

Bruxelles, le 13 juin 2019

Direction générale Soins de Santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/494-1 (*)

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

Au nom du président,
Margot Cloet



Le secrétaire,
Pedro Facon

(*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 13/06/2019 et entériné par le Bureau ce même jour

1. Généralités

- Le Conseil renvoie à nouveau à ses avis antérieurs FRZV/D/464-1 (26 octobre 2017), FRZV/D/470-2 (8 mars 2018) et FRZV/D/482-1 (11 octobre 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 toujours fortement appréciée par le Conseil. À titre d'exemple, citons notamment :
 - o L'adaptation du calendrier des exigences de financement selon la situation sur le terrain.
 - o La poursuite de la concrétisation des critères BMUC.
 - o Le lancement rapide et le rôle important du comité d'accompagnement.
 - o L'élimination d'un certain nombre de déséquilibres entre les hôpitaux généraux et d'autres hôpitaux (dont les hôpitaux psychiatriques).
 - o L'intégration d'un montant de base dans le budget accélérateur (bien que le Conseil ait clairement indiqué dans son avis précédent qu'il souhaitait le voir par hôpital et non par lit).
 - o L'instauration d'un seuil en termes de nombre de critères obtenus pour le budget accélérateur (bien que par rapport aux avis précédents du Conseil, un volet prorata y ait été ajouté).
 - o La limitation du budget « early adopter » à 5% du budget total.
- Néanmoins, les autres éléments des avis précédents, qui à ce jour ont connu moins de suivi, voire aucun suivi, restent tout aussi importants pour le processus futur. Ainsi, entre autres, un rôle important reste dévolu au Comité d'accompagnement (CA) BMUC dans la suite du développement et la précision des fonctionnalités, des définitions et la détermination des pourcentages (au cours des différentes étapes).

Après une année de fonctionnement, une évaluation a été réalisée concernant le fonctionnement du Comité d'accompagnement et des accords ont été conclus afin d'améliorer le fonctionnement futur du CA (notamment un rôle fort pour expliciter une vision à moyen et long termes concernant le dossier numérique des patients, la répartition du volet hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques/spécialisés, l'accent sur des thèmes spécifiques, un fonctionnement plus proactif, etc.).

Une perspective à long terme claire et soutenue¹ sur le dossier numérique du patient en concordance avec la plateforme eHealth représente un point d'appui important pour tous les organes consultatifs et décisionnels compétents en la matière. Elle permet à toutes les parties concernées de poursuivre leur travail de manière logique, réaliste et ciblée (prioriser, accorder du poids à des aspects (partiels) spécifiques, affiner d'éventuelles conditions connexes, rédiger des cahiers des charges, etc.).

- Le présent avis porte principalement sur le mode de financement et formule d'ores et déjà quelques inquiétudes (cf. notamment à l'annexe) pour la suite des discussions au sein du CA BMUC, dont la prochaine réunion est prévue le jeudi 27 juin 2019. Deux réunions CA BMUC sont déjà prévues à l'automne, le 19 septembre et le 21 novembre 2019.
- Le CFEH est d'avis de ce que toute pénalisation financière serait de nature à ralentir les processus de déploiement, par ailleurs, bien engagés dans les hôpitaux.
- Le CFEH insiste sur la prise en compte des conditions de déploiement informatique de la plupart des hôpitaux, appelés à migrer vers une nouvelle application informatique à plus ou moins brève échéance, entre autres suite à la mise en réseau.
- Le CFEH signale que la note de l'administration qui a été remise pour notification au bureau du précédent CFEH début 2019 et le projet d'AR qui se base dessus (qui n'avait pas pu être consulté jusqu'à présent) qui a ultérieurement été remis au Conseil d'État n'a pas été présenté au CFEH pour avis. L'avis précédent du 11 octobre 2018 quant à la demande d'avis de l'époque ne reflète donc pas l'avis du CFEH par rapport à l'actuel projet d'AR ou à la proposition. Le CFEH n'est pas d'accord avec une partie du contenu de cette proposition et regrette aussi la manière dont le processus s'est déroulé.

2. Principes

Dans le prolongement des avis précédents du CFEH concernant le financement du DPI, nous tenons à toujours 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

¹ Certains membres citent la production de certaines initiatives récentes, comme « Zorg aan Zet » et « Groenboek Hospital of the Future », comme étant des sources d'inspiration possibles.

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. Il faut le cas échéant faire une distinction entre les hôpitaux généraux et les autres hôpitaux (dont les hôpitaux psychiatriques et spécialisés).
- 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.

3. Programme « accélérateur » 2019

Le programme « accélérateur » 2019 doit offrir la certitude nécessaire pour les hôpitaux via le respect des principes de base des BMUC et en ne réalisant pas d'importants changements, puisque les règles du jeu n'ont une fois de plus pas été communiquées à temps et que les hôpitaux ne peuvent pas faire le nécessaire pour y satisfaire si ce n'est pas encore le cas aujourd'hui. Pour rappel : l'hôpital dépend dans de nombreux cas de son fournisseur pour cela.

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 apprécie que la répartition sur les différentes parties ait largement été suivie, mais n'est pas d'accord avec certaines parties.
- **Accélérateur fixe par hôpital (10%)**
 - Alors que dans la proposition CFEH, le volet fixe du financement Accélérateur est attribué par hôpital, c'est prévu par lit dans la proposition/projet d'AR. La prévision d'une partie fixe par hôpital adhère à la structure des coûts réels, à savoir un coût fixe auquel chaque hôpital est confronté dans la mise en œuvre et le maintien du DPI, quelle que soit la taille de l'hôpital. Le projet d'AR suit cette logique pour la partie Soccle, mais pas pour la partie Accélérateur, et ce principalement au désavantage des hôpitaux qui comptent un nombre de lits inférieur à la moyenne. On ne sait pas clairement pourquoi on tient compte pour le Soccle d'un coût fixe par hôpital, alors que ce n'est pas le cas pour l'Accélérateur. Les avis successifs FRZV/D/464-1, FRZV/D/470-2 et FRZV/D/482-2 indiquent d'autre part aussi qu'après 2019, il faudrait qu'au moins 15% du budget disponible reste fixe par hôpital en raison de la structure des coûts réels du DPI, avec la suggestion supplémentaire d'organiser une étude pour aboutir à une définition précise du rapport fixe/variable.
 - Certains membres indiquent qu'en cas d'éventuelle fusion des hôpitaux, il faudrait

qu'il y ait des mesures de transition pour que le possible impact négatif puisse être limité à un minimum dans la totalité.

Avis CFEH : répartition du budget par hôpital et non au prorata des lits justifiés

- Accélérateur **variable par lit** (70%)
 - Alors que dans l'avis FRZV 480-2, il est uniquement question de l'obtention de cinq critères principaux comme condition pour recevoir l'intégralité du volet Accélérateur VARIABLE, la réalisation de ces critères devient la condition pour l'obtention de la moitié du volet Accélérateur VARIABLE. Parallèlement, il s'agit d'une condition nécessaire pour l'obtention de l'autre moitié du volet Accélérateur, où il faut satisfaire à 12 des 13 critères principaux possibles pour obtenir un financement Accélérateur maximal. Les exigences que l'AR lie au financement Accélérateur sont donc sensiblement plus élevées et cela accroît la possibilité qu'un certain nombre d'hôpitaux ne disposeront pas de l'intégralité du budget. Cela ne modifie toutefois en rien les engagements qu'ils ont pris par rapport à leur fournisseur de logiciels. En outre les hôpitaux ne peuvent plus modifier a posteriori les fonctionnalités développées prioritairement ou non par leur fournisseur de logiciel.
 - Attention, , deux fonctionnalités, les fonctionnalités 2 (liste des problèmes) et 5 (interactions médicamenteuses) sont impossibles à atteindre en raison respectivement de la problématique de codification SNOMED et du défaut de fichiers nationaux disponibles.
 - Critère 15 (HUB) pour les hôpitaux généraux : la démonstration « d'une production active et d'une liaison avec un HUB » a à ce niveau un statut spécial, car c'est un critère nécessaire dans le premier volet. Cela octroie à ce critère un poids énorme, car si on n'y satisfait pas, on perd l'intégralité du financement accélérateur, alors que ce critère ne dit pas grand-chose sur l'intégration au sein de l'hôpital, mais plutôt sur la possibilité de partage de données avec d'autres acteurs, et donc, il tombe plutôt sous l'AP5 du plan d'action eSanté que sous l'AP2. Il s'agit en plus d'un critère avec « fin ouverte ». Puisque eHealth évolue, les exigences sous ce critère évolueront aussi, avec le risque que les efforts que les hôpitaux doivent fournir pour satisfaire à ce critère augmentent de manière disproportionnée. Le CFEH a confirmé dans FRZV/D/482-1 l'importance du partage des données et a marqué son accord avec le maintien du critère 15, mais a conseillé en même temps de ne lier que le montant initial de 12.000 euros prévu via les contrats B4 à la satisfaction de ce critère.

Malgré l'énorme poids accordé à ce critère, la description des sous-critères composant ce critère est principalement qualitative, ce qui entraînera une incertitude quant à l'obtention ou non du critère dans sa totalité, et donc sur l'obtention ou non du financement Accélérateur. Lorsqu'un sous-critère est exprimé de manière quantitative (tous les documents échangés via le système hub-métahub doivent être disponibles pour le patient), l'objectif est absolu, ce qui entraîne à nouveau de l'incertitude.

Le CFEH observe que les services e-health demandés que l'hôpital doit utiliser pour satisfaire à ce critère (cf. note de bas de page ***) ne sont dans certains cas pas du tout liés au DPI ou à la qualité de la prestation de soins. Il se peut donc que l'utilisation de MyCareNet et MediPrima soit purement liée à la facturation, alors qu'en outre, chaque hôpital ne prend pas les patients MediPrima en charge.

Si le critère 15 était conservé, nous plaidons simplement pour un détail plus poussé de l'Article 55 (liste des documents disponibles).

- La fonctionnalité 10 (HUB) pour les hôpitaux psychiatriques est difficile voire impossible à atteindre, en raison d'une importante incompatibilité avec les pratiques médicales. Rendre cette fonctionnalité obligatoire priverait un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques de la totalité de leur financement accélérateur. De l'avis de plusieurs acteurs de terrain, d'autres fonctionnalités de la liste « hôpitaux psychiatriques » ne sont pas davantage adaptées à leur secteur : isolement de patients, volontés thérapeutiques, consentement éclairé, durées de séjour plus longues qu'en hôpital général, admission de certains patients sous contrainte.

Avis CFEH :

- **70 % du budget accélérateur pour les hôpitaux qui confirment l'atteinte de minimum 5 fonctionnalités.**
- **Un prorata pour 5 à 7 (si aussi menu) fonctionnalités supplémentaires, à partir du financement du 1er juillet 2020, à fixer rapidement, en concertation avec le Comité d'accompagnement BMUC.**
- **Le critère 15 ne peut pas être un critère exclusif, dont dépend tout le financement accélérateur.**

La sanction est clairement disproportionnée. La note de bas de page * est supprimée pour le programme accélérateur 2019.**

Pour l'accélérateur 2020 : définition d'une liaison active réaliste, d'une matrice et de modalités communes d'accès, en concertation avec le comité d'accompagnement BMUC.

Il faut le cas échéant faire une distinction entre les hôpitaux généraux et les autres hôpitaux (dont les hôpitaux psychiatriques et spécialisés).

Le tableau suivant illustre schématiquement les différences entre l'avis CFEH pour 2019 et la note d'information concernant le projet d'AR (différences dans le texte en gras et surligné en rouge) :

CFEH		Note d'information concernant le projet d'AR	
Socle par hôpital	5%	Socle par hôpital	5%
Socle par lit	10%	Socle par lit	10%
Accélérateur FIXE par hôpital	10%	Accélérateur FIXE par lit	10%
Accélérateur VARIABLE par lit	5 critères - 70% (prorata possible à partir de 2020 moyennant des accords clairs rapides)	Accélérateur VARIABLE par lit	Base : 5 critères (dont le critère 15 obligatoire) - 35% Supplément si base en ordre : (si la base est respectée) : 7 critères supplémentaires au prorata - 35%
Early Adopter	5%	Early Adopter	5%

- **Recouvrements**

Certains membres plaident pour qu'il n'y ait pas de recouvrements pour le budget 2019 et pour une éventuelle application à partir du budget 2020, à condition que les critères soient connus suffisamment à l'avance et que les définitions et pourcentages soient clairs.

Le Conseil renvoie pour cela à l'avis précédent. En cas d'audit négatif, un recouvrement ou une compensation est possible. La manière et le moment où des budgets seraient éventuellement récupérés doivent être connus à l'avance. L'hôpital doit avoir l'occasion de réagir à l'intention de recouvrement.

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.

Le conseil regrette la manière dont cela s'est produit pour la récupération de 15% dans

le budget accélérateur 2018.

Les recouvrements sont réalisés sur la base d'un contrôle réel des résultats obtenus, dont les critères ont été prédéfinis et à propos desquels le CFEH a préalablement donné son avis.

- **Calendrier et période de référence**

Dans l'information concernant le projet d'AR qui nous est parvenue, le passage suivant est repris concernant le calendrier et la période de référence :

« La période de référence s'élève à un mois de l'année 2019, au choix de l'hôpital. Le mois choisi se termine au plus tard le dernier jour du second mois qui suit la date de publication de cet AR au Moniteur. »

Cela signifie que si la publication a lieu à court terme, les hôpitaux ne disposeraient que d'une période très limitée pour adapter un certain nombre de points, ce qui peut peut-être être le but des autorités, mais ce qui ne concorde pas avec l'avis du CFEH formulé à plusieurs reprises et selon lequel les règles doivent être connues aussi tôt que possible.

De plus, il est actuellement toujours possible que le Conseil d'État ne fasse pas passer le projet d'AR, ce qui entraîne une certaine incertitude pour le financement 2019 et ce à propos de quoi nous souhaitons exprimer notre inquiétude.

Le Conseil d'État a émis par le passé un avis négatif sur l'ancien projet d'AM, avec comme motivation que les autorités fédérales devaient se limiter à la loi organique, à la programmation et au financement des hôpitaux et de leurs services, y compris les services ICT.

Les Communautés sont compétentes pour les normes d'agrément.

Une concertation avec les entités fédérées est donc souhaitable pour parvenir à une politique cohérente sur le DPI intégré. De plus, les soins de première ligne et les soins à domicile ressortent totalement de la compétence des Communautés.

Bon nombre d'hôpitaux sont tributaires de leurs fournisseurs de logiciel DPI, en termes de maintenance, de développement, de délai de réponse et de coût pour toute nouvelle demande. Par exemple; les nombreux hôpitaux dont le fournisseur est la société XPERTHIS, seront susceptibles de migrer vers la nouvelle application informatique à plus ou moins brève échéance. Dans l'éventualité où ces hôpitaux se tourneraient vers d'autres fournisseurs, ils devraient en outre tenir compte des délais inhérents aux procédures des marchés publics, ce qui constituerait un obstacle supplémentaire à la mise

en conformité des fonctionnalités BMUC.

Avis CFEH : p.e. un mois de 2019, ou le cas échéant de 2020, qui se termine au plus tard le dernier jour du 6ème, voire du 12ème mois suivant le jour de la publication de l'AR au Moniteur.

4. Early Adopter 2019

Le CFEH marque son accord sur le pourcentage proposé (5%), mais renvoie de nouveau 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) et à l'avis du 26/10/2017 sur les conditions supplémentaires, dont un montant à plafonner par hôpital.

5. Budget 2019

Le CFEH rappelle le besoin prioritaire qui a été identifié pour l'objectif budgétaire 2019, à savoir l'attribution d'une seconde tranche de 40 millions d'euros (cf. avis FRZV/D/475-4 du 14 juin 2018 et FRZV/D/482-1 du 11 octobre 2018).

6. À partir de 2020

Perspective pour les étapes suivantes et le calendrier, 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 des coûts réels 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.

Il semble indiqué de définir les critères pour les trois prochaines années, afin que l'on sache clairement ce que l'on attend à moyen terme et que lors des prochaines années, du temps puisse aussi être consacré au développement d'objectifs à long terme.

Enfin, le Conseil salue l'engagement continu des autorités pour 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.

Proposition de répartition 2020 du CFEH en résumé

CFEH	2019	CFEH	2020
Socle par hôpital	5%	Socle par hôpital	0%
Socle par lit	10%	Socle par lit	0%
Accélérateur FIXE par hôpital	10%	FIXE par hôpital	15%
Accélérateur VARIABLE par lit	5 critères - 70%	Accélérateur VARIABLE par lit	Base : 5 critères - 45% En plus : (si la base est respectée) : 7 critères supplémentaires au prorata - 35% (dont le critère 15)
Early Adopter	5%	Early Adopter (une définition claire et la description des tâches / conditions sont cruciales - cf. pour cela l'avis du 26/10/2017 avec notamment le montant à plafonner par hôpital).	5%/

Si un calendrier correct pour le financement 2020 est visé, les étapes suivantes devraient au moins être suivies :

- Communiquer des critères réalistes, clairs et vérifiés en concertation avec le CA BMUC : septembre 2019.
- Période de mise en œuvre : à partir d'octobre 2019.
- Un mois à choisir par l'institution durant la période comprise entre janvier et avril 2020.

- Mise en œuvre du budget : juillet 2020.

7. En résumé :

Il faut qu'il soit clair que pour le CEFH, les éléments suivants sont cruciaux pour une mise en œuvre et un financement corrects du programme accélérateur DPI :

- Procédure et calendrier :

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.

- Recouvrements :

Les recouvrements sont assurés sur la base d'un contrôle réel des résultats obtenus. Les recouvrements devraient être évités un maximum grâce à des critères, des définitions et des pourcentages clairs, connus bien à l'avance. La manière et le moment où des budgets seraient éventuellement récupérés doivent être connus à l'avance et une communication préalable transparente est importante.

- Différence entre les hôpitaux généraux et psychiatriques :
Sur le plan des critères, il faut tenir compte des situations existantes entre les hôpitaux généraux et psychiatriques. Le fonctionnement futur proposé du CA BMUC en deux sous-groupes qui suivent continuellement les éléments communs, peut y contribuer.
- Critère 15 (hôpitaux généraux) / 10 (autres hôpitaux, dont les hôpitaux psychiatriques) :
L'échange de données entre tous les prestataires de soins (également transmural) est crucial pour assurer une bonne collaboration en vue d'offrir un niveau optimal de prestation de soins, de sécurité des patients et d'efficacité. Mais cela est actuellement disproportionné en tant que clé au financement pratiquement complet d'un dossier patients (largement intramural) intégré.
- Subdivision du budget de financement :
Le CFEH plaide pour qu'au moins 15% du budget disponible reste fixe par hôpital en raison de la structure des coûts réels d'un DPI.

L'augmentation progressive du nombre minimal de critères pour le financement de base pour

la partie variable peut certainement être suivie. L'objectif de l'accélérateur en tant que stimulateur et motivateur doit toutefois certainement être garanti avec un rehaussement réaliste et échelonné des conditions.

Annexe : les remarques reçues d'un certain nombre d'experts du secteur concernant les critères et d'autres éléments techniques de la proposition/projet d'AR qui doivent être abordés et clarifiés par le CA BMUC.

Définition des fonctionnalités – Numérateurs - Dénominateurs : encore insatisfaisante, non univoque, voire non pertinente.

Il ressort de divers échanges avec nos affiliés, hôpitaux généraux et psychiatriques, que les définitions des fonctionnalités, numérateurs et dénominateurs, ne sont pas toujours comprises de façon similaire par les différents hôpitaux et par conséquent encore et toujours sujettes à discussions.

Pour ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, les fonctionnalités semblent avoir été pensées pour le secteur aigu/somatique, et par conséquent assez éloignées des spécificités de la Santé mentale : volontés thérapeutiques, admission sous contrainte et consentement éclairé, isolement pour certains patients (adolescents), dépendance importance vis-à-vis des hôpitaux généraux fournisseurs de prestations, prépondérance du critère « médicament », moins prégnant en santé mentale. La liste des documents correspond davantage aux hôpitaux généraux (lettre de sortie, protocoles opératoires, d'imagerie médicale, examens médico-techniques, rapport d'anesthésie, avis spécialisés, résultats de biologie clinique, ...) qu'aux hôpitaux psychiatriques.

Les modes de mesure de ces fonctionnalités changent régulièrement, sans informations préalables des Institutions, alors qu'une stabilité a été demandée à de très nombreuses reprises, pour favoriser leur mise en œuvre dans les meilleures conditions.

L'évolution du contenu des fonctionnalités pose également question. La définition initiale des BMUC donnait un plan d'évolution uniquement sur le pourcentage à remplir ce qui permettait d'en établir un planning précis d'implémentation. Avec les nouvelles propositions, on en modifie également le contenu, ce qui peut être assimilé à un changement des règles du jeu en cours de route.

Quelques exemples :

Fonctionnalités 4 « Prescription électronique des médicaments » et 6 « Registre électronique de

l'administration des médicaments » : le critère de mesure a changé. Ces fonctionnalités étaient évaluées préalablement sur base du nombre de lits « informatisés ». Il est proposé maintenant de les évaluer sur base des séjours. Il s'agit donc ici aussi d'une nouvelle formule, qui n'est plus nécessairement en ligne avec le plan de déploiement par service agendé par les hôpitaux et qui implique des effets de seuil. Elle devrait donc être explicitée avant d'être immédiatement liée au financement.

Fonctionnalité 9 « Saisie électronique des demandes (imagerie, labo, avis) » : l'exhaustivité de ces demandes effectuées électroniquement en cours de séjour est loin d'être opérationnelle dans tous les hôpitaux. En dépit de ce que l'hôpital peut choisir une de ces trois demandes, santhea propose de maintenir la mesure de l'occurrence pour 30% de la patientèle, et non 50% comme notifié.

Fonctionnalité 12 « Consentement éclairé » : cette fonctionnalité ne peut pas être mesurée et exprimée en termes de pourcentage, en raison de l'inexistence d'une liste exhaustive de procédures requérant un consentement, et identifiées de façon univoque (codes ICD10 ou codes INAMI). Il y a dès lors lieu de procéder comme pour la fonctionnalité 13 (enregistrement des volontés thérapeutiques du patient), en notant leur présence (>0).

Fonctionnalité 15 « Communication avec les HUB's et eHealth » : la fonctionnalité ne pourra de toute façon être remplie par la plupart des hôpitaux clients d'Xperthis. En effet, la simple interaction avec les HUB's implique de supporter les accès multidisciplinaires et par le patient (annexe Art. 55), ce qu'Xperthis ne pourra offrir qu'avec la future version 19.2, qui devrait être livrée en septembre prochain, et dont on ne connaît pas encore la période de déploiement.

Les fonctionnalités « Menu » ont également fait l'objet de nombreuses remarques et demandes de clarification :

Hôpitaux généraux

Fonctionnalité 3.2 : nombre de patients pour lesquelles leur localisation et statuts de trajet sont disponibles pendant leur séjour dans le service d'urgences,

Hôpitaux psychiatriques

Fonctionnalité 1 : quel est le sens de « résultats structurés » ?

Fonctionnalité 2 : est-ce réaliste de permettre au patient d'ajouter des informations dans son dossier ?

Fonctionnalité 4 : qu'entend-t-on exactement par « planning de thérapie » ?

Fonctionnalité 5 : demande de précisions au sujet des « mesures limitant la liberté physique autre que la ségrégation » ?

De façon générale, nous observons divers problèmes de forme, quelques incongruités comme par exemple des titres erronés, des différences de descriptions pour un même critère dans les annexes « Accélérateur » et « Early Adopter », alors que les numérateurs et dénominateurs sont censés être identiques. Plusieurs demandes ont régulièrement été formulées en ce sens, tant au CFEH qu'en Comité d'accompagnement BMUC.

Nous avons également relevé quelques erreurs de transcription au niveau du document « hôpitaux généraux – accélérateur », comme le libellé erroné “Module de planning des soins infirmiers” au lieu de “Lettre électronique de sortie” pour la fonctionnalité 10.

Une confusion de titres a attiré notre attention au niveau des titres des colonnes « Accélérateur » et « Early Adopter ».

Enfin, un peu plus de précision pourrait être apportée au périmètre de l'hospitalisation classique, de jour, voire partielle dans le domaine de la santé mentale.

Pour les critères de financement **DPI 2019, les pourcentages d'atteinte** de chaque fonctionnalité (dernière colonne « Annexe 19 quater **Accelerator**») doivent être limités à **30%** : il faudrait le mentionner dans notre avis CFEH, et se limiter à 30% dans la dernière colonne de l'annexe (pourcentage à atteindre dans le cadre du financement DPI 2019) :

Pour les hôpitaux généraux :

Les fonctionnalités de base F1 (identifiant unique patient), F10 (lettre de sortie), F14 (serveur pour consulter), F15 (communication Hubs) et toutes les fonctionnalités « Menus » doivent passer de 80% dans cette annexe, à 30%

Les fonctionnalités de base F9 (saisie électronique des demandes) et F11 (paramètres vitaux) doivent passer de 50% dans cette annexe, à 30%.

Pour les hôpitaux psychiatriques :

Les fonctionnalités de base F1 (identifiant unique patient), F7 (lettre de sortie), F10 (communication Hubs) et F14 (enregistrement observations patient) doivent passer de 80% dans cette annexe, à 30%
La fonctionnalité de base F11 (infos multidisciplinaires) doit passer de 70% dans cette annexe, à 30%
Les fonctionnalités de base F12 (plan de traitement interdisciplinaire) et F15 (résultats examens externes) doivent passer de 60% dans cette annexe, à 30%

En outre, la fonctionnalité de base F12 des hôpitaux généraux / F8 des hôpitaux psychiatriques (« **consentement éclairé** ») doit passer de 30% à « >0 »

[Il faudrait certainement aussi regarder les pourcentages de l'annexe « 19 quinquies » (Early adopter 2019) pour voir s'ils ne sont pas trop élevés.]



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

Direction générale Soins de Santé
Service Legal Management
Conseil fédéral des établissements de soins

VOTRE LETTRE DU
VOS RÉF.

NOS RÉF. CFEH/C/11-2019
DATE 20/06/2019

ANNEXE(S) 1 NL/FR

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

A l'attention de Mme De Block

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
et de l'Asile et la Migration

Tour des Finances - Boulevard du Jardin Botanique
50/175

1000 Bruxelles

OBJET : AVIS D'INITIATIVE DU CFEH SUITE À LA NOTIFICATION CONCERNANT LA PROPOSITION DE FINANCEMENT DU DPI VIA LE BMF ET SUITE DU PROGRAMME ACCÉLÉRATEUR DÉBUT 2019

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 13 juin 2019, et ratifié par le Bureau à cette même date.

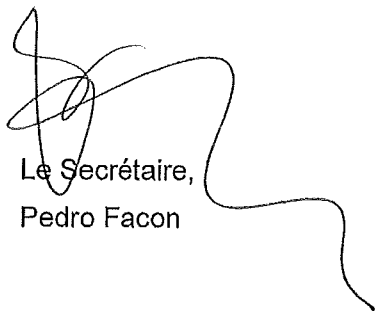
Le Conseil souhaite vous préciser que le financement BMF dévolu à la mise en place du dossier patient informatisé (DPI) représente moins de 10% de la totalité des coûts d'informatiques.

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.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, recevez, Madame la Ministre, l'assurance de ma considération distinguée.

Au nom du Président du CFEH,

Margot Cloet



Le Secrétaire,
Pedro Facon

.be

