INAMI-RIZIV

Projet pilote
Nouveau financement des soins à domicile

Cadre réglementaire PO

Octobre 2026

Gestion des versions

Version	Date	Remarques/Modifications
V1	30/06/2026	Publication du document, avec ajout des modifications relatives à l'enregistrement de l'échelle KATZ dans le cadre du projet pilote à la page 22.
V2	06/07/2026	Les références dans le fichier PowerPoint ont été modifiées
V3	16/07/2026	Intégration des infirmiers de base dans l'article 8 de la nomenclature figurant dans le document
V4	27/07/2026	La formulation relative à l'intégration des infirmiers de base dans l'article 8 de la nomenclature a été adaptée
V5	10/11/2026	Complément à la liste des définitions : ajout des notions de « groupement », « organisation faitière », « sout-pratique » et « pratique pilote »
V6		

INAMI-RIZIV

Table des matières

01 Raison et objectifs du projet pilote 4

Pourquoi ce projet?
Objectifs de ce projet
À qui s'adresse le projet?

02 En quoi consiste la nouvelle méthode de travail et de financement? 8

Introduction
La nouvelle méthode de travail: la pratique pilote
La méthode de travail actuelle: la pratique de contrôle

03 Le support pendant le projet pilote 30

Le rôle du partenaire opérationnel

04 Annexes 32

INAMI-RIZIV

01 Raison et objectifs du projet pilote

Pourquoi ce projet?
Objectifs de ce projet
À qui s'adresse le projet?

Raison et objectifs du projet pilote

Pourquoi ce projet pilote ?

Les soins à domicile sont actuellement confrontés à un certain nombre de **difficultés**. Le secteur souligne les points suivants:

1. Les changements démographiques entraînent **une demande de soins croissante** et une **pénurie de dispensateurs de soins croissante,** ce qui augmente la charge de travail dans le secteur.
2. Le système actuel se concentre sur la **quantité** de soins et sur les **soins d'hygiène**.
3. La nomenclature actuelle est trop **complexe** et le financement actuel est **insuffisant**
4. **Des exigences administratives élevées** des infirmiers et des pratiques infirmières.
5. Le système n'offre pas suffisamment d'incitations à **collaborer** avec **d'autres infirmiers à domicile** et **d'autres professionnels de santé**, tels que les médecins généralistes et les hôpitaux, ce qui fait que les soins restent fragmentés.

Ces défis nécessitent un ajustement structurel de la méthode de travail actuelle et du système de financement des soins à domicile sous-jacent. L'objectif principal du pilote est de tester une méthode de travail différente, mieux adaptée aux besoins réels des patients et visant à encourager leur autonomie. En outre, le nouveau système devrait stimuler une pratique de qualité.

Objectif du projet pilote

Avec le projet pilote, nous voulons examiner si une autre méthode de travail offre une meilleure réponse aux défis du secteur. Pour ce faire, nous:

1. **testons une nouvelle méthode de fournir des soins pendant 2 ans.**
   Cette nouvelle manière de fournir des soins se concentre plus sur une approche des soins holistique, avec non seulement des prestations techniques de l'art infirmier, mais aussi, par exemple, des soins préventifs et l'éducation des patients. En outre, l'accent est mis sur la collaboration avec d'autres dispensateurs de soins et sur la coordination des soins, afin de répartir plus efficacement les tâches complexes et spécialisées.
2. **utilisons un financement alternatif** basé sur un tarif horaire et un financement incitatif de la pratique,
3. **étudions scientifiquement la nouvelle méthode de travail** sur la base des données détaillées qui sont collectées au cours du projet pilote,
4. **formulons, grâce aux connaissances de données, une proposition pour un modèle de financement durable** des soins à domicile, en consultation avec l'INAMI et le ministre.

Avec le projet pilote, nous voulons créer un 'espace d'expérimentation', mais **sans garanties** sur le **système de financement définitif** des soins à domicile.

À qui s'adresse le projet ?

Les pratiques qui soutiennent la philosophie et les objectifs du projet pilote :

- ✓ une approche holistique,
- ✓ l'accent sur la qualité des soins,
- ✓ stimuler l'autonomie et la qualité de vie du patient et de ses aidants proches.

et qui sont motivées par les objectifs du projet, sont prêtes à investir dans:

- ✓ la formation en réponse à la nouvelle méthode de travail,
- ✓ la maîtrise de nouveaux rôles,
- ✓ le soutien du suivi scientifique (ex. en enregistrant les données nécessaires et en participant à des enquêtes).

INAMI-RIZIV

02 En quoi consiste la nouvelle méthode de travail et de financement?

Introduction

Système de financement

La nouvelle méthode de travail: la pratique pilote

La méthode de travail actuelle: la pratique de contrôle

En quoi consiste la nouvelle méthode de travail?

Les piliers de la nouvelle méthode de travail

- Le passage d'un financement basé sur les prestations à **un financement horaire** permet aux infirmiers de se concentrer sur les soins qui répondent le mieux aux besoins du patient pendant le projet pilote.
- L'enregistrement des prestations s'effectue à l'aide d'une liste de **codes d'intervention**, qui donnent une image plus complète de la vaste gamme de soins prodigués par un(e) infirmier(e) à domicile et/ou aide-soignant(e).
- Les activités orientées vers la **constitution de dossiers** et la **concertation** avec d'**autres acteurs de soins** sont également incluses dans la liste des codes d'intervention, afin que le temps qui y est consacré soit pris en compte et valorisé.
- Pour **un nombre défini d'actions de soins**, visant principalement le suivi, la coordination et l'éducation, et dans des **conditions** bien définies, la possibilité de fournir des **soins à distance** est introduite.
- **BelRAI** est utilisé comme un instrument pour **évaluer de manière holistique les besoins de soins** d'un patient.
- Les pratiques reçoivent une **incitation financière** lorsqu'ils investissent dans **une gestion qualitative de la pratique**.

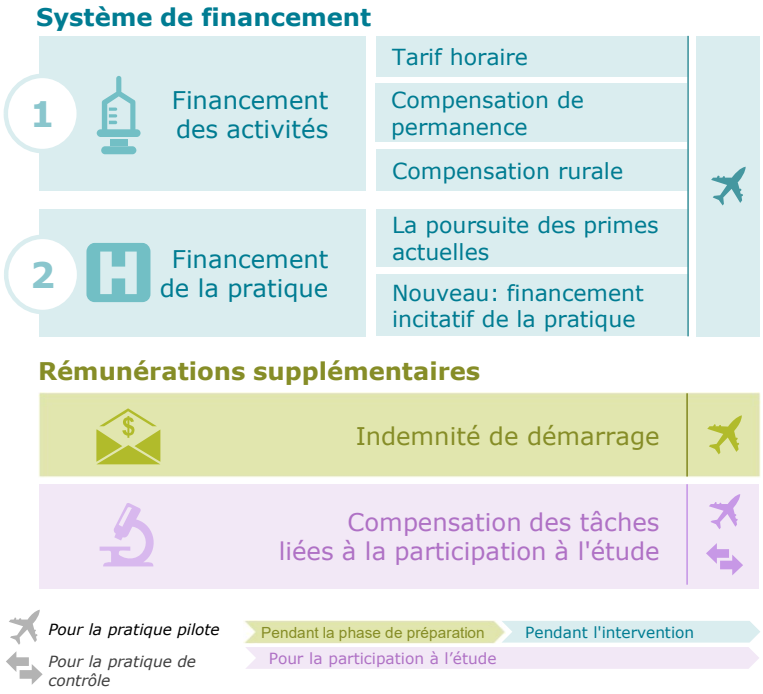
Introduction

Le projet pilote comprend deux phases

Phase préparatoire Mars 2026 – mai 2026	Projet pilote année 1 Juin 2026 – mai 2027	Projet pilote année 2 Juin 2027 – mai 2028	Phase d'évaluation Mars/mai 2028 – juin 2029
Activités des pratiques pilotes • Les infirmiers sont formés à une nouvelle méthode de prestations de soins avec l'utilisation de BelRAI, l'utilisation de codes d'intervention, l'enregistrement du temps... • La pratique enregistre la composition et les caractéristiques de la pratique • Participer à des tâches de recherche scientifique	Les infirmiers font, comme aujourd'hui, leurs tournées infirmières, mais : les soins prestés sont enregistrés d'une manière différente (à savoir au moyen de codes d'intervention); les besoins en soins du patient sont évalués à l'aide des instruments BelRAI ; La pratique participe à la recherche scientifique La pratique tient à jour l'enregistrement de la pratique Pour les patients, rien ne change en termes de droits dérivés liés aux soins qu'ils reçoivent. Les patients ne subissent également aucune conséquence financière liée au projet pilote.		• Au cours de cette période, le KCE remettra trois rapports: un premier rapport présentant les conclusions préliminaires, une évaluation intermédiaire en cours de mise en œuvre et une évaluation finale à l'issue du projet. • Ce dernier rapport analysera à la fois les effets du nouveau système de financement et les aspects liés à sa mise en œuvre.
Financement **Indemnité de démarrage de la pratique** Il s'agit d'une compensation pour le travail préparatoire. **Compensation des tâches liées à l'évaluation scientifique** ✓ 20 € par enquête complète soumise par des infirmiers et des aides-soignants ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus groupe ✓ 50 € par transfert de données	**Compensation de l'activité de soins** ✓ Un tarif horaire pour les soins et un tarif horaire pour les déplacements ✓ Compensation de permanence **Compensation rurale** ✓ Compensation des tâches liées à la participation à l'étude ✓ 20 € par enquête complète soumise par des dispensateurs de soins ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus group ✓ 50 € par transfert de données	**Compensation des bonnes pratiques** ✓ La prime télématique, la prime de formation et l'intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques liés aux soins à domicile sont maintenues. ✓ Les pratiques participantes peuvent en outre demander un (nouveau) financement incitatif de la pratique, qui encourage et valorise la qualité des pratiques.	

Nouveau système de financement

Aperçu



La nouvelle méthode de travail est possible grâce à un système de financement réformé, qui comprend deux composantes principales:

1. **Financement d'activités**
   La compensation basé sur une prestation réalisée (facturation d'un code de nomenclature exécuté) est remplacé par une compensation basé sur le temps passé avec un patient. Cela se traduit par un tarif horaire. La compensation rurale sera maintenu et une compensation de permanence pour des patients palliatifs sera prévue.
2. **Financement de la pratique**
   Les primes actuelles seront maintenues. De plus, il y a un financement incitatif de la pratique, ce qui stimule et valorise la qualité de la pratique.

Rémunérations supplémentaires

1. Pour compenser les travaux préparatoires pendant la phase de démarrage, la pratique pilote reçoit une indemnité de démarrage.
2. Pour compenser leur participation à l'évaluation scientifique, les pratiques pilotes et les pratiques de contrôle reçoivent une compensation via le KCE.

Activités de financement

Aperçu du financement des activités

Tarif horaire*
Pour les soins
59,10 € par heure* *Jours ouvrables*
79,10 € par heure* *Pendant le week-end*
Déplacement
39,10 € par heure* *Jours ouvrables & week-end*

Compensation de permanence
37,30 € *Par jour de soins*

Compensation rurale
3,13 € *Par séance de soins***

Le financement des activités consiste en un tarif horaire qui sera complété par une compensation de permanence pour des patients palliatifs. Cette compensation de permanence est un montant forfaitaire par jour de soins qui s'ajoute au tarif horaire qui rembourse le temps consacré aux soins du patient en soins palliatifs.

Tarifs

Le tarif horaire rembourse le temps passé par le prestataire de soins sur la prise en charge des patients à hauteur de 59,10 € par heure. Pendant le week-end, ce sera 79,10 €. Le temps de déplacement est remboursé à 39,10 € (montants 2025).

Indexation

La même indexation est appliquée au financement horaire qu'aux prestations de soins en fonction de l'indice de santé. La compensation de permanence est également indexé.

** Montants 2025.*

*** Voir l'explication dans le glossaire à la diapositive 33.*

En cas de dépassement du budget, des mesures seront prises pour continuer à garantir l'offre de soins à l'intérieur et à l'extérieur du projet. Toute mesure peut avoir un impact sur les tarifs.

Activités de financement

Tarif horaire

Tarif horaire*
Pour les soins
59,10 € par heure* *Jours ouvrables*
79,10 € par heure* *Pendant le week-end*
Déplacement
39,10 € par heure* *Jours ouvrables & week-end*

** Montants 2025*

L'objet du tarif horaire

En récompensant l'emploi du temps pendant le projet pilote plutôt que la performance individuelle, nous donnons aux infirmiers l'espace nécessaire pour fournir aux patients les soins qu'ils jugent nécessaires, en fonction de leur expertise en soins infirmiers et d'une vision holistique des soins. Cela donnera un aperçu du type de soins nécessaires pour des soins à domicile de qualité, et de la durée de ces soins. Il s'agit d'informations précieuses pour proposer, sur la base des résultats de l'étude, un nouveau financement pour les soins à domicile, ce qui permet d'obtenir de meilleurs résultats en matière de soins et d'accroître la satisfaction des patients et des dispensateurs de soins.

Temps de soins directs et indirects

Les soins directs et indirects seront enregistrés et remboursés. **Les soins directs** sont des soins dans lesquels le prestataire de soins **interagit directement** avec le patient au moment des soins. Les soins directs sont généralement dispensés en présence physique du patient, mais ils peuvent également être dispensés à distance. Dans **les soins indirects**, l'**interaction directe** avec le **patient** n'est **pas nécessaire**, mais **elle est possible**.

Pas de contribution personnelle

Aucun coût supplémentaire ne sera facturé au patient pour les soins dispensés dans le cadre du projet pilote.

Compensation du matériel

Dans le système actuel, l'article 8 ne prévoit pas la compensation intégrale de l'équipement nécessaire dans certains cas spécifiques, de sorte que les coûts sont à la charge du patient dans de telles situations. Cette méthode restera permise dans le cadre du projet pilote.

Activités de financement

Tarif horaire

Tarif horaire*
Pour les soins
59,10 € par heure* *Jours ouvrables*
79,10 € par heure* *Pendant le week-end*
Déplacement
39,10 € par heure* *Jours ouvrables & week-end*

Utilisation et fonction des codes d'intervention

Lors de l'évaluation du système, nous nous efforçons d'obtenir une image aussi complète que possible, y compris les actions de soins effectuées. Cela nous permet de mieux comprendre quelles actions sont fréquentes, combien de temps elles prennent réellement et quelles activités ne sont pas remboursées dans le système actuel. Cet enregistrement n'a qu'un but scientifique et n'a pas de conséquences financières. Les actions de soins sont enregistrées à l'aide de « codes d'intervention ».

Enregistrement des codes de temps de soins et d'intervention

Le prestataire de soins devra enregistrer l'heure de début et de fin de la visite d'un patient et saisir les actions de soins qui ont été effectuées lors de la visite en indiquant les codes d'intervention correspondants. Ce processus sera traité dans le dossier électronique du patient, de sorte que la facturation puisse s'effectuer de la même manière qu'aujourd'hui. Le maximum pouvant être enregistré et facturé correspond à 6 jours par semaine et 11 heures par jour, calculée sur une base annuelle.

Seuils lors de l'enregistrement et de la facturation

Lors de l'enregistrement et de la facturation, il y aura des messages d'erreur qui rejettent les enregistrements irréalistes (ex. une journée de travail de plus de 16 heures). Au fil du temps, les valeurs seuils peuvent être ajustées en fonction des analyses, ou des seuils souples peuvent être définis qui nécessitent une confirmation ou un enregistrement correct.

** Montants 2025*

Activités de financement

Compensation de permanence et compensation rurale

Compensation de permanence

37,30 €
Par jour de soins

Compensation rurale

3,13 €
*Par séance de soins***

Compensation de permanence au lieu d'un forfait palliatif

La compensation de permanence remplace **le forfait palliatif** dans le projet pilote. La compensation propose une compensation supplémentaire de 37,30 € par jour et par patient pour compenser l'engagement de permanence. Le montant est inférieur à celui du forfait palliatif actuel, car les soins prodigués à un patient en soins palliatifs sont couverts par le tarif horaire. L'objectif de ces frais est spécifiquement de soutenir la disponibilité d'une équipe de soins. Comme dans le système actuel, le statut palliatif doit être accordé par un médecin afin d'avoir droit à cette compensation. Le montant est forfaitaire, indépendant du tarif horaire, et est facturé séparément.

Compensation rurale

La compensation rurale sera maintenue dans le projet pilote et sera accordée dans les régions rurales*** pour garantir l'accessibilité des soins.

** Souvent utilisé pour indiquer qu'un forfait palliatif est versé à un patient donné.*
*** Voir l'explication dans le glossaire à la diapositive 33.*
**** Tel que défini dans la convention nationale, art 4. § 2.*

H Financement de la pratique

Aperçu du financement de la pratique

Le financement de la pratique se compose de deux volets.

Le premier volet de financement est le maintien de la prime télématique, de la prime de formation et de l'intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins à domicile pendant la durée du projet pilote. Seules leurs conditions seront traduites dans la langue du projet pilote. La prime télématique et de formation ne seront pas indexées, l'intervention forfaitaire suivra le schéma du système actuel.

En outre, un « financement incitatif de la pratique » sera introduit. Les pratiques seront particulièrement récompensées lorsqu'elles prennent des mesures pour poursuivre leur professionnalisation et améliorer la qualité de leur fonctionnement interne. Cela se fait sur la base d'un système de points basé sur 11 caractéristiques.

1 Les primes actuelles,
Poursuite par traduction des conditions d'activité

- Prime télématique (800 €/an) et prime formation (175 €/an)
  - Automatiquement chaque année sur la base des données de ProSanté, comme dans le système actuel
  - Valeur seuil de 40 000 € de prestations infirmières remboursées via le tarif horaire (équivalent à 7000 valeurs W).
- Intervention forfaitaire
  - Demande par la pratique (ou structure regroupée) via un formulaire spécifique pour le projet pilote.
  - Demandée et versée tous les 6 mois.

2 Le financement incitatif de la pratique

Nouveau

- Le nombre de points obtenus dépend de la mesure dans laquelle une pratique répond à une liste prédéterminée de caractéristiques de qualité du travail en pratique.
- Une pratique peut obtenir un maximum de 44 points par ETP tous les 6 mois, et un point vaut 29,05 (= € 58,10 sur une base anuelle).
- *A titre d'illustration : si une pratique de 14 ETP atteint 22 points, elle perçoit une prime de 8947,5 € pour une demande.*

INAMI-RIZIV

Nouveau système de financement

H
Financement de la pratique

Le financement incitatif de la pratique

Le système de points est conçu pour encourager et apprécier les pratiques pour leurs efforts de professionnalisation et d'amélioration de la qualité. Des caractéristiques spécifiques ont été identifiées à cet effet, qui sont liées à un fonctionnement qualitatif de la pratique. Les pratiques qui développent ou qui répondent déjà à ces caractéristiques reçoivent des points de reconnaissance. Chaque point représente une valeur de 58,10 € sur une base annuelle par équivalent temps plein (ETP) au sein de la pratique.

Le financement incitatif de la pratique

58,10 € par point et par ETP sur une base annuelle

Max 44 points par ETP (par pratique)

11 Caractéristiques

Demande et paiement 2 fois par an

Attribution des points

Le nombre de points par caractéristique dépend du degré de réalisation de cette caractéristique au sein de la pratique. Le nombre maximum de points qu'une pratique peut atteindre est de 44 points par ETP.

- 0 point : la caractéristique n'est pas présente dans la pratique.
- 2 points : la caractéristique est partiellement présente ou en cours de développement.
- 4 points : la caractéristique est pleinement réalisée.

Affectation par la pratique

Le nombre total de points sera additionné par pratique et converti en frais, qui seront ensuite versés à la pratique.

Demande et versement

L'élaboration des caractéristiques est enregistrée par la pratique pour la première fois au début du projet. Par la suite, le financement de la pratique d'intéressement est évalué, enregistré et versé tous les 6 mois.

Incitation spécifique pour les petites pratiques

Pour encourager les petites pratiques (max. 6 ETP) à se structurer et à s'organiser, ils peuvent gagner 5 points supplémentaires s'ils peuvent démontrer qu'ils ont progressé dans le domaine de la professionnalisation au cours de l'année écoulée.

Indexation

Le financement incitatif de la pratique est également indexé en faisant suivre la valeur par point de l'indexation comme pour le financement de l'activité.

Indemnité de démarrage

Indemnité de démarrage pour la pratique pilote

Avant la préparation

Chaque pratique pilote recevra **4 969 € par ETP** pour sa participation à l'étude pilote. Ce montant indemnise les dispensateurs de soins pour le temps dont ils ont besoin pour se préparer à la nouvelle méthode de travail.

Tâches **pilote pratique**

Préparation | Pendant le pilote

1. Enregistrement de la pratique et transmission des caractéristiques de la pratique

- La pratique s'identifie via les portails mis à disposition à cet effet par l'INAMI et le KCE et donne les caractéristiques de la pratique demandée.
- Les informations suivantes sont enregistrées **via ProSanté :**
  - Numéro INAMI,
  - Diplômes,
  - De plus amples détails sont fournis à l'annexe du document.
- Les informations suivantes sont enregistrées via le **portail des sous-traitants du KCE**:
  - liste des dispensateurs de soins: 1 ligne par numéro INAMI avec certaines caractéristiques du collaborateur concerné,
  - De plus amples détails sont fournis à l'annexe du document.

Tâches **pilote pratique**

Préparation | Pendant le pilote

2. Ajuster l'organisation interne, former les infirmiers et communiquer avec les parties prenantes externes

- La pratique adapte ses procédures internes (ex: facturation),
- Chaque prestataire de soins suit une introduction approfondie de BelRAI, y compris les aspects du dépistage*,
- Au sein de chaque pratique, au moins 1 IRSG (Infirmièr Responsable des Soins Généraux) est formée pour devenir 'évaluateur BelRAI'*,
- Chaque prestataire de soins suit la formation 'Philosophie du projet pilote – nouvelle méthode de travail'*,
- Chaque prestataire de soins suit la formation 'Nouveau système d'enregistrement'*,
- La pratique informe ses patients et les autres dispensateurs de soins avec lesquels elle travaille.
- La pratique vérifie si ses éventuels accords avec les maisons médicales sont affectés par le projet pilote en matière de financement.

* *Pour un prestataire de soins qui se joint à une pratique participante dans le cadre du projet pilote, aucun budget supplémentaire n'est prévu pour la formation. La formation de ce nouvel collaborateur est considérée comme une intégration régulière.*

Tâches **pilote pratique**

Préparation | Pendant le pilote

3. Préparation de l'évaluation scientifique

- Un accompagnateur scientifique visitera la pratique pilote pour faire connaissance avec les pratiques participantes, expliquer la recherche et s'entendre sur les sondages, sur l'encouragement des patients et des collaborateurs à participer, sur le suivi des taux de réponse...
- La pratique transmet des infirmiers candidats potentielles qui souhaitent participer aux groupes de discussion ;
- La pratique demande à ses dispensateurs de soins de répondre à un sondage en ligne (qui sera ouvert pendant une période de 3 mois);
- La pratique distribue des sondages à ses **patients** pendant une semaine.

Tâches **pilote pratique**

Préparation | Pendant le pilote

1. Utilisez les instruments BelRAI pour élaborer et mettre à jour le plan de soins.

L'application des instruments BelRAI suit un système en cascade :

- Les 5 questions de base: Les questions de base évaluent un problème dans les domaines des AVQ (activités de la vie quotidienne), des AIVQ (activités instrumentales de la vie quotidienne), des problèmes cognitifs, des problèmes psychologiques et des problèmes de comportement.
- Si la réponse à l'une des cinq questions de base est 'oui', l'IRSG formé enregistrera un BelRAI Screener.
- Les soins à domicile BelRAI sera effectué lorsque le score total sur le BelRAI Screener est ≥ 9/30.

Cette cascade d'évaluation doit être effectuée pour tous les patients qui reçoivent des soins au moment du début du projet pilote, y compris les patients en cours de soins.

Tâches **pilote pratique**

Préparation | Pendant le pilote

2. Enregistrez les activités de soins

- Les infirmiers fournissent les soins nécessaires à leurs patients et enregistrent les activités de soins et le temps passé par visite.
  - Toutes les activités qui se déroulent lors des rondes régulières sont enregistrées afin d'obtenir une vue d'ensemble complète du temps consacré par les infirmiers et les aides-soignants.
  - Activités qui se déroulent en dehors des tournées régulières, ex. une demi-journée par semaine de permanence structurelle dans une pratique généraliste, ne sont pas enregistrées. Dans l'enregistrement de l'exercice, une distinction est faite entre le tarif d'emploi d'un infirmier dans la pratique participante (ex. 100 %) et le % d'emploi structurel en dehors de l'article 8 (ex. 10 % pour la pratique généraliste).
- En cas de questions de l'INAMI sur les données, le Partenaire Opérationnel* jouera le rôle d'intermédiaire et de médiateur.

* *Voir glossaire, diapositive 33.*

Tâches **pilote pratique**

Préparation | Pendant le pilote

3. Introduisez une demande de financement incitatif de la pratique

- La pratique soumet deux fois par an une demande de financement incitatif de la pratique. À cette fin, la pratique procède à une auto-évaluation sur la base des caractéristiques.
- Les demandes sont vérifiées (de manière aléatoire) par le partenaire opérationnel. Les pratiques sélectionnées pour le contrôle fournissent les documents à l'appui de leur auto-évaluation. Ces documents sont décrits dans le tableau 'Caractéristiques des pratiques incitatives'.
- Après vérification par le partenaire opérationnel, l'INAMI effectue les paiements.
- L'INAMI se réserve le droit d'effectuer un contrôle a posteriori des demandes.

4. Tenir à jour les informations de la pratique

- Tous les 6 mois, la pratique effectue un transfert de données via les portails ProSanté et le portail de recherche pour mettre à jour les informations sur sa composition et ses caractéristiques. Le portail de recherche est une plateforme numérique gérée par le support scientifique du projet. Via cette plateforme, les pratiques peuvent télécharger et partager les données nécessaires avec l'équipe scientifique. Les données à transmettre sont détaillées aux diapositives 47-48, mais seront communiquées plus en détail au lancement du projet.

Tâches **pilote pratique**

Préparation | Pendant le pilote

5. Participez à l'étude

- Après 1 an et après 2 ans, des périodes de mesure sont toujours prévues, pendant lesquelles la pratique se voit accorder une période de 3 mois pour:
  - Demander aux infirmiers et aux aide-soignants de répondre à des sondages en ligne.
  - Inviter les patients à répondre à un sondage pendant 1 semaine
- De plus, durant la même période de 3 mois, la pratique participe à des interviews et des focus groupes :
  - quelques infirmiers par rôle linguistique (à savoir pas de tous les pratiques)
  - quelques aide-soignants par rôle linguistique (à savoir pas de tous les pratiques)
  - Coordonnateurs de pratique par rôle linguistique (à savoir pas de tous les pratiques)
- Enfin, une pratique qui quitte le projet doit déclarer qu'elle est prête à participer à une interview de départ.



Aperçu des périodes de mesure et des transferts de données

Pratiques de contrôle

En plus des pratiques pilotes, qui testent la nouvelle méthode de travail, des pratiques de contrôle seront également désignées. Les pratiques de contrôle continuent de fonctionner dans le cadre du système de financement actuel et ne mettent pas en œuvre de changements structurels. Ils servent de point de référence pour la recherche et jouent ainsi un rôle clé dans l'évaluation du nouveau système.

Les pratiques de contrôle fournissent un nombre limité de données sur leur pratique (enregistrement restreint de la pratique) et participent aux enquêtes auprès des dispensateurs de soins et des patients. Ces données sont collectées trois fois de la même manière que pour les pratiques pilotes: avant le démarrage, après un an et après deux ans. Sur la base des données de facturation basées sur l'article 8, l'activité dispensée est suivie pour l'étude scientifique. De cette façon, ils contribuent également à la recherche, sans avoir à mettre en œuvre eux-mêmes de nouveaux systèmes.

Les diapositives suivantes expliquent les tâches d'une pratique de contrôle pendant la phase de préparation et l'intervention.

La **pratique de contrôle** comporte également **deux phases de projet**

Phase préparatoire Mars 2026 – mai 2026	**Projet pilote année 1** Juin 2026 – mai 2027	**Projet pilote année 2** Juin 2027 jusqu'à et y compris mai 2028

Activités des pratiques de contrôle

- Participer à des tâches de recherche scientifique
  - Enregistrement de la composition et des caractéristiques de la pratique (1 transfert de données)
  - Sondages auprès des patients et des dispensateurs de soins
  - interviews ou groupes de discussion

- Réalisation des activités de soins habituelles
- Participer à des tâches de recherche scientifique
  - mise à jour de la composition et des caractéristiques de la pratique (4 transferts de données)
  - Sondages pour les patients et les dispensateurs de soins
  - interviews ou groupes de discussion

Financement

- **Frais pour les tâches d'évaluation scientifique***
  - ✓ 20 € par enquête complète soumise par des infirmiers et des aide-soignants
  - ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus group
  - ✓ 50 € par transfert de données

- **Frais pour les tâches d'évaluation scientifique***
  - ✓ 20 € par enquête complète soumise par des infirmiers et des aides-soignants
  - ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus groupe
  - ✓ 50 € par transfert de données

**Ces frais sont expliqués plus en détail à la diapositive 29.*

Tâches de **la pratique de contrôle**

Préparation | Pendant le pilote | Après le pilote

Les pratiques de contrôle continueront de fournir des soins de la manière actuelle, mais fourniront des données pour la recherche scientifique à certains moments du projet.

1. Pendant la phase de préparation

- Dans la phase de préparation, un accompagnateur scientifique visite la pratique pour se familiariser avec les pratiques participantes et expliquer la recherche et pour convenir de l'étude/sondage, des taux de réponse de suivi, encourager les collaborateurs à répondre au sondage...
- La pratique de contrôle effectue un transfert de données pour enregistrer la composition et les caractéristiques de la pratique,
- La pratique distribue des sondages aux patients pendant une semaine,
- Les dispensateurs de soins répondront à un sondage en ligne, qui sera diffusé par intermittence pendant trois mois.
- La pratique transmet des candidats potentiels pour participer aux groupes de discussion.

2. Pendant le projet pilote

- Il y a trois périodes de mesure : une pendant la phase de préparation, après 1 an et après le projet pilote. Les tâches suivantes sont exécutées pour chaque période de mesure :
  - La pratique distribue des sondages aux patients pendant 1 semaine.
  - Les dispensateurs de soins répondront à un sondage en ligne qui sera ouvert pendant 3 mois.
  - La pratique effectue un transfert de données tous les 6 mois afin de mettre à jour la composition et les caractéristiques de la pratique.
- Au cours de la dernière période de mesure, une autre enquête sera menée auprès des pratiques de contrôle, tant auprès des patients que des dispensateurs de soins, et un groupe de discussion sera organisé.

Compensation de la participation à l'étude: pratique pilote et pratique de contrôle

Compensation de la participation à l'étude

Participation aux tâches de l'étude

Dans le cadre de l'évaluation
En plus de la préparation, un certain nombre de tâches doivent être accomplies pour l'évaluation scientifique avant le démarrage, comme indiqué ci-dessous. La compensation est prise en charge par le KCE et versée à la pratique participante. Les frais par tâche sont énumérés ci-dessous et s'appliquent par période de mesure, qui dure à chaque fois 3 mois:

1. **20 € par** **enquête complète soumise** par des infirmiers et des aides-soignants (durée: environ 20 min), pendant les périodes de mesure.
2. **60 €/h par** participation à une interview ou à un **focus groupe** pendant les périodes de mesure.
3. **50 € par** **transfer de données d'enregistrement de la pratique** sous forme de forfait. Cela se fait une fois avant le début du projet pilote, puis tous les 6 mois.



Vue d'ensemble des périodes de mesure et des transferts de données

INAMI-RIZIV

03 Le support pendant le projet pilote

Le rôle du partenaire opérationnel

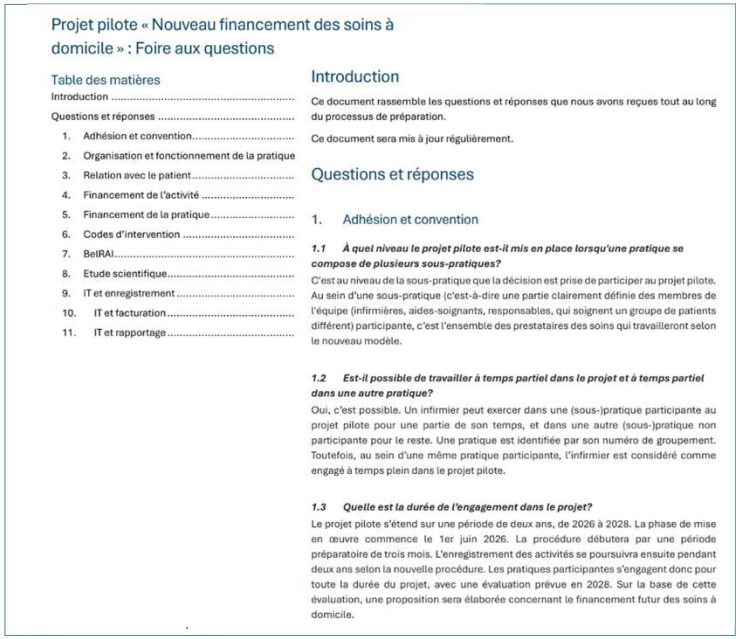
Le support pendant le projet pilote

Le rôle du partenaire opérationnel

Les partenaires opérationnels (PO) constituent un groupe d'organisations sectorielles (comprenant notamment un coordinateur) qui sont conjointement responsables de l'accompagnement de la mise en œuvre opérationnelle du projet pilote. Les PO soutiennent et accompagnent les pratiques de soins infirmiers à domicile participantes, notamment via un helpdesk et des formations, et coordonnent la communication entre toutes les parties concernées, telles que l'INAMI, le KCE et les fournisseurs de logiciels. Ils contribuent également à la préparation et au déploiement du projet, assurent le suivi de sa mise en œuvre (par exemple les logiciels et l'enregistrement des données) et recueillent le retour d'expérience des pratiques afin d'améliorer continuellement le projet.

Les PO ont mis en place un site web rassemblant l'ensemble des informations relatives au projet pilote. Une FAQ y est également publiée.

Remarque: La FAQ constitue une traduction opérationnelle du présent cadre réglementaire et demeure contraignante.



Projet pilote « Nouveau financement des soins à domicile » : Foire aux questions

Table des matières

Introduction .....
Questions et réponses .....
1. Adhésion et convention .....
2. Organisation et fonctionnement de la pratique
3. Relation avec le patient .....
4. Financement de l'activité .....
5. Financement de la pratique .....
6. Codes d'intervention .....
7. BelRAI .....
8. Etude scientifique .....
9. IT et enregistrement .....
10. IT et facturation .....
11. IT et rapportage .....

Introduction

Ce document rassemble les questions et réponses que nous avons reçues tout au long du processus de préparation.

Ce document sera mis à jour régulièrement.

Questions et réponses

1. Adhésion et convention

1.1 À quel niveau le projet pilote est-il mis en place lorsqu'une pratique se compose de plusieurs sous-pratiques?

C'est au niveau de la sous-pratique que la décision est prise de participer au projet pilote. Au sein d'une sous-pratique (c'est-à-dire une partie clairement définie des membres de l'équipe (infirmières, aides-soignants, responsables, qui soignent un groupe de patients différent) participante, c'est l'ensemble des prestataires des soins qui travailleront selon le nouveau modèle.

1.2 Est-il possible de travailler à temps partiel dans le projet et à temps partiel dans une autre pratique?

Oui, c'est possible. Un infirmier peut exercer dans une (sous-)pratique participante au projet pilote pour une partie de son temps, et dans une autre (sous-)pratique non participante pour le reste. Une pratique est identifiée par son numéro de groupement. Toutefois, au sein d'une même pratique participante, l'infirmier est considéré comme engagé à temps plein dans le projet pilote.

1.3 Quelle est la durée de l'engagement dans le projet?

Le projet pilote s'étend sur une période de deux ans, de 2026 à 2028. La phase de mise en œuvre commence le 1er juin 2026. La procédure débutera par une période préparatoire de trois mois. L'enregistrement des activités se poursuivra ensuite pendant deux ans selon la nouvelle procédure. Les pratiques participantes s'engagent donc pour toute la durée du projet, avec une évaluation prévue en 2028. Sur la base de cette évaluation, une proposition sera élaborée concernant le financement futur des soins à domicile.

04 Annexes

Glossaire

Glossaire

1

Terme	Explication
Groupement	Le groupement est une entité juridique et administrative regroupant un ou plusieurs dispensateurs de soins, identifiée notamment par un numéro BCE et un numéro de tiers payant de groupe et ce, comme définit sur le site de l'INAMI : https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers/groupements-infirmiers. Un groupement peut constituer une pratique lorsqu'il fonctionne lui-même comme une unité organisationnelle cohérente de prise en charge des patients. Lorsqu'il regroupe plusieurs unités opérationnelles distinctes de prise en charge, le groupement constitue le niveau juridique et administratif auquel appartiennent plusieurs pratiques ou sous-pratiques. L'appartenance à un même groupement ne suffit dès lors pas, à elle seule, à considérer l'ensemble de ses prestataires comme appartenant à une même pratique pour l'application du financement incitatif.
Une organisation faitière	Une organisation faîtière est une organisation qui coordonne, soutient ou met à disposition des fonctions ou des ressources communes au bénéfice de plusieurs pratiques ou sous-pratiques. L'organisation faîtière a un lien structurel et/ou juridique avec les pratiques pour assurer des fonctions mutualisées d'expertise, de formation, de développement de la qualité, de coordination ou d'appui organisationnel.

Glossaire

1

Terme	Explication
Une pratique (telle que définie dans le projet pilote)	Une pratique est une unité composée d'un ou plusieurs dispensateurs de soins qui assurent conjointement l'organisation et la prise en charge des soins à domicile d'une population de patients déterminée. La pratique se caractérise notamment par une organisation commune des soins et est géré sous une responsabilité centrale. La pratique vise ainsi une gestion coordonnée de la population patients. Cette gestion coordonnée nécessite l'utilisation d'un seul dossier patient par patient via un logiciel homologué commun. Une pratique peut correspondre à l'ensemble d'un groupement lorsque celui-ci constitue une unité organisationnelle cohérente de prise en charge. La pratique peut également être divisé en plusieurs unités opérationnelles distinctes, chacune assurant la prise en charge d'une population déterminée de patients. Ces unités peuvent être identifiées comme des sous-pratiques.

Glossaire

1

Terme	Explication
Une sous-pratique	Une sous-pratique est une unité organisationnelle identifiable au sein d'une pratique, constituée de plusieurs dispensateurs de soins qui assure conjointement la prise en charge d'une population déterminée de patients. Elle peut notamment correspondre à une équipe ou à un ensemble de plusieurs équipes, organisées sur un territoire déterminé et entre lesquelles existe une organisation effective et coordonnée des soins. Une sous-pratique dispose d'une organisation opérationnelle identifiable et peut bénéficier de fonctions ou de ressources communes organisées au niveau de la pratique, notamment en matière de coordination, d'expertise, de continuité ou d'organisation des soins. Elle peut ainsi s'inscrire dans une organisation plus large tout en constituant une unité opérationnelle identifiable. Lorsqu'une sous-pratique fait office de pratique pilote, elle constitue l'unité de référence pour l'évaluation du financement incitatif, sous réserve des critères permettant explicitement la mutualisation de certaines ressources au sein de la pratique, du groupement ou de l'organisation faîtière.
La pratique pilote	La pratique pilote désigne la pratique ou la sous-pratique identifiée comme participant au projet pilote du nouveau modèle de financement des soins infirmiers à domicile. Elle constitue l'unité de référence pour l'application et l'évaluation des critères du financement incitatif, sous réserve des critères qui prévoient explicitement la possibilité de recourir à des ressources mutualisées au niveau de la pratique, du groupement ou de l'organisation faîtière.

Glossaire

1

Terme	Explication
Journée ETP	Une journée de travail de 7 heures et 36 minutes.
ETP (tel que défini dans le projet pilote)	La réglementation existante relative à la détermination des ETP dans le cadre de la compensation forfaitaire des frais spécifiques pour les prestations de soins à domicile (art. 4 de l'arrêté royal du 16 avril 2002) sert de base au calcul du nombre d'ETP dans le cadre du projet pilote. Le nombre d'ETP d'une (sous-)pratique est déterminé en divisant le nombre moyen de jours-ETP par le nombre de jours ouvrables au cours du dernier trimestre. Pour éviter toute ambiguïté, les activités effectuées en dehors de l'article 8 sont prises en compte pour la détermination du nombre d'ETP. Cela donne le nombre moyen d'ETP pour ce trimestre. Une journée de travail est déterminée en fonction du statut de l'prestataire de soins : • Infirmiers salariés (à temps plein) : le nombre de jours de travail par trimestre (jours de travail intégralement remboursés par l'employeur), • Infirmiers salariés (à temps partiel) : le nombre d'heures rémunérées par trimestre, • Infirmiers statutaires : le nombre de jours de travail par trimestre (jours travaillés par l'infirmier(e)), • Infirmiers statutaires (à temps partiel) : avec le nombre d'heures rémunérées par trimestre, • Infirmiers indépendants : nombre d'heures travaillées dans le service de soins à domicile, un maximum de 7 heures 36 minutes peut être pris en compte par personne physique et par jour.
Séance de soins dans le cadre de la compensation rurale	Moment enregistré des soins d'un infirmier à domicile auprès d'un patient dans les communes reconnues dans la convention nationale W/97, art. 4 § 2, y compris tous les soins prodigués au cours de cette visite.
Patientèle	La patientèle désigne le groupe de patients dont une pratique ou un prestataire de soins est responsable dans le cadre de la prestation de soins. En soins infirmiers à domicile, cela concerne l'ensemble des personnes desservies par une unité locorégionale composée d'un ou plusieurs dispensateurs de soins , incluant l'organisation des soins, la planification, l'évaluation des besoins et la gestion des dossiers patients.

Glossaire

1

Terme	Explication
Soins directs	Les soins directs sont des soins dans lesquels le prestateur de soins **interagit directement avec le patient au moment des soins**. Les soins directs sont généralement dispensés en présence physique du patient, mais ils peuvent également être dispensés à distance.
Soins indirects	Dans les soins indirects, l'interaction directe avec le patient n'est pas nécessaire, mais elle est possible.
Soins à distance	Le remplacement ou l'ajout d'une visite physique par un infirmier à domicile au patient par un contact individuel par consultation vidéo, avec la même durée globale, le même contenu de soins et le même objectif. Ce contact peut avoir lieu dans le cadre du suivi infirmier, de la coordination des soins, de la prévention et de la promotion de la santé. Les contacts purement administratifs ou logistiques ne sont pas considérés comme des soins à distance. Les soins à distance peuvent être dispensés dans les conditions suivantes : • La prise en charge à distance n'est possible que pour un nombre défini de codes d'intervention. • Les soins à distance sont fournis par liaison vidéo. • Les soins à distance doivent être précédés de soins en présence physique du soignant auprès du patient. • L'infirmier à domicile doit toujours vérifier si les soins à distance sont responsables et peuvent garantir le même niveau de soins sûrs et de qualité. • La liberté de choix et la culture numérique du patient doivent toujours être prises en compte. • Les soins à distance peuvent être appliqués de manière répétée, à condition que cela soit responsable du contenu des soins et ne conduise pas au remplacement structurel des moments de soins physiques nécessaires. Le jugement professionnel de l'infirmier à domicile est déterminant à cet égard. • Tout contact à distance est entièrement et correctement documenté dans le dossier patient, en indiquant la date, la durée, le mode de communication utilisé, les interventions effectuées et les observations pertinentes. • Les moyens de communication utilisés pour établir le lien vidéo doivent être conformes aux normes applicables en matière de sécurité, de respect de la vie privée et de secret médical.

Glossaire

1

Terme	Explication
Le partenaire opérationnel	Le partenaire opérationnel sera le premier point de contact pour les pratiques participantes. Il gère le helpdesk, offre un soutien, un accompagnement et dispense des formations. Il coordonne également la communication entre les parties participantes et les autres parties prenantes du projet afin de garantir une collaboration fluide.