijke basis, om zo de kwaliteit en veiligheid van zorg significant te verbeteren. Daartoe dienen alle Belgische ziekenhuizen een geïntegreerd EPD te hebben dat een aantal minimale functionaliteiten bevat. Deze functionaliteiten dienen effectief gebruikt te worden door de zorgverstrekkers.

Door de FOD Volksgezondheid werd een legaal kader uitgewerkt om de ziekenhuizen een duidelijke richting te geven welke functionaliteiten prioritair geïmplementeerd moeten worden. Hieraan werden ook financiële incentives gekoppeld voor het gebruik van de BMUC functionaliteiten en ondersteuning van voorlopers in functie van het behalen van gebruikstargets. De financiering van een reeks prioriteiten is gekoppeld aan het behalen van gebruikstargets.

De financiële incentives zijn gericht op het ondersteunen van de ziekenhuizen om barrières bij de implementatie van een geïntegreerd EPD te overwinnen en de adoptie door de zorgverstrekkers te versnellen. Het spreekt voor zich dat deze beloningsstrategieën in de loop van de tijd moeten worden opgevolgd en aangepast om ervoor te zorgen dat de gewenste resultaten worden behaald.

Op basis van de ingediende kandidaturen voor het Early Adopterbudget trekken we 2 belangrijke lessen. Enerzijds toont het hoge aantal ziekenhuizen met het Early Adopter (E.A.) statuut dat de criteria overeenstemde met de huidige realiteit van een meerderheid van de ziekenhuizen en anderzijds dienen de definities van de meetwaarden meer specifiek geformuleerd te worden waardoor punten-vergaring-creativiteit tot een minimum wordt beperkt. In 2018 werd het Early Adopter budget van 2017 en 2018 samengevoegd, echter voor 2019 zal dit budget slechts 5% van het totale budget bedragen. Dit is een bijkomende motivatie om strenger te zijn in de definitie van E.A. zodat er een echte incentive blijft

bestaan voor de ziekenhuizen om aan deze oefening deel te nemen. Verder wensen we de criteria nog helderder te definiëren in samenspraak met het begeleidingscomité BMUC.

Deze adviesvraag heeft betrekking op de evolutie van de BMUC in 2019, alsook op de methodiek die gevolgd zal worden voor het vastleggen van de criteria na 2019.

## 1. Acceleratorprogramma 2019

Om de nodige zekerheid te bieden voor de ziekenhuizen zullen de uitgangsprincipes van de BMUC gerespecteerd worden en zullen er geen grote veranderingen doorgevoerd worden. Consistentie zal het ook eenvoudiger maken voor de ziekenhuizen om effectief samen te werken, het consistent doortrekken en handhaven van het BMUC-model in 2019 scheidt de nodige duidelijkheid, maar ook verantwoordelijkheid voor de ziekenhuizen om aan die verwachtingen te voldoen.

### 1.1. Sokkel 2019

Het sokkelbedrag daalt verder naar

- 5% van het beschikbare budget dat volgens een vast bedrag per ziekenhuis zal worden toegekend
- 10% van het beschikbare budget dat volgens het aantal verantwoorde bedden over de ziekenhuizen zal verdeeld worden

### 1.2. Acceleratorbudget 2019

Op 1 juli 2018 bedroeg het acceleratorbudget 70% van het beschikbaar budget 'Elektronisch Patiëntendossier'.

De voorwaarden voor het acceleratorbudget waren drieledig:

1. Een goedgekeurd stappenplan voor de implementatie van een geïntegreerd EPD (5%)
2. Het gebruik van de BMUC functionaliteiten op een zinvolle manier (50%)
3. Het EPD is in staat om elektronische gezondheidsinformatie uit te wisselen om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren (15%)

Op 1 juli 2019 zal het acceleratorbudget 80% van het beschikbaar budget 'Elektronisch Patiëntendossier' bedragen.

Voor 2019 stellen we de volgende voorwaarden voor:

*1. Check van het engagement tot implementatie BMUC en de meaningful use er van (10%)*

In opvolging van de reeds in 2018 opgenomen GAP-analyse en het begeleidende strategisch plan, identificeert en prioriteert de directie de middelen die nodig zijn, zoals medewerkers, IT-systemen en specifieke faciliteiten om de vooropgestelde doelstellingen van de BMUC te bereiken.

*2. Het gebruik van de BMUC functionaliteiten op een zinvolle manier (70%)*

De statistieken inzake het zinvol gebruik van de functionaliteiten worden geactualiseerd en gedeclareerd. De statistieken zullen ook publiek gemaakt worden.

Om aanspraak te kunnen maken op het acceleratorbudget dienen minstens 5 functionaliteiten van de 14 BMUC functionaliteiten voor een groot deel van de ziekenhuispopulatie zinvol gebruikt te worden. De ziekenhuizen zullen pro rata het aantal functionaliteiten die door een significant deel van de ziekenhuispopulatie zinvol gebruikt worden, gefinancierd worden. De percentages hiervan zullen in samenspraak met het begeleidingscomité BMUC bekeken worden.

Het is belangrijk dat de verschillende functionaliteiten met elkaar geïntegreerd zijn. Realtime, interoperabele gezondheidsinformatie is van cruciaal belang voor de transformerende gezondheidszorgsystemen, ongeacht de applicatie of softwareleverancier. Om gemeenschappelijke bedrijfsprocessen en gegevensuitwisseling tussen applicaties te ondersteunen, moeten de functionaliteiten worden geïntegreerd. Applicatie-integratie zorgt voor realtime informatiedeling waardoor verschillende applicaties snel en eenvoudig met elkaar kunnen communiceren. Data-integratie omvat het combineren van gegevens die zich in verschillende bronnen bevinden en biedt gebruikers een uniform beeld van deze gegevens.

Voor de opvolging van het consistente en zinvolle gebruik van de core- en menu functionaliteiten zal er gebruik gemaakt worden van een combinatie van rapportering en zelf-declaratie door de ziekenhuizen. De gerapporteerde en gedeclareerde gegevens van een ziekenhuizen kunnen gecontroleerd worden door middel van een audit voorafgaand of na de betaling van de incentives. Deze audit kan een desk-audit of een veldaudit (on-site) zijn. Tijdens een veldaudit kunnen auditors een demonstratie van de EPD functionaliteiten vragen. Bij een negatieve audit is terugvordering of verrekening mogelijk.

Op basis van de geleerde lessen van de Early Adopter oefening zullen de standaarddefinities voor de criteria en modaliteiten voor gegevensverzameling verder worden gespecificeerd om de vergelijkbaarheid van gegevens te verbeteren. De specificaties van de criteria zullen daarom in de loop van 2018 verder uitgewerkt worden in samenspraak met het begeleidingscomité opdat ze volgende informatie omvatten:

- Een beschrijving van de doelgroep van de meting;
- Een duidelijk gedefinieerde noemer met expliciete opname- en exclusiecriteria;
- Instructies voor het verzamelen van gegevens voor de maatregel;
- en indien mogelijk de gedefinieerde gegevenselementen en gegevensbronnen;

3. *Het EPD is in staat om elektronische gezondheidsinformatie uit te wisselen om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren*

Dit criterium zal enerzijds ingekanteld worden in luik 2 'Het gebruik van de BMUC functionaliteiten op een zinvolle manier' en zal anderzijds ondersteund worden door een aanpassing van art. 55 van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Dit artikel heeft betrekking op een actief HUB-gebruik voor informatie-uitwisseling en de ondersteuning van continue beschikbaarheid van elektronische gegevens.

- a) Het ziekenhuis dat aanspraak wil maken op de pro-rata financiering van het BMUC criterium 15 zal gezondheidsinformatie ter beschikking stellen via een HUB.

Voorstel:

- o Voor iedere ontslagen patiënt in de referentieperiode is er een ontslagbrief aanwezig en via de hub raadpleegbaar
- o Voor 80% van de patiënten die een labo-onderzoek hebben ondergaan, worden ook de labo-verslagen gedeeld.

De ziekenhuizen rapporteren op basis van geobjectiveerde gegevens. De rapportering omvat de volumes per type van uitgewisselde gezondheidsinformatie. Dit betekent dat de verschillende bestandstypes worden getypeerd volgens consistente metadata. Immers, bepaalde gebeurtenissen geven aanleiding tot bepaalde berichttypen (bijvoorbeeld ontslag uit het ziekenhuis geeft aanleiding tot ontslagbrief). Vaak voorkomende berichttypen zijn laboratoriumresultaten, operatieverslagen, medicatielijsten, ontslagbrieven, voortgangsnotities, consultatieverslagen, radiologieresultaten en chirurgische verslagen.

- b) Artikel 55, §2, 2° specificeert het volgende

*Voor de niet-psychiatrische ziekenhuizen die voorheen deze financiering ontvingen via een piloot projectovereenkomst, het bedrag van 12.000 euro (waarde op 1 januari 2016) 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 het permanente statuut van ziekenhuis in actieve productie geobjectiveerd door de data van de deelnemende hubs.*

Voor de algemene ziekenhuizen wordt er 12.000 euro (excl. Indexatie) toegekend via het Budget Financiële Middelen. Voor de psychiatrische en andere ziekenhuizen wordt dit momenteel geregeld via B4-contracten, maar ook deze zullen we structureel inschrijven in het Budget Financiële Middelen vanaf 1/7/19. We zullen hierbij de huidige contractuele voorwaarden mee overnemen in de BFM. Dit houdt het volgende in:

Het behoud van de financiering is onderworpen aan het permanente statuut van ziekenhuis in actieve productie en verbinding met een HUB.

Een actieve verbinding kenmerkt zich door de volgende elementen:

- a) Publicatie van de ontslagbrief en de verwijsbrief, alsook de elektronische communicatie naar de verwijzende artsen door middel van het hubs-metahub systeem, bij doorverwijzing of ontslag van de patiënt;
- b) Raadpleging via de HUB's en de kluizen van gezondheidsdossiers van andere instellingen, de Summarized Electronic Health Records (SumEHR) en het medicatie-overzicht door zorgverstrekkers in de instelling;
- c) 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.

Aangezien de continue ontwikkeling van e-Gezondheid en gezien dat de finaliteit van de publicatie van gegevens het delen ervan is, voegen we daarbij bijkomende voorwaarden:

- d) Toegankelijkheid van de documenten volgens de toegangsmatrix zoals gedefinieerd door het eHealth-platform
- e) Toegankelijkheid van alle gepubliceerde documenten voor de patiënt zelf
- f) Mogelijkheid om automatische rapporten/statistiek 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.

De overheid engageert zich om de nog in detail te definiëren voorwaarden hiervoor aan te leveren op vlak van toegangsmatrix en gemeenschappelijke modaliteiten. Deze grondvoorwaarden zullen door de overheid in samenspraak met het begeleidingscomité uitgewerkt worden.

### 1.3. Early adopter 2019

Op 1 juli 2019 zal het 'Early adopterbudget' 5% van het beschikbaar budget 'Elektronisch Patiëntendossier' bedragen.

Om in aanmerking te kunnen komen voor het Early adopter Budget dienen de ziekenhuizen alle BMUC functionaliteiten , uitgezonderd criteria 5 (Drug-Drug interactie) in een significant deel van hun ziekenhuis zinvol te gebruiken.

Alle BMUC functionaliteiten dienen met elkaar geïntegreerd te zijn. Dit betekent dat elke patiënt slechts eenmaal vertegenwoordigd wordt binnen de functionaliteiten die binnen het ziekenhuis worden gebruikt en dat de patiëntgegevens over de systemen opvraagbaar zijn, zonder dat de patiëntgegevens opnieuw ingegeven moeten worden.

Onder een significant deel van het ziekenhuis verstaan we minimum 30% van de ziekenhuispopulatie, dus voor alle duidelijkheid: elke functionaliteit moet voor minstens 30% van de ziekenhuispopulatie in gebruik zijn. De concrete percentages hiervan zullen in samenspraak met het begeleidingscomité BMUC bekeken worden en in lijn liggen met deze van het acceleratorbudget.

Daarenboven moeten de ziekenhuizen aantonen dat ze ook 2 menu criteria voor een significant deel van de ziekenhuispopulatie gebruiken. De samenstelling van dit "menu" zal samen met het begeleidingscomité BMUC worden vastgelegd.



## 2. Acceleratorprogramma na 2019

De bestaande EPD's vormen een sterke basis voor metingen van het effectief gebruik, maar zijn over het algemeen niet voor dit doel ontwikkeld. Er is voldoende tijd nodig opdat de essentiële systemen hiertoe kunnen aangepast worden opdat bijkomende gegevens automatisch gegeneerd kunnen worden.

Het opvolgen van het zinvol gebruik van de BMUC functionaliteiten vereist de ontwikkeling en implementatie van normen om het doorsturen, aggregeren en koppelen van de gegevens uit meerdere bronnen te vergemakkelijken zonder dat een standaardisatie van apparatuur of besturingssystemen en software vereist is.

De sokkelfinanciering zal wegvallen na 2019. De financiering voor Early Adopter zal 5% blijven, maar het acceleratorbudget zal 95% van het beschikbare bedrag bedragen.

Naarmate de elektronische patiëntendossiers (EPD) in maturiteit toenemen zullen ook de meetwaarden mee evolueren. We kunnen hierbij stapsgewijs te werk gaan:

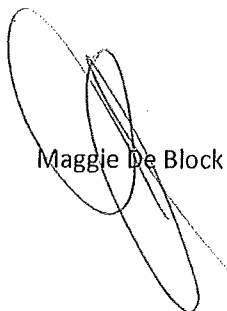
We stellen ook voor om het bedrag onder artikel 55 in te kantelen in de BMUC. Gezien we de uitwisseling van gezondheidsinformatie als een publiek goed beschouwen en gezien het toekomstige belang van het verbinden van de ziekenhuizen wensen we de uitwisseling van patiëntinformatie over de verschillende systemen en transmuraal te garanderen.

In de toekomst zal er ook een verscheidenheid aan methoden bestaan om patiënten toegang te geven tot hun gezondheidsinformatie en deze te gebruiken in het beheer van hun zorg. Het spreekt voor zich dat de ziekenhuisEPD's klaar moeten zijn voor deze toekomstige tendensen.

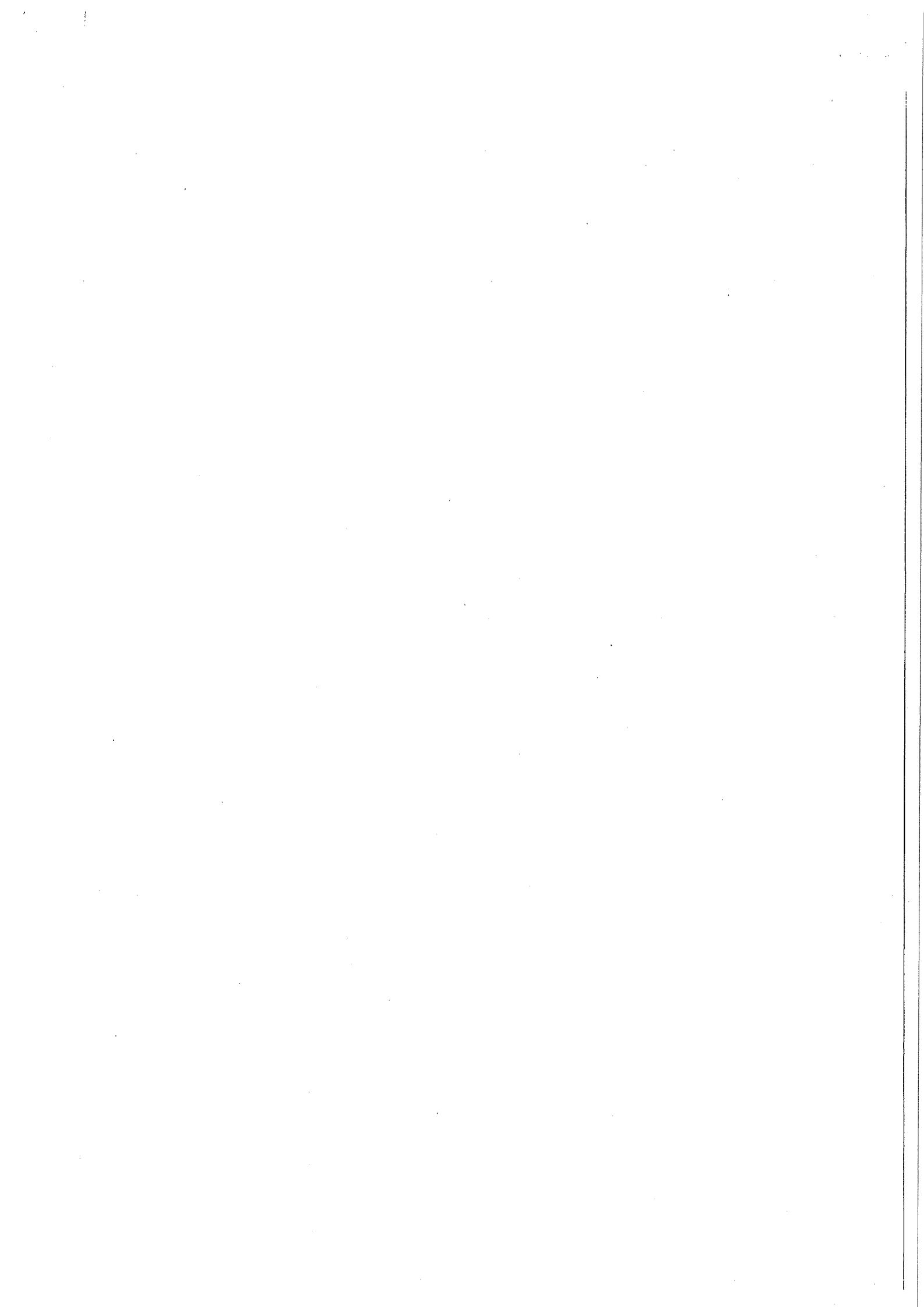
We hechten veel belang aan de gelijkwaardigheid in partnerschap en herhalen ook het engagement van de overheid om de nog in detail te definiëren voorwaarden in te vullen, alvorens de nieuwe criteria zullen ingepast moeten worden in de technologische agenda's van de ziekenhuizen.

Mag ik uw advies vragen tegen 18 oktober 2018.

Hoogachtend,



Maggie De Block



SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 11 octobre 2018

---  
Direction générale Soins de santé

---  
CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS  
---

Réf. : FRZV/D/482-1 (\*)

**Avis du CFEH relatif au financement du DPI via le BMF et suite du programme  
accélérateur**

Au nom du président,  
Peter Degadt



Le secrétaire,  
Pedro Facon

(\*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 11/10/2018 et entériné par le Bureau ce même jour.

## 1. Généralités

- Le Conseil se réfère à ses avis antérieurs FRZV/D/464-1 (26 octobre 2017) et FRZV/D/470-2 (8 mars 2018) relatifs au financement du DPI via le BMF.
- La transposition de certains éléments de ces avis dans la mise en œuvre actuelle du BMF est fortement appréciée par le Conseil. À titre d'exemple, citons notamment :
  - La répartition du budget sous forme d'un pourcentage sur les différentes parties socle, accélérateur et "early adopters" pour le BMF au 1/7/2018 (avec proposition dans la demande d'avis sur le BMF au 1/7/2019) ;
  - La partie fixe (par hôpital) et la partie variable (sur la base de lits justifiés ou agréés) ;
  - La mise sur pied rapide et le rôle important du Comité d'accompagnement (CA) BMUC pour l'élaboration concertée de définitions claires et d'un processus acceptable, soutenu et réaliste (perceptible dans les travaux entamés par ce comité d'accompagnement et dans la référence à la présente demande d'avis) ;
- Néanmoins, les autres éléments des avis précédents, qui à ce jour ont connu moins de suivi, voire aucun, restent tout aussi importants pour le processus futur. Ainsi, entre autres, un rôle important est encore dévolu au CA BMUC dans la suite du développement et la précision des fonctionnalités, des définitions et la détermination des pourcentages (au cours des différentes étapes). 2 réunions prochaines du Comité d'accompagnement ont déjà été prévues les 26/10/2018 et 29/11/2018, qui permettront d'y travailler prioritairement.
- Le présent avis porte principalement sur le mode de financement et formule déjà quelques inquiétudes pour la suite des discussions au sein du CA BMUC.

## 2. Principes

Dans le prolongement des avis précédents du CFEH concernant le financement du DPI, nous tenons à souligner les principes suivants. Il s'agit de points fondamentaux que nous souhaitons garder à l'esprit en permanence :

- Le CFEH est favorable aux principes sous-jacents des BMUC, mais les règles du jeu doivent être connues suffisamment à l'avance, tant en ce qui concerne les règles relatives à l'application des fonctionnalités que leur utilisation dans le financement.
- Les paramètres utilisés doivent être validés au préalable sur le plan d'une définition non ambiguë, de leur faisabilité en termes de possibilité d'implémentation et de mesurabilité, et d'une période de référence convenue.
- Le coût de l'implémentation d'un DPI intégré comprend à la fois une composante fixe et une composante variable. Le financement doit en tenir compte.

## Programme "accélérateur" 2019

Le programme "accélérateur" 2019 doit offrir la sécurité nécessaire aux hôpitaux par le respect des principes fondamentaux des BMUC et l'absence de changements majeurs.

La cohérence facilitera aussi la mise en place d'une collaboration efficace au niveau des hôpitaux, apportera la clarté nécessaire, mais confèrera également aux hôpitaux la responsabilité de satisfaire à ces attentes.

- Le Conseil marque son accord sur la **répartition** proposée (car conforme à l'avis précédent).

	1/7/2017	1/7/2018	1/7/2019
Socle par hôpital	15%	10%	5%
Socle par lit	20%	15%	10%
Accélérateur, par hôpital	0%	5%	10%
Accélérateur, par lit	60%	65%	70%
Early adopter	5%	5%	5%

- **Budget accélérateur – plan échelonné (10%) :**
  - Condition : Conformément au plan échelonné établi en 6 points (cf. condition accélérateur 2018), les hôpitaux doivent identifier et prioriser les moyens nécessaires pour réaliser les objectifs prévus des BMUC.  
Le CFEH propose de communiquer à nouveau des directives claires à cet effet, afin que le rapportage des hôpitaux soit uniforme : quelles sont les attentes et quel est le niveau de détail.  
Les hôpitaux savent ainsi clairement ce que l'on attend d'eux et le SPF est en mesure d'informatiser.
    - Proposition :
      - État d'avancement du plan de projet (cf. 6 points).
      - Modèle avec établissement d'un budget (pluriannuel) dans lequel les hôpitaux indiquent quelles sont leurs priorités et les moyens correspondants, et cela pour toute la période nécessaire à l'implémentation du DPI. Le modèle est fourni par le SPF, sur avis du comité d'accompagnement BMUC.
  - Financement : La demande d'avis ne précise pas de quelle manière ce budget est octroyé. Le CFEH propose de répartir le budget disponible selon un montant fixe par hôpital (pas en fonction des lits justifiés) à condition de transmettre à temps les informations demandées au SPF Santé publique.  
En combinaison avec le budget "socle – fixe", 15% du budget total BMUC sont ainsi répartis par le biais d'un montant fixe par hôpital.
- **Budget accélérateur - BMUC (70%) :**
  - Conditions : À préciser par le CA BMUC (voir aussi point 3 – liste to do CA BMUC)
    - "pour une grande partie", "population de l'hôpital", "de façon judicieuse"
    - Définition des fonctionnalités entrant en considération + période de référence

- Financement : La demande d'avis propose d'octroyer le financement en fonction du nombre de fonctionnalités réalisées. Toutefois, puisque le programme "accélérateur" a pour but d'élever le niveau de maturité du DPI dans tous les hôpitaux belges jusqu'à une base commune afin d'améliorer ainsi de façon significative la qualité et la sécurité des soins pour le patient, le CFEH propose d'accorder la totalité de ce financement lorsqu'un hôpital réalise au moins un certain nombre des fonctionnalités (entrant en considération).  
Le sous-budget disponible est donc réparti au prorata du nombre de lits justifiés des hôpitaux qui atteignent ce seuil de minimum 5, par exemple.  
Les hôpitaux bien avancés reçoivent déjà pour cela un incitant positif par le biais du budget "early adopter".  
Un prorata selon le nombre de fonctionnalités est toutefois possible éventuellement à partir de 2020, avec par exemple un minimum de 5. Ceci doit alors également être communiqué et fixé rapidement en concertation avec le CA BMUC.
  - Récupération : En cas d'audit négatif, une récupération ou une compensation est possible. La manière et le moment où des budgets seraient éventuellement récupérés doivent être connus à l'avance. Il faut aussi stipuler clairement de quelle manière le budget récupéré sera redistribué sur les hôpitaux qui donnent satisfaction afin d'éviter que le budget ne soit perdu.
- **Développement du critère 15 BMUC**
    - Conditions : À préciser par le CA BMUC
      - "pour chaque patient qui sort"
      - Définition + période de référence des 2 conditions
    - Financement : Voir partie 70%
  - **Intégration du financement HUB (Art.55 AR 25/4/'02)**
    - Le CFEH soutient le principe qu'un partage de données judiciaires et actives (y compris avec le patient lui-même pour certaines parties de l'information disponible) est très important pour la qualité et la sécurité des soins au patient. Il importe toutefois à ce sujet de faire preuve au préalable de la prudence nécessaire et de tenir compte de la faisabilité avant de lier des éléments financiers à ce partage.
    - Conditions : Définition d'une liaison active à établir de façon réaliste en concertation avec le CA BMUC (y compris la matrice d'accès et les modalités communes)
    - Financement : S'il est satisfait aux caractéristiques d'une liaison active, l'hôpital reçoit les 12.000 euros octroyés précédemment via l'art. 55 §2, 2° (HG) / via le contrat B4 -art. 63 §2 (HP).  
Le budget total doit être sorti des dispositions actuelles de l'AR BMF et inscrit sous l'art. 61 dans le cadre du programme "accélérateur" à partir de 2019.

### Early Adopter 2019

Le CFEH marque son accord sur le pourcentage proposé (5%), mais renvoie au CA pour les conditions, l'important étant que les critères et leurs définitions soient les mêmes que ceux applicables pour l'accélérateur (mais utilisés de façon judicieuse plus rapidement et/ou plus complètement).

## Budget 2019

Le CFEH rappelle la priorité pour le budget 2019 : 2<sup>ème</sup> tranche de 40 millions d'euros (voir avis FRZV/D/475-4 du 14 juin 2018).

### → Proposition CFEH en résumé :

Programme accélérateur 2019	Conditions		Financement
<b>Socle – 15%</b>	5%	Aucune	Montant fixe par hôpital
	10%	Aucune	Variable en fonction lits justifiés
<b>Accélérateur – 80%</b>	10%	Mise en œuvre plan échelonné : budget	Oui/non Montant fixe par hôpital
	70%	Min. 5 fonctionnalités essentielles	Oui/non Variable en fonction lits justifiés
<b>Art. 55 §2, 2° + contrats B4</b>		Production et liaison actives avec HUB	Maintien des 12.000 euros actuels par hôpital
<b>Early adopter – 5%</b>	5%	Toutes les fonctionnalités essentielles + 2 fonctionnalités d'un menu	Oui/non Variable en fonction lits justifiés

## Après 2019

- Perspective des étapes suivantes et du calendrier ultérieur, à développer également en concertation avec le CA BMUC.
- Le CFEH plaide pour qu'après 2019 également, au moins 15% du budget disponible reste fixe par hôpital, en raison de la structure réelle de coût d'un DPI. (Éventuellement, une étude prospective à ce sujet pourra apporter plus de clarté sur ce en quoi consiste réellement cette relation).
- Maintien d'un rôle fort pour le CA BMUC
- Les paramètres utilisés doivent être validés au préalable sur le plan d'une définition non ambiguë, de leur faisabilité en termes de possibilité d'implémentation et de mesurabilité, et d'une période de référence convenue, avant de les appliquer dans le financement.
- Enfin, le Conseil salue l'engagement de l'autorité de fixer le contenu des conditions encore à définir en détail (en concertation avec le Comité d'accompagnement BMUC), avant d'intégrer les nouveaux critères dans les agendas technologiques des hôpitaux et souligne également l'importance d'un partenariat équitable dans l'élaboration du processus futur.

### 3. Liste TO DO Comité d'accompagnement BMUC

#### En ce qui concerne l'accélérateur

- Pour pouvoir prétendre au budget "accélérateur", au moins 5 fonctionnalités sur les 14 fonctionnalités BMUC doivent être utilisées de façon judicieuse pour une grande partie de la population de l'hôpital. Les hôpitaux seront financés au prorata du nombre de fonctionnalités utilisées de façon judicieuse pour une partie significative de la population de l'hôpital. Les pourcentages de ce financement seront examinés en concertation avec le comité d'accompagnement BMUC.
- En ce qui concerne les fonctionnalités BMUC entrant en considération, le CFEH tient à préciser ce qui suit. La demande d'avis cite au total 14 fonctionnalités. Cependant, sur les 15 fonctionnalités essentielles, 2 sont impossibles pour l'instant. Au total donc, 13 fonctionnalités essentielles entrent en considération.
  - À l'exclusion du critère 2 *Problem list (active and past diagnoses)* : SNOMED n'est pas encore implémentée.
  - À l'exclusion du critère 5 *Drug drug interaction*.
  - Avec l'inclusion du critère 15 *Automated communication with HUB's and interaction with eHealth*.
  - Le CFEH plaide pour une définition claire du terme "pour une grande partie". La demande d'avis ne le précise pas dans la description du budget "accélérateur", mais se prononce dans le cadre du budget "early adopter". Là, l'utilisation de chaque fonctionnalité concerne au minimum 30% de la population de l'hôpital. C'est pourquoi le CFEH propose de fixer la barre au même niveau pour les fonctionnalités en vue du budget "accélérateur", en d'autres termes au moins 5 fonctionnalités utilisées chacune pour minimum 30% de la population de l'hôpital.
  - Le CFEH propose de définir la "population de l'hôpital" comme les admissions en hospitalisation classique et en hôpital de jour (chirurgical + non chirurgical, à l'exclusion des miniforfaits et des forfaits port-à-cathéter).
  - Le CFEH est d'avis qu'il est actuellement très difficile de définir en quoi consiste précisément le terme "de façon judicieuse" et c'est pourquoi il suggère que lorsqu'une fonctionnalité est utilisée pour au moins 30%, il s'agit d'une utilisation judicieuse. Un simple renvoi à la consultation de données pour le HUB en effet ne constitue pas pour tout une indication d'utilisation judicieuse. Une définition du terme "de façon judicieuse" doit être élaborée en concertation avec le comité d'accompagnement BMUC
  - Pour le suivi de l'utilisation des fonctionnalités, la demande d'avis évoque à la fois les fonctionnalités essentielles et les fonctionnalités reprises dans un menu. Ceci prête à confusion, puisque le budget "accélérateur" ne concerne que les fonctionnalités essentielles. C'est pourquoi le CFEH propose de se



référer, en toute logique, uniquement aux fonctionnalités essentielles, p. ex. pour les dispositions relatives au financement "accélérateur" dans l'AR BMF.

- Période de référence
  - Entre la fixation des conditions, définitions et du financement, d'une part et la mesure effective, d'autre part, il faut prévoir suffisamment de temps pour que les hôpitaux qui souhaitent encore y prétendre puissent faire les ajustements à cet effet. Les règles du jeu doivent être connues à l'avance.
  - À supposer que la Ministre décide rapidement (= encore en 2018) du financement du programme "accélérateur" 2019, la période de mesure ne peut pas se situer déjà en 2018 et il faut prévoir une période permettant de régler encore certaines choses. Par ailleurs, les données nécessaires doivent être fournies à temps pour pouvoir être utilisées dans le financement au 1/7/2019. À condition donc qu'il soit communiqué rapidement et clairement sur le programme "accélérateur" 2019, la période de référence pour la mesure peut être un mois ou quelques mois au cours de la période février-mars 2019.
  - Si cela n'est pas possible, il faut appliquer le même système qu'en 2018 : octroi d'un financement provisoire au 1/7/2019, avec possibilité de déclaration jusque p. ex. fin septembre 2019, avec récupération éventuelle par la suite, dans le BMF du 1/1/2020. Ce mode de financement n'est toutefois pas souhaitable (récupération, surcroît de travail administratif, ...). D'où une nouvelle fois l'insistance sur l'importance du principe que les règles du jeu doivent être connues suffisamment à l'avance. Il faut ainsi que la clarté soit faite à temps sur le programme "accélérateur" 2020.
- C'est pourquoi les spécifications des critères seront développées davantage en 2018 en concertation avec le comité d'accompagnement, afin qu'elles comportent l'information suivante :
  - Une description du groupe cible de la mesure ;
  - Un dénominateur clairement défini avec des critères d'inclusion et d'exclusion explicites ;
  - Des instructions pour la collecte de données pour la mesure ;
  - Et si possible les éléments et sources de données définis.
- L'autorité s'engage à communiquer les conditions encore à définir en détail à cet effet sur le plan de la matrice d'accès et des modalités communes. Ces conditions fondamentales seront développées par l'autorité en concertation avec le comité d'accompagnement.
- Le partage de données via HUB.

En ce qui concerne l'early adopter

- Par "une partie significative de l'hôpital", il faut entendre minimum 30% de la population de l'hôpital, soit pour toute clarté : chaque fonctionnalité doit être utilisée pour au moins 30% de la population de l'hôpital. Les pourcentages concrets de ce budget seront examinés en concertation avec le comité d'accompagnement BMUC et s'inscriront dans la ligne de ceux du budget "accélérateur".
- Les hôpitaux doivent en outre démontrer qu'ils appliquent également 2 critères repris dans un menu pour une partie significative de la population de l'hôpital. La composition de ce "menu" sera fixée avec le comité d'accompagnement BMUC.