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

Contents

Introduction 3

Questions et réponses 3

1. Adhésion et convention 3
2. Organisation et fonctionnement de la pratique 6
3. Relation avec le patient 14
4. Financement de l'activité 17
5. Financement de la pratique 32
6. Codes d'intervention 36
7. BelRAI 41
8. Etude scientifique 49
9. IT et enregistrement 51
10. IT et facturation 53
11. IT et rapport de données 61

Gestion des versions

Date	Modifications
12/1/2026	Version 1, publiée sur le site web de l'Inami pour faciliter la phase de sélection
10/4/2026	Version 2
20/4/2026	Ajout de nouvelles questions
24/4/2026	Ajout de questions validées par le groupe de travail CIV 23/4 + suppression par l'INAMI des questions+ suivi des modifications et commentaires *De ce fait, certains numéros manquent dans la numérotation des questions*
6/5/2026	Ajout de nouvelles questions + affinement des questions existantes
1/7/2026	Modification question 2.5 : 'référents' mis entre parenthèses + 'externes' ajouté Modification question 4.30 Précision supplémentaire concernant les questions 2.11, 2.25, 3.2, 3.5, 3.6, 3.9, 4.28, 4,41, 4.48 Correction question 5.6 et 4.49 Suppression 4.37 en raison d'une contradiction avec 3.7 Suppression 9.2 en raison d'un doublon avec 4.41 **7.3 et 7.9: Ajustement échelle de Katz !** **10.25: Ajustement contrôle OA sur prestataire!** Ajout de nouvelles questions (numéro de question surligné en jaune)
14/10/2026	1 .4 Correction de la réponse **4.29 : Ajustement de la réponse** **2.4, 2.6 et 2.7 : Ajustement de la réponse** 4.39, 9.7, 4.55, 5.3 : Précision de la réponse Ajout de nouvelles questions **4.12. 10.23: Ajustement de la réponse et suppression 2.19 (doublure)** **4.28 : Limitation durée discussion patient** **4.44 : Coordination des soins lors d'une hospitalisation** Ajout de nouvelles questions (numéro de question surligné en jaune)

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.

1.4 Les conditions financières du projet peuvent-elles être modifiées durant le projet ?

En principe, le cadre budgétaire restera inchangé pendant toute la durée du projet pilote. Toutefois, en cas de (risque de) dépassement budgétaire important des ajustements ne peuvent être exclus. Une pratique peut toujours décider de se retirer du projet. Si cela se produit dans les six mois suivant le lancement du projet (signature de la convention), 50% des frais de démarrage devront être remboursés.

1.5 Le tarif horaire fera-t-il partie du nouveau modèle de financement des soins à domicile ?

On ignore si le financement horaire qui sera utilisé pendant le projet pilote sera maintenu après la fin de celui-ci. Les modalités financières du projet pilote sont considérées comme temporaires et expérimentales. Elles peuvent être ajustées en fonction des résultats de l'évaluation continue menée par le KCE. L'objectif est de tester et d'améliorer le modèle avant une éventuelle généralisation.

1.6 Puis-je revenir à un autre modèle de financement?

Les pratiques participantes s'engagent pour toute la durée du projet. Toutefois, une procédure est prévue pour les cas exceptionnels où une pratique souhaiterait se retirer. Si vous quittez le projet dans les six mois suivant le lancement (c'est-à-dire après la signature de la convention), vous devrez rembourser 50 % de ces frais. Une pratique qui se retire doit également être prête à participer à un entretien de sortie avec l'équipe scientifique.

1.7 Quels seront les obligations principales des pratiques pilotes participantes durant le projet ?

Les pratiques pilotes doivent :

- Appliquer le nouveau modèle de financement
- Participer à la collecte de données (temps, types de soins, etc.)
- Réaliser les évaluations BelRAI
- Participer aux formations et intervisions
- Répondre aux questionnaires du KCE
- Respecter les règles de qualité et de documentation
- Signer la convention et respecter le contenu

1.8 Quels sont les engagements d'une pratique témoin?

Une pratique témoin contribue à l'évaluation scientifique du projet pilote sans adopter le nouveau modèle de financement. Elle sert de groupe de contrôle pour comparer les effets du nouveau système avec le fonctionnement actuel.

- Continuer à fonctionner selon le modèle classique (article 8 de la nomenclature).
- Participer à l'évaluation scientifique :
    - Répondre aux enquêtes (par les soignants et les patients) à trois moments clés : avant le début du projet, après un an, et après deux ans.
    - Fournir des données de pratique via des transferts semestriels (composition de l'équipe, activité, etc.).
    - Proposer des candidats pour les interviews ou focus groupes (infirmiers, aides-soignants, coordinateurs).
    - Accepter un entretien de sortie si la pratique se retire du projet.
    - Acceptez que les données fournies par l'IMA (Agence intermutualiste) soient utilisées par le KCE. Les données analysées par le KCE sont anonymisées au niveau du prestataire de soins, du patient et de la pratique.
- Respecter les délais et formats de transmission des données définis par le KCE et l'INAMI.

Les pratiques témoins reçoivent une indemnité pour leur participation à l'évaluation :

- 20 € par enquête complète remplie.
- 60 €/heure pour les interviews ou focus groupes.
- 50 € par transfert de données.

2. Organisation et fonctionnement de la pratique

2.1 Les aides-soignants sont-ils intégrés au projet ?

Oui, les aides-soignants peuvent être intégrés dans les pratiques participantes, à condition que la pratique réponde aux critères d'une équipe structurée.

Le cadre de travail des aides-soignants reste d'application durant le projet.

2.2 Des exigences de qualité spécifiques sont-elles prévues pour les pratiques?

Oui. Les pratiques doivent répondre à des critères de qualité définis, notamment :

- l'utilisation d'un dossier patient unique,
- Organisation de discussions patients régulières,
- la participation à des formations continues,
- la mise en œuvre d'un plan de soins structuré,
- et l'évaluation régulière de la qualité des soins.

Ces critères sont liés au financement incitatif : plus une pratique répond à ces exigences, plus elle peut bénéficier d'un financement complémentaire.

2.3 Quelles seront les types de prestations prises en compte dans le projet?

Les prestations prises en compte sont toutes les activités de soins infirmiers réalisées et prévues dans la liste des codes d'intervention, par exemple:

- les prestations techniques ;
- Le suivi infirmier,
- La coordination ,
- l'éducation du patient,
- les soins à distance (vidéoconsultations),
- les évaluations BelRAI

2.4 Comment un ETP est-il défini dans le projet pilote?

La réglementation existante relative à la détermination de l'ETP telle que définie dans le cadre du remboursement forfaitaire des frais spécifiques pour les services de soins infirmiers à domicile (Art. 4 AR 16 avril 2002) constitue la base de calcul du nombre d'ETP dans le cadre du projet pilote.

- Pour les infirmiers statutaires ou salariés : le degré d'activité à temps plein est égal à l'emploi équivalent temps plein et ce, selon la définition donnée à cet égard dans le cadre des cotisations ONSS.
- Pour les infirmiers indépendants, la méthode utilisée est celle de l'indemnité forfaitaire pour les services de soins à domicile. Ce système repose sur une

déclaration sur l'honneur du chef de groupe (si l'infirmier fait partie d'un groupe) ou de l'infirmier (si elle ne fait pas partie d'un groupe). Cette déclaration serait faite trimestriellement, en tenant compte des éléments décrits à l'art. 4 de l'AR 16 avril 2002 :

- Pour les infirmiers indépendants, le nombre d'heures prestées au sein des soins de santé est converti en jours ETP. Ces heures prestées sont communiquées au Service sous la forme d'une déclaration sur l'honneur. Un jour ETP correspond à 7 heures 36 minutes et peut être réparti sur plusieurs jours calendrier. Un maximum de 7 heures et 36 minutes par personne et par jour peut être pris en compte.
- Le nombre théorique de jours par ETP et par trimestre est déterminé sur la base des données de l'ONSS.

Ce mode de calcul s'applique à tous les profils de soins : infirmiers (IRSG, assistants en soins infirmiers et aides-soignants). La période de référence pour le calcul est le semestre écoulé.

Pour un prestataire de soins salarié, on prend donc en compte l'équivalent temps plein de l'emploi au cours du semestre écoulé, selon la définition qui en est donnée dans le cadre des cotisations ONSS.

Pour un prestataire indépendant, le nombre de jours ETP est calculé en divisant le nombre d'heures travaillées au cours du semestre écoulé par le nombre d'heures ouvrables par semestre, tel que déterminé sur la base des données de l'ONSS. Le nombre d'heures travaillées par le prestataire indépendant est limité à 7,6 heures * le nombre de jours ouvrables au cours du période de référence concerné.

Cela ne signifie pas qu'un infirmier indépendant peut attester un maximum de 7,6 heures par jour. Pour l'enregistrement des prestations, le seuil maximal de 11 heures par jour pendant 6 jours par semaine s'applique en moyenne annuelle, avec un maximum de 48 semaines de travail par an.

Exemple 1:

- Une infirmière indépendante a travaillé au cours du dernier trimestre 10 heures par jour, 6 jours par semaine --> 60 heures par semaine --> 60*4*3 --> 720 heures par trimestre.
- L'ONSS constate que le trimestre comptait 5*4*3=60 jours ouvrables → 60*7,6 h = 456 heures ouvrables

--> pour le calcul du nombre de jours ETP, le nombre d'heures travaillées sur une base trimestrielle est limité à 456 heures. Cette infirmière est prise en compte pour 1 ETP dans le projet pilote.

Cela ne signifie toutefois pas qu'elle peut enregistrer un maximum de 456 heures de prestations. Pour l'enregistrement des prestations, le seuil de 11 heures/jour pendant 6 jours/semaine s'applique en moyenne annuelle, avec un maximum de 48 semaines de travail par an.

Exemple 2:

- Au cours du dernier trimestre, une infirmière indépendante a travaillé 5 jours par semaine à raison de 8 heures par jour pendant une semaine et n'a pas travaillé pendant l'autre semaine --> l'infirmière a presté 2 (semaines) * 40 heures par mois --> 3 (mois) * 80 heures = 240 heures par trimestre
- Cette infirmière est prise en compte dans le projet pilote pour 240 / 456 = 0,53 ETP.

2.5 Les infirmières (référentes) (externes) sont-elles comptabilisées dans le nombre d'ETP?

Oui, les infirmières référentes (externes) sont prises en compte dans le nombre d'équivalents temps plein (ETP) d'une pratique pour les heures pendant lesquelles elles ~~participent aux~~ enregistrent des soins dans le cadre du projet pilote.

Exemple:

- Une pratique fait appel à une infirmière référente externe spécialisée dans les soins complexes des plaies.
- Au cours du trimestre écoulé, cette infirmière a vu 12 patients. Une visite de l'infirmière référente dure en moyenne une demi-heure --> l'infirmière a fourni 12*0,5 = 6 heures de prestations pour la pratique.
- L'infirmière référente est enregistrée dans la déclaration de l'adhésion au groupement pour 6 / 456 = 0,0132 ETP.

2.6 À quoi sert le nombre d'ETP de la pratique?

- Lors de la sélection des pratiques participantes, l'objectif était d'avoir 1 000 infirmiers ETP participantes ;
- Pour le calcul de l'indemnité forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile ;
- Pour le calcul du financement des pratiques incitatives ;
    - Ce financement est basé sur un montant par point atteint par (sous)pratique * le nombre d'ETP.
- Pour le calcul de la prime de démarrage.

2.7 Les responsables / coordinateurs de groupement ou les collaborateurs qui assument des tâches de coordination sont-ils pris en compte dans le calcul des ETP ?

Un collaborateur qui dispose d'un numéro INAMI valide et qui dirige directement l'infirmier exécutant ou le coordonne directement peut être pris en compte dans le calcul de l'ETP pour la durée totale de son rôle de coordination. Le collaborateur fait office de N+1 de l'infirmier. L'exécution effective de prestations INAMI (soins directs ou indirects) n'est pas requise à cet égard. Les fonctions au sein du cadre intermédiaire (fonctions de soutien) ne sont pas prises en compte dans le calcul de l'ETP.

Le nombre d'ETP de coordinateur pouvant être pris en compte dans le calcul des ETP est limité à 1 ETP de coordinateur pour 7 ETP de prestataires de soins.

2.8 Quid des modifications dans la composition de la pratique?

Les pratiques doivent notifier toute modification (entrée ou sortie de personnel) dans le module 'groupements' de ProSanté. Sur la base de l'adhésion au groupement, l'accès à la facturation au tarif horaire est accordé.

Si une pratique passe sous le seuil de 3 ETP, elle dispose de 3 mois pour régulariser la situation. En cas de non-conformité prolongée elle peut être exclue du projet, comme décrit dans la convention.

2.9 Comment les stagiaires s'intègrent-ils dans le projet?

Les stagiaires peuvent être intégrés dans les pratiques participantes, mais ils ne sont pas comptabilisés dans les ETP pour le financement. Leur présence doit être encadrée par un professionnel formé au projet. Ils peuvent dispenser les soins sous supervision mais ne reçoivent aucun financement pour cela. Superviser un étudiant en stage permet de gagner des points dans le cadre du financement incitatif de la pratique.

2.10 Une pratique du projet peut-elle faire appel à un remplaçant?

Oui, les remplacements sont autorisés, même pour de courtes durées. Le remplaçant doit être enregistré dans la déclaration de l'adhésion au groupement (ProSanté), sinon, il ne pourra pas attester ses prestations sur la base du tarif horaire.

Pour les remplaçants de longue durée, le remplaçant doit suivre une formation de base sur la philosophie du projet, l'introduction au BelRAI et l'outil IT ~~dans les 3 mois suivant son arrivée~~. Voir la question 2.21.

2.11 Si une infirmière indépendante reprend deux patients à une collègue pendant les vacances pour l'aider, peut-elle tarifier dans le projet si sa collègue fait habituellement partie d'un autre groupement?

La facturation suit la pratique. Si les patients sont temporairement pris en charge par l'autre pratique, l'infirmière peut continuer à facturer comme elle en a l'habitude, notamment sur base des codes nomenclature article 8. Si, pendant la période de remplacement, l'infirmière remplaçante opère pour le compte de la pratique du patient, elle doit s'adhérer à la pratique du patient. Dans ce cas, l'option 1 est la plus logique.

2.12 Une infirmière relais soins de plaies d'une sous-pratique participante peut-elle encore effectuer des visites d'infirmière relais en dehors de sa sous-pratique?

Oui. La combinaison de son numéro INAMI et du numéro de groupe de la pratique qui ne participe pas au projet pilote donne accès à la facturation via l'article 8.

2.13 Quelles sont les implications pour mon service de facturation?

La facturation se fait toujours via le logiciel habituel, mais au moyen d'un fichier adapté au modèle du projet pilote. Les prestations sont enregistrées en temps réel (start/stop) et transmises aux organismes assureurs via un fichier structuré. Le système reste compatible avec les exigences des organismes assureurs.

2.14 Quelles sont les règles de bonnes pratiques de soins applicables dans le nouveau modèle?

Les pratiques doivent respecter les principes de soins centrés sur le patient, la continuité des soins, la coordination interdisciplinaire, et l'évaluation régulière des besoins. Les interventions doivent être justifiées, documentées, et alignées avec les recommandations de bonnes pratiques (EBP). Il est attendu que le temps de soins soit utilisé de manière efficiente.

2.15 Quelles données sont demandées et à quelle fréquence dans le cadre de l'enregistrement des pratiques?

Les données dans ProSanté doivent être mises à jour chaque mois, car les accès au module de facturation sont configurés sur la base de ces données.
Les données dans le portail de recherche (Profacts) doivent être entièrement complétées au début du projet, puis mises à jour tous les 6 mois, i.e. à chaque fois qu'une demande de financement incitatif est introduite.

2.16 Une indemnité pour le matériel peut-elle être facturée?

Les règles restent inchangées à cet égard: ce qui peut être facturé aujourd'hui peut également l'être dans le cadre du projet pilote.

2.17 Des dispositions ont-elles été prises pour les prestataires qui rejoignent le projet après le démarrage?

Oui, les nouveaux membres doivent suivre une formation de base dans les 3 mois suivant leur arrivée, incluant la philosophie du projet, l'introduction au BelRAI et l'utilisation du logiciel. Il n'y a pas de compensation (prime de démarrage) pour ces nouveaux membres.

2.18 Un numéro de tiers payant distinct sera-t-il attribué aux organisations/(différents) pratiques qui participeront au projet pilote art. 56 en plus du numéro de tiers payant attribué à la facturation art. 8 ?

Oui. Une (sous-)pratique participante au projet pilote en tant que pratique pilote se verra attribuer un nouveau numéro de tiers payant. Ce numéro sera attribué lors de la signature de la convention ; la pratique n'a aucune démarche à effectuer à cet effet.

~~***2.19 Que devons-nous faire, en tant que maison médicale, si une pratique d'infirmiers à domicile avec laquelle nous collaborons participe au projet pilote ? Existe-t-il des directives spécifiques que nous pouvons appliquer en matière de contrôle qualité ou de vérification de l'exactitude des factures ? Ou pouvons-nous consulter quelque part des conseils ou un guide sur la meilleure façon de collaborer avec ces groupes ? Comment les mutuelles vont-elles gérer cela ?***~~

~~Pendant la phase du démarrage du projet, il faudra revoir l'accord avec la pratique. Si cet accord repose sur des numéros de nomenclature, il faudra l'adapter en remplaçant ces numéros par des codes d'intervention.~~

~~Le justificatif établi par le DIE donne, à l'aide de codes d'intervention, un aperçu des soins dispensés. Les accords conclus avec la maison médicale en matière de facturation ne relèvent toutefois pas du projet pilote. La facturation à la maison médicale peut s'effectuer sur la base de ce justificatif, mais ce n'est pas obligatoire.~~

~~Les échelles KATZ continueront d'être enregistrées.~~

~~Une pratique pilote qui va participer doit en informer toutes les parties concernées.~~

2.20 À quelle fréquence les données doivent-elles être mises à jour dans ProSanté et sur le portail de recherche ?

Lors de la signature du contrat, une mise à jour du nombre d'ETP est demandée. Dès le début du projet, ProSanté doit être tenu à jour en permanence, et au plus tard à la fin de

chaque mois de facturation afin de permettre la facturation dans le cadre du projet pilote. Les données du portail de recherche doivent être mises à jour tous les six mois, notamment à chaque demande de financement incitatif de la pratique.

2.21 Dans quelle mesure les remplaçants et les collaborateurs sous contrat temporaire doivent-ils suivre les formations (philosophie du projet pilote, codes d'intervention, introduction au BelRAI et évaluateur BelRAI) ?

Lors de l'arrivée de nouveaux collaborateurs, les formations sur la philosophie du projet, l'outil informatique et l'introduction au BelRAI sont dispensées dans le mois suivant l'entrée en vigueur du contrat. La formation BelRAI plus approfondie (évaluateur BelRAI screener/HomeCare) est dispensée dans les trois mois. Une exception est faite uniquement pour les collaborateurs temporaires qui travaillent moins d'un mois pour la pratique, y compris les prestataires de soins sous contrat étudiant.

Pour pouvoir facturer, tous les prestataires de soins doivent être enregistrés dans ProSanté, quelle que soit la durée de leur engagement au sein de la pratique. Sans cet enregistrement, les prestations du collaborateur ne peuvent pas être facturées.

2.22 Un travailleur volant/équipe mobile est-il considéré comme un remplaçant ?

Lorsqu'un travailleur volant/équipe mobile est en poste pour une durée inférieure à un mois, il s'agit d'une situation temporaire et il n'est pas tenu de suivre une formation. Lorsqu'un travailleur volant/équipe mobile occupe un poste de manière permanente, c'est-à-dire depuis plus d'un mois, il est considéré comme un professionnel de santé titulaire. Dans ce cas, il doit également suivre les formations.

2.23 Un aide-soignant (ou infirmier) projet 600 peut-il être intégré à l'adhésion au groupement en tant que membre à part entière de l'équipe et donc être pris en compte dans le calcul de la prime de pratique ?

Il n'y a pas de différence par rapport à la situation actuelle. Si cette personne peut facturer aujourd'hui (sur base de l'article 8), elle le peut également sur base de l'article 56. Si la facturation n'est pas possible aujourd'hui, elle ne l'est pas non plus en vertu de l'article 56. En principe, un prestataire de soins peut facturer dès lors qu'il dispose d'un numéro INAMI.

2.24 Quand un infirmier référent en diabétologie ou soins de plaies vient ponctuellement réaliser des prestations en lien avec sa qualification, faut-il l'ajouter au groupement pilote ?

Oui, sinon ces prestations ne peuvent pas être facturées. Il est enregistré pour le nombre d'ETP qu'il preste dans le cadre du projet pilote.

2.25 Une institution (par exemple pour les personnes atteintes d'un handicap) qui, sur base d'une convention, fait actuellement appel à une pratique pilote pour la préparation des médicaments doit-elle continuer à fonctionner sur la base de cette convention à l'avenir, ou ces activités doivent-elles / peuvent-elles être intégrées au projet pilote et donc être rémunérées au tarif horaire ?

Un infirmier à domicile ne peut prodiguer des soins infirmiers dans un établissement que dans le cadre de la prise en charge globale du patient. Dans ce cas, l'infirmier à domicile participant au projet pilote sera rémunéré selon le tarif horaire. Les activités de soins sélectives, à la demande de l'établissement, doivent, comme c'est le cas aujourd'hui, être effectuées sur la base des conventions spécifiques. Le système de financement, tel que défini dans la convention spécifique, s'applique alors.

L'exemple de la préparation des médicaments doit être appliqué à ce principe général. Si l'infirmier, participant au projet pilote, prend en charge le patient de manière globale et que la préparation des médicaments fait partie de ces activités, celle-ci peut être rémunérée dans le cadre du tarif horaire. Ces soins sont considérés comme faisant partie intégrante d'une tournée régulière et le temps qui y est consacré est pris en compte dans l'enregistrement de l'adhésion au groupement.

Si un établissement a conclu une convention générale avec l'infirmier pour préparer les médicaments de tous les patients de l'établissement, cela ne peut pas être rémunéré via le projet pilote (et donc au tarif horaire) pour les patients dont aucune prise en globale est faite. Dans ce cas, ces soins ne sont pas considérés comme faisant partie d'une tournée régulière et le temps qui y est consacré n'est pas pris en compte dans l'enregistrement de l'adhésion au groupement.

2.26 À quel profil l'assistant en soins hospitaliers est-il assimilé ?

Il n'existe pas de profil parfaitement identique pour l'assistant en soins hospitaliers. Les l'assistant en soins hospitaliers constituent un groupe distinct (mais en voie de disparition) de praticien de l' art infirmier; ils sont habilités à effectuer des soins infirmiers techniques de niveau B1 et B2, mais ne peuvent pas pratiquer d'actes de niveau C.

3. Relation avec le patient

3.1 Comment informer mon patient du changement de modèle de prise en charge de la pratique?

La pratique doit informer les patients de manière claire et transparente, notamment via une communication écrite ou orale. Il est recommandé d'expliquer les objectifs du projet pilote, les changements dans le mode de financement, et les implications pour le patient. L'équipe projet, chargée de la préparation du projet pilote et au sein de laquelle les organisations du secteur sont représentées, préparera et mettra à disposition le matériel de communication nécessaire à cet effet.

3.2 Y a-t-il une part personnelle à charge du patient?

Pour les soins prodigués dans le cadre du projet pilote, il n'y a pas de ticket modérateur autorisé. Le tarif horaire couvre le temps de prise en charge. Un ticket modérateur peut toutefois être demandée pour les déplacements en zone rurale, tout comme c'est le cas en dehors du projet pilote.

Par ailleurs, comme dans le système actuel, le cout du matériel spécifique reste à charge du patient.

3.3 Le patient peut-il refuser d'être pris en charge selon le nouveau mode de financement?

Oui, le patient conserve le droit de refuser d'être pris en charge dans le cadre du projet pilote. Dans ce cas, il peut être orienté vers une autre pratique non participante. La pratique doit respecter ce choix et garantir la continuité des soins.

3.4 Quels sont les engagements pris par la pratique de soins infirmiers à l'égard des patients?

La pratique s'engage à fournir des soins de qualité, centrés sur le patient, à assurer la continuité et la coordination des soins, à utiliser les outils d'évaluation comme BelRAI, et à respecter les principes de transparence et de documentation.

3.5 Un patient peut-il être pris en charge par deux pratiques différentes?

C'est possible mais cela doit rester exceptionnel. Par exemple, cette situation peut survenir lorsque le lieu de soins d'un patient change, amenant celui-ci à être suivi par deux (sous) pratiques différentes. Voir question suivante.

3.6 Un patient peut-il être financé par deux systèmes en même temps?

C'est possible mais cela doit rester exceptionnel. Dans ce cas les soins doivent être enregistrés par deux (sous)pratiques différentes.

Le principe de base est qu'un patient est pris en charge par une infirmière dans l'un (article 8) ou l'autre système (via un tarif horaire).

Les prestations dans le cadre du projet pilote (pseudo-codes / heure) et en dehors du projet pilote (nomenclature art. 8) par le même infirmier pour le même patient le même jour ne sont donc PAS possibles et entraîneront un rejet.

En revanche, les prestations fournies par différents infirmiers pour le même patient le même jour sont possibles, par exemple dans le cas où le lieu de soins du patient change. Dans ce cas, l'infirmier qui travaille en dehors du projet pilote ne peut enregistrer que des prestations par acte, et non des forfaits. Les forfaits de l'article 8 ne sont pas cumulables avec les enregistrements de temps du projet pilote.

Exemple

L'infirmière HP (hors projet pilote) soigne le patient le matin, un infirmier P (qui participe au projet pilote) le soigne le soir.

Problème: Les forfaits A, B, … de l'art. 8 de la nomenclature ne sont pas cumulables avec les pseudo-codes du projet pilote pour le même patient le même jour. L'infirmier HP ne peut pas facturer de forfaits A, B, … mais uniquement des prestations à l'acte, le jour où le patient reçoit également des soins de l'infirmier P.

Que se passe-t-il si l'infirmier HP a malgré cela facturé un forfait A, B,… et l'a transmis à l'OA, ce qui a été accepté et payé avant la facturation et le traitement du groupement Z (projet pilote)

- La facturation des tarifs horaires (pour ce patient et ce jour) par l'infirmier HP est automatiquement refusée
- Les infirmiers peuvent se contacter:
    - L'infirmier HP crédite le forfait et facture les prestations à l'acte.
    - Les tarifs horaires pour l'infirmier P peuvent être réintroduits et acceptés.

3.7 Quel suivi pour les patients qui ne sont pas affiliés à une mutuelle en Belgique?

Ces patients devront assumer le coût total de la facture de soin selon les principes et tarifs du nouveau modèle. La facture sera envoyée au patient qui peut le transmettre à un autre organisme assureur le cas échéant.

3.8 Quid des droits / avantages pour le patient liés à un statut d'échelle de KATZ?

Bien que le financement ne dépende plus directement de l'échelle de KATZ, ce dernier restera enregistré. Les droits et avantages qui en découlent seront maintenus.

3.9 Une procédure spécifique s'applique aux détenus pour le remboursement du ticket modérateur. Cette procédure restera-t-elle en vigueur dans le cadre du projet pilote?

Cette problématique ne s'applique pas au projet pilote, étant donné qu'aucun ticket modérateur n'est facturable pour les soins. Un ticket modérateur peut toutefois être demandée pour les déplacements en zone rurale, tout comme en dehors du projet pilote.

3.10 Comment va-t-on gérer l'arrêt du projet dans 2 ans par rapport à la nouvelle approche qui sera offerte aux patients? Il faut bien préciser les conditions dès le départ avec les patients et avec les soignants.

Cela fait partie intégrante du projet pilote et devra être clairement communiqué à toutes les parties concernées.

3.11 Comment les patients qui ne disposent pas d'une mutuelle belge peuvent-ils justifier le fait qu'on leur facture à l'heure ? Le patient doit-il signer un document à cet effet ?

Le justificatif patient du projet pilote a la même valeur que le justificatif patient mentionné à l'article 8. De plus, la communication destinée aux patients expliquant le projet pilote peut être incluse.

4. Financement de l'activité

4.1 Quels sont les codes d'activité facturables?

Dans le projet pilote, les codes facturables sont repris dans une liste de codes d'intervention. Ces codes d'intervention sont repris en deux catégories : les soins directs et indirects. Ces codes couvrent un large éventail d'activités : soins techniques, coordination, éducation, soins à distance, travail administratif lié au patient, etc. Ils permettent de mieux refléter la réalité du travail infirmier. La tarification horaire se base sur le temps réellement presté (start/stop)

4.2 Qu'entend-on par soin direct?

Les soins directs sont des soins pour lesquels le prestataire 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.

4.3 Qu'entend-on par soin indirect?

Dans le cas des soins indirects, l'interaction directe avec le patient n'est pas nécessaire, mais elle est possible.

4.4 Y a-t-il une différence de financement entre les infirmiers et les aides-soignants?

Non. Dans le cadre du projet pilote, la pratique est rémunéré pour les heures prestées et aucune distinction n'est faite entre les infirmiers et les aides-soignants. En arrière-plan, la pratique peut toutefois faire une distinction à cet égard.

4.5 Comment fonctionne l'enregistrement du temps?

Le temps est enregistré via le logiciel :

- Démarrage de la visite (start).
- Réalisation des soins.
- Sélection des codes d'intervention.
- Arrêt de la visite (stop)

En fonction du fournisseur de logiciel, le start ou le stop dépendra de la lecture de carte d'identité.
Ce système permet de calculer précisément et différencier le temps de soins et de déplacement.

4.6 Est-il possible d'enregistrer une pause dans le temps de déplacement ? (Par exemple, une infirmière qui va faire des courses entre deux visites.)

Oui, un bouton « pause » sera prévu.

4.7 La carte d'identité doit-elle être scannée pendant le projet pilote?

La carte d'identité doit-elle être scannée pendant le projet pilote ? Oui, l'obligation de scanner la carte d'identité est maintenue. Les règles en la matière restent inchangées.

4.8 Comment différencier temps d'activité et temps de déplacement?

Deux tarifs sont appliqués (prix 2025):

- Temps de soins : 59,10 €/h (semaine), 79,10 €/h (week-end).
- Temps de déplacement : 39,10 €/h.

Les deux seront enregistrés séparément. Le système calcule automatiquement la durée de chaque segment.

L'enregistrement du temps débute lors de l'arrivée chez le premier patient et se termine dès le départ du dernier patient.

Il est également possible d'enregistrer le temps de soins indirects pour chaque patient en dehors du temps de tournée.

4.9 Quelles sont les règles de tarification applicables dans le nouveau modèle?

Le modèle de financement (2025) de l'activité repose sur :

- Un tarif horaire pour les soins et les déplacements.
- Le temps de soins comprend les soins directs et indirects
- Un complément journalier pour les soins palliatifs : 37,30 €/jour.
- Une indemnité de déplacement rural : 2.35 €/visite en zone rurale.

Les soins sont rémunérés selon le temps passé, et non plus à l'acte. Les données sont transmises aux mutuelles via un fichier structuré, compatible avec les systèmes actuels.

La perception du ticket modérateur n'est pas autorisée pour les soins.

Ces montants seront indexés.

4.10 Puis-je encore attester des prestations techniques sur base de l'article 8?

Non, les pratiques participantes au projet pilote doivent abandonner l'article 8 pour les patients pris en charge dans le cadre du projet. Les soins sont attestés via les codes d'intervention et le système d'enregistrement du temps.

4.11 Qu'en est-il des prestations effectuées sur base d'une convention?

Les prestations financées par des conventions (ex. dialyse à domicile, maisons médicales, prises de sang,..) doivent être enregistrées et facturées à part et ne sont pas rémunérées via le tarif horaire du projet. Une correction de temps est appliquée dans le système pour éviter la double facturation.

4.12 Comment gérer les collaborations avec les maisons médicales?

La collaboration avec les maisons médicales reste possible mais une attention doit être donnée à la convention qui lie la pratique et la maison médicale. Les prestations fournies aux patients traités dans le cadre d'une telle collaboration sont enregistrées lorsqu'ils ont lieu pendant une tournée régulière. Ces visites ne peuvent ~~pas~~ être facturées au tarif horaire, mais ce n'est pas obligatoire. La prise en charge de ces patients doit donc toujours être facturée conformément aux dispositions de la convention conclues avec la maison médicale.

4.13 Les soins à distance via vidéo consultation sont-ils rémunérés?

Oui, pour une partie des codes d'intervention. Les soins à distance par vidéo-consultation sont pris en compte dans le projet pilote, à condition que les conditions pour les soins à distance soient remplies.

4.14 L'une des conditions pour les soins à distance est qu'elle doit toujours être précédée d'un contact physique. Il en résulte que la première visite doit toujours avoir lieu physiquement. La première visite doit être effectuée par un IRSG. Est-il exact que les visites suivantes peuvent être effectuées par un autre prestataire de soins ?

Oui, c'est correcte.

4.15 Un financement est-il prévu pour les patients palliatifs?

Oui, en plus du tarif horaire, un complément de 37,30 € est prévu par jour par patient palliatif pris en charge, afin de couvrir les besoins spécifiques liés à la permanence et à la coordination.

Ce complément est versé une fois par jour et par pratique lorsque le patient a bénéficié d'au moins une visite.

4.16 Comment se passe la facturation des prestations si le patient change de lieu de soins au cours d'une même journée?

Voir : Relation avec le patient

4.17 Comment se passe la facturation des prestations si le patient change de lieu de soins sur des jours différents ?

Chaque jour est traité comme une unité distincte de facturation. Chaque prestataire facture selon son système habituel.

4.18 Y-a-t-il une limite sur de la durée d'une visite?

Pour les soins directs, la durée d'une visite est limitée à 3 heures, tandis que le temps de déplacement est limité à 1 heure. Les visites et les déplacements plus longs entraîneront un rejet.

Pour les soins indirects, un seuil souple de 3 heures par patient par jour sera défini dans le logiciel. Cela signifie qu'un enregistrement de plus de 3 heures de soins indirects entraînera un avertissement dans le logiciel et la demande de justifier cette durée.

4.19 Y-a-t-il une limite sur la tarification horaire?

Le modèle repose sur un enregistrement précis du temps de soins et de déplacement. Des contrôles sont prévus pour éviter les abus. En cas de dépassement budgétaire, des ajustements tarifaires peuvent être envisagés.
La limite moyenne annuelle du temps de prestation ne peut dépasser 6 jours par semaine et 11h par jour.

4.20 Quel est le maximum d'heures de soins indirects pouvant être facturées sur une base mensuelle et cela peut-il encore être modifié?

Aucun nombre maximum d'heures n'a été défini sur une base mensuelle. En revanche, le logiciel affichera un avertissement lorsqu'il sera enregistré plus de 3 heures de soins indirects par jour et par patient. Les heures enregistrées sont également suivies, à la fois par la pratique lors de la préparation de la facturation mensuelle et (de manière anonymisée) au niveau global des pratiques. Si, lors d'une évaluation intermédiaire du projet, on constate que le temps consacré aux soins indirects est élevé, une nouvelle disposition pourra être mise en place plus rapidement dans le cadre du projet pilote.

4.21 Des contrôles seront-ils effectués?

Oui, comme dans le système actuel. L'INAMI et les mutualités effectueront des contrôles sur la qualité des données, la facturation et l'application des outils comme BelRAI. Des sanctions peuvent être appliquées en cas de non-conformité. En outre, les pratiques elles-mêmes et les partenaires opérationnels suivront les enregistrements au moyen d'un rapport mensuel, afin que les pics et les anomalies puissent être détectés à temps.

4.22 Les règles de cumul actuelles restent-elles en vigueur?

Dans le projet pilote, chaque prestation fournie lors d'une visite est enregistrée. Le financement du prestataire de soins est basé sur la durée de la visite, et les déplacements et les codes d'intervention sont enregistrés à des fins de recherche. Les règles actuelles (de cumul) (par exemple, combinaison de bandages de compression / bas de contention avec d'autres numéros de nomenclature) sont donc supprimées, à l'exception de celles qui sont explicitement mentionnées dans les documents d'appel (par exemple, le fait qu'aucun temps de déplacement ne peut être enregistré en cas de soins indirects uniquement).

4.23 La règle selon laquelle une prestation ne peut être facturée que si une autre prestation a d'abord été fournie reste-t-elle en vigueur?

Dans le projet pilote, chaque prestation fournie lors d'une visite est enregistrée. Le financement du prestataire de soins est basé sur la durée de la visite, et les déplacements, les codes d'intervention sont enregistrés à des fins de recherche. Les règles actuelles (cumul) sont donc supprimées, à l'exception de celles qui sont explicitement mentionnées dans les documents d'appel (par exemple, le fait qu'aucun temps de déplacement ne peut être enregistré en cas de soins exclusivement indirects).

4.24 Une toilette peut-elle encore être enregistrée lorsque la demande (sur la base de l'échelle de Katz) a été refusée?

Dans le projet pilote, le financement est basé sur la durée de la visite. Il n'est plus nécessaire de soumettre une demande préalable pour pouvoir bénéficier d'un financement. L'échelle de Katz doit toujours être remplie et transmise (en raison des droits qui en découlent), mais le remboursement des soins ne dépendra plus de celle-ci.

4.25 L'obligation de signature de la "Nécessité de prise en charge infirmière pour la préparation hebdomadaire de médicaments (administrer par voie orale)" via l'annexe 81 avant de pouvoir attester une préparation de semainier reste -t-elle en vigueur?

Toutes les obligations administratives (annexe 81, notifications via myCarenet, dossier de soins des plaies, etc.) restent inchangées. En revanche, les règles de cumul ne

s'appliquent plus, à l'exception de celles qui sont explicitement mentionnées. Il en résulte qu'il n'est plus nécessaire de faire certifier un avis infirmier avant de pouvoir attester une préparation de médicaments. Toutes les prestations fournies lors d'une visite sont enregistrées. L'enregistrement des prestations (codes d'intervention) est indépendant du financement (via le tarif horaire).

4.26 Si, au cours d'une même visite, le même soin est dispensé deux fois par le même prestataire, celui-ci doit-il enregistrer deux fois le même code d'intervention?

Oui. Par exemple, si des soins de plaies et des injections sont prodigués plusieurs fois au cours d'une même visite, le code d'intervention correspondant est indiqué plusieurs fois. Par défaut, le nombre est fixé à 1. Tous les autres codes d'intervention ne peuvent être indiqués qu'une seule fois.

4.27 Si, au cours d'une même visite, les mêmes soins sont prodigués par deux prestataires différents (par exemple, une infirmière et une aide-soignante), doivent-ils tous deux l'enregistrer?

Les deux prestataires de soins indiquent chacun les codes d'intervention qu'ils ont réalisés eux-même. Le deuxième prestataire de soins indique également le code d'intervention «2e prestataire ».

4.28 Comment la participation à une discussion patient au sein de l'équipe soignant doit être enregistré?

Il est primordial de souligner que ceci concerne les discussions patients, visant à discuter de leur état et/ou de l'élaboration ou de l'évaluation et ajustement de leur plan de soins. La participation à ces réunions est réservée aux membres de l'équipe de soins qui assure la continuité des soins des patients dont il est question lors de cette réunion. Autrement dit, cela ne concerne pas les réunions d'équipe relatives à l'organisation des soins.

Tous les dispensateurs de soins participants, à l'exception du coordinateur, enregistrent la durée totale de la réunion sous le code d'intervention B.3.1 (numéro de pseudo nomenclature 439950). Il en résulte qu'ils sont rémunérés en fonction du temps enregistré.

Le temps pouvant être justifié pour une consultation avec un patient est toutefois limité à 1 heure par patient par jour. En d'autres termes, pour le pseudocode « discussion patients », la durée maximale est de 60 minutes.

Si plusieurs patients sont abordés lors de la discussion, les participants s'entendent sur la répartition du temps entre les patients.

Il convient également d'être vigilant face au risque de double financement. Les participants à la discussion patient qui sont financés par une autre source (par exemple, l'infirmière responsable via des côuts spécifiques) ne peuvent pas facturer leur temps.

4.29 Qu'en est-il du temps de déplacement lorsqu'une visite n'a pas pu avoir lieu ? Pouvez-vous facturer votre temps de déplacement sans visite?

Lorsqu'une visite n'a pas pu avoir lieu, cela est enregistré comme tel. Le logiciel offre la fonctionnalité permettant d'enregistrer cette information dès l'arrivée chez le patient. Le temps de trajet jusqu'à ce patient a été enregistré, mais comme il a été noté que la visite n'a pas pu avoir lieu, ce temps de trajet n'est pas facturé. Dans ce cas, la pratique a toutefois la possibilité de facturer des frais de « no-show ».

4.30 Le temps de déplacement est enregistré pour le patient vers lequel l'infirmier se déplace. Si un autre lieu que « chez le patient » ou « dans une institution » est enregistré, aucun temps de déplacement ne peut être facturé. Que faire s'il s'agit de la dernière visite?

Le temps de déplacement ne peut être facturé si le lieu de rendez-vous est différent du domicile du patient ou institution. Cela vaut également pour chaque visite de la journée, y compris la dernière.

4.31 Faut-il attribuer un « lieu » pour les soins indirects?

Pour les soins indirects, aucun lieu ne doit être documenté.

4.32 Les codes d'intervention font encore la distinction entre l'administration de gouttes ophtalmiques postopératoires (439110) et l'administration de gouttes ophtalmiques (439132). La règle des 30 jours s'applique-t-elle toujours en cas de postopératoire et, si oui, cela peut-il entraîner des refus si l'infirmier utilise encore ce code après 30 jours , car la durée de la visite reste la même.

La règle des 30 jours n'est plus applicable. Le code d'intervention a été divisé afin de permettre, dans le cadre de la recherche scientifique, de déterminer la fréquence des instillations non postopératoires.

4.33 Que signifie exactement «439611 visite imprévue»?

Nous souhaitons ainsi mettre en évidence la fréquence de ces visites imprévues. Ce code est attesté en plus des codes relatifs aux soins prodigués.

4.34 L'infirmier peut-il attester des suppléments?

Non, les suppléments ne sont pas autorisés dans le cadre du projet pilote, sauf pour des frais spécifiques non couverts par le modèle (ex. matériel spécifique).

4.35 Les honoraires sont-ils indexés?

Oui, les tarifs horaires sont indexés annuellement, selon les règles en vigueur. Il en va de même pour la valeur d'un point dans le financement incitatif de la pratique.

4.36 Y a-t-il une quelconque garantie de revenu pour la pratique?

Le modèle prévoit une rémunération basée sur le temps réel, avec un financement incitatif supplémentaire. Une prime de démarrage est également prévue. Toutefois, il n'y a pas de garantie de revenu fixe.

(4.37 : supprimé)

4.38 Si un patient n'est pas en règle avec la mutuelle , le soignant lui facture les soins et lui remet un certificat mentionnant les numéros de nomenclature facturés, afin que le patient puisse éventuellement régulariser sa situation auprès de la mutuelle. Utiliserons-nous à l'avenir les codes soins directs/indirects à cette fin ? La facturation se fera alors en dehors du système de tiers payant?

Si le patient n'est pas affilié à une caisse d'assurance maladie, mais qu'une convention ou des accords existent avec lui ou un autre établissement, ces conventions seront conservées dans le cadre du projet pilote. Par conséquent, la convention doit être examinée. Nous nous efforcerons de travailler et de facturer autant que possible dans l'esprit du projet pilote (c'est-à-dire en utilisant le tarif horaire).

4.39 Est-il encore possible, dans le cadre du projet pilote, de facturer directement au patient une visite non annulée? (déplacement inutile)

Oui, sur ce point, les règles restent inchangées. ~~Si, à l'heure actuelle, la pratique facture des frais de non-présentation, cette pratique pourra être maintenue dans le cadre du projet pilote.~~ Tout comme en dehors du projet pilote, une pratique peut également décider, dans le cadre du projet pilote, de facturer des frais en cas de non-présentation.

4.40 Un employé administratif chargé de la coordination des soins d'un patient peut-il enregistrer cela via les soins indirects?

Non, les prestataires de soins disposant d'un numéro INAMI peuvent enregistrer des codes d'intervention.

4.41 Les soins dispensés un jour férié tombant en semaine sont-ils facturés au tarif du week-end?

Oui. Un jour férié s'étend de 0 heure à 24 heures. Les jours fériés suivants donnent droit à une majoration des honoraires : le 1er janvier, le lundi de Pâques, le 1er mai, l'Ascension, le lundi de Pentecôte, le 21 juillet, le 15 août, le 1er novembre, le 11 novembre et le 25 décembre.

Attention ! Les codes « week-end » ne peuvent être utilisés que pour des raisons médicales, et non pour des raisons d'organisation ou sur simple préférence du patient. Si des prestations sont fournies le week-end pour une raison non médicale, elles doivent être facturées au tarif semaine.

Il suffit de consigner la raison médicale justifiant la visite du week-end dans le dossier infirmier électronique. Il n'y a pas d'exigences particulières quant à la forme ou au contenu.

4.42 À combien s'élèvent les indemnités indexées pour 2026?

Les montants indexés pour 2026 sont les suivants [1]:

- Tarif horaire en semaine : 60,71 EUR
- Tarif horaire le week-end : 81,25 EUR
- Tarif horaire de déplacement : 40,16 EUR
- Forfait par jour de soins palliatifs : 38,31 EUR
- Valeur d'un point dans le financement incitatif des pratiques (sur une base annuelle) : 59,68 EUR

4.43 Le temps de déplacement depuis le domicile est-il reconnu lors d'une sortie non planifiée la nuit pour un patient palliatif ?

Il n'existe pas d'indemnité spécifique pour ce type de déplacements. Les règles générales relatives à l'indemnisation du temps de déplacement s'appliquent, ce qui signifie que le premier déplacement vers le patient n'est pas indemnisé. L'indemnité de permanence par jour de soins palliatifs vise à couvrir les frais supplémentaires liés à la prise en charge d'un patient en soins palliatifs.

4.44 Est-il possible de facturer des soins en dehors de l'épisode des soins?

En principe, aucune prestation d'infirmier à domicile ne peut plus être facturée en dehors de l'épisode des soins. Il existe toutefois une exception à cette règle. Afin de favoriser la collaboration transmurale entre les soins à domicile et l'hôpital, les codes d'intervention

[1] Lors de la réunion du groupe de réflexion du 17/12/2025 (indexation de 2,72 %)

relatifs à la coordination des soins (bloc B.3) peuvent également être facturés lorsque le patient est hospitalisé. Pour ces codes, il est possible de cumuler les prestations en soins à domicile et les prestations attestées en milieu hospitalier.

4.45 Comment doit s'effectuer l'enregistrement du temps de travail et la lecture de l'e-ID lorsqu'un prestataire de soins s'occupe de plusieurs patients au sein du même établissement ?

L'enregistrement du temps doit être effectué pour chaque patient, c'est-à-dire qu'il faut enregistrer un début et une fin des soins pour tous les patients. Le temps de déplacement entre les deux sera inexistant ou très limité.

La lecture de l'e-ID est indépendante de ce processus. Si, à l'heure actuelle, cette lecture est effectuée simultanément pour tous les patients à leur arrivée dans l'établissement et si le logiciel le permet (c'est-à-dire que le début ou la fin de la consultation n'est pas enregistré via la lecture de l'e-ID), cette procédure peut être maintenue telle quelle dans le cadre du projet pilote.

4.46 Qu'en est-il d'un patient pris en charge de manière structurelle pendant la semaine (exemple du dimanche soir au vendredi matin) par une pratique participant au projet en tant que pratique pilote intervenant dans un centre résidentiel, et pris en charge le week-end (du vendredi soir au dimanche matin) à domicile par une pratique ne participante pas au projet ?

Cela ne pose aucun problème. Chaque prestataire de soins peut facturer selon son propre système. Il convient de conclure des accords clairs entre les différents prestataires de soins concernant les jours où chacun d'entre eux s'occupe du patient. Dans ce cas, aucun forfait (visé à l'article 8) ne peut être facturé,

4.47 La prestation supplémentaire de soins des plaies (2 fois par jour) peut-elle encore être demandée dans le cadre du nouveau financement ?

Non, les soins des plaies sont remboursés sur la base d'un tarif horaire, quel que soit le nombre de visites.

4.48 Le paragraphe 12 de l'article précise la fréquence à laquelle une visite de contrôle effectuée par l'infirmière est nécessaire pour vérifier les prestations fournies par un aide-soignant afin que la facturation puisse être validée. Ces visites de contrôle sont-elles également obligatoires dans le cadre du projet pilote ?

Le projet pilote ne prévoit aucune exigence supplémentaire à cet égard. La loi sur l'exercice des professions de soins de santé et les directives relatives à l'équipe structurelle doivent être respectées.

4.49 Dans l'article 8, un patient en soins palliatifs doit être facturé au nom d'un infirmier et non d'un aide-soignant. En va-t-il de même pour l'article 56 ?

Oui, les règles restent inchangées à cet égard. Dans le cadre du projet pilote également, les prestations des aides-soignants sont facturées au nom de l'infirmier.

4.50 Les Organismes Assureurs vérifient-ils également le respect de l'obligation de prescription pour les codes d'intervention qui resteront financés en dehors de l'article 8 ?

Oui.

4.51 Comment facturer la participation à des réunions de concertations pour discuter des patients avec les maisons médicales?

Les prestations fournies aux maisons médicales ne peuvent pas être facturées aux mutuelles, même dans le cadre de l'article 56. Chaque pratique participant détermine elle-même, sur la base ou non de la convention (existante), quelle tarification (article 8 ou article 56) est appliquée à l'égard de la maison médicale ou de l'autre destinataire. Les conventions existantes (par exemple avec un centre médical) doivent donc être vérifiées.

4.52 Un forfait de soins palliatifs peut être facturé par jour de soins. Cela signifie qu'un forfait ne peut être facturé que pour les jours où des soins palliatifs ont été dispensés. L'attestation de ces soins est-elle soumise à certaines conditions ?

Le complément de soins palliatifs ne peut être certifié que si des soins directs ont été dispensés ce jour-là. Tout code d'intervention correspondant à des soins directs est pris en compte à cet effet. Les soins directs à distance sont également pris en compte.

4.53 Les prestations d'un éducateur en diabète qui dispense uniquement des formations sur le diabète (parcours hors de l'article 8) doivent-elles être enregistrées?

Une tournée effectuée par un éducateur en diabète qui dispense uniquement des formations sur le diabète n'est pas considérée comme une tournée infirmière classique et n'est donc pas enregistrée ni facturée dans le cadre du projet pilote.

4.54 Dans le cadre d'un suivi pour des soins de plaies complexes, un infirmier relais doit effectuer une visite au bout de six semaines. Cette règle reste-t-elle en vigueur?

Oui, il s'agit de la législation relative aux soins des plaies.

4.55 Pour pouvoir facturer un forfait (journalier) de soins palliatifs, des soins directs doivent être attestés ce jour-là. Ces soins peuvent-ils être dispensés par un aide-soignant ?

Non. Il ressort de la question 148 - 10.26 qu'au moins une prise en charge directe par une infirmière (IRSG ou AESI) doit être attestée pour pouvoir facturer le forfait palliatif.

4 .56 Dans le cadre d'une HAD, le prestataire va chercher la chimio à l'hopital, fait les mesures de vérification avec la pharmacie hospitalière. Et puis , il va chez le patient pour administrer la chimio au patient. Comment facturer cette succesion de trajet et de prestations techniques?

Cela n'est pas pris en charge. C'est l'hopital qui reçoit un financement pour la repsonsabilité de l'acheminement des antibios et chimio jusqu'au domicile du patient. Les trajets et temps doivent faire l'objet d'un accord entre le prestataire et l'hopital.

4.57 Dans le cadre du projet pilote, existe-t-il des fréquences minimales d'observation ou d'évaluation par type d'intervention, comparables à celles qui existent aujourd'hui dans la nomenclature pour chaque type de soins ?

Non. Il incombe à l'infirmier de tenir à jour un dossier infirmier numérique précis pour chaque patient.

4.58 Si le rapport d'une discussion patient parle de plusieurs patients, faut-il recopier ce qui concerne chacun des patients dans son dossier ou garder le rapport dans un dossier global au sein de la pratique?

Dans le rapport, le coordinateur consigne la durée de la discussion pour chaque patient. Chaque infirmier(ère) note la durée convenue via l'enregistrement du temps. Ensuite, la pratique prend les dispositions nécessaires pour que les informations du rapport relatives à chaque patient soient transférées dans son dossier.

4.59 Comment faut-il enregistrer le temps de déplacement dans le cas suivant :

- ***Patient A : soins article 56***
- ***Patient B : éducation au diabète (hors art. 56)***
- ***Patient C : soins article 56***

Le temps de déplacement de B à C est enregistré et facturé.

Déplacement vers A = trajet domicile-travail. Étant donné que les soins prodigués au patient B ne relèvent pas de l'article 56, le déplacement vers ce patient n'est pas pris en compte. En revanche, le patient C bénéficie de soins relevant de l'article 56 ; ce déplacement est donc enregistré et remboursé.

4.60 Comment faut-il enregistrer la durée du déplacement dans le cas suivant :

- Patient A : soins article 56

- Patient B : soins purement indirects (par exemple, à l'arrivée, il s'avère que le patient est décédé ; aucun soin n'est donc dispensé, mais le médecin traitant est contacté)

- Patient C : soins article 56

Il n'existe que deux tarifs : un tarif semaine et un tarif week-end. Les soins prodigués pendant la nuit sont remboursés selon l'un ou l'autre de ces tarifs.

4.61 À quel tarif les soins prodigués pendant la nuit sont-ils facturés ?

Il n'existe que deux tarifs : un tarif semaine et un tarif week-end. Les soins prodigués pendant la nuit sont remboursés selon l'un ou l'autre de ces tarifs.

4.62 Comment l'enregistrement doit-il se dérouler lorsqu'un prestataire de soins le prestataire de soins est accompagné d'un travailleur de l'équipe mobile?

Le travailleur de l'équipe mobile n'enregistre pas la durée de la prestation. Le prestataire de soins indique le code d'intervention « deuxième prestataire », car cela peut expliquer pourquoi la durée de la visite a été plus courte.

4.63 Quelles exigences légales sont maintenues dans le cadre du projet pilote ?

Les exigences légales ne sont pas supprimées dans le cadre du projet pilote. Le projet pilote modifie le mode de financement et la manière d'enregistrer les activités, mais il ne déroge pas à la législation en vigueur relative à l'exercice des professions des soins de santé ni aux obligations de notification.

Le manuel des codes d'intervention précise explicitement que « les obligations légales de prescriptions et notifications restent d'application durant toute la durée du projet ». Le précisions sont apportées dans le point "notification" pour chaque code d'intervention.

Ainsi :

- L'échelle de Katz reste obligatoire
- L'annexe 81 reste nécessaire lorsque la réglementation l'exige.
- Les règles relatives aux aides-soignants et assistants en soisn infirmiers restent intégralement d'application. Conformément à l'article 59 de la LEPSS, l'aide-soignant intervient sous le contrôle d'un infirmier responsable de soins généraux ou d'un AESI au sein d'une équipe structurée. Les dispositions de l'article 8 de la nomenclature concernant la délégation, l'évaluation préalable du patient et les modalités de contrôle demeurent donc inchangées. En

particulier, l'obligation d'une évaluation initiale par l'infirmier avant l'intervention d'un aide-soignant ainsi que les modalités de suivi et de contrôle de l'aide-soignant prévues par l'article 8 (notamment les paragraphes 12 relatifs aux aides-soignants et 13 relatifs aux AESI) restent d'application.

- La notification de technique spécifique reste applicable lorsque la réglementation l'exige.
- L'annexe 6 pour les soins palliatifs ainis que la notification de prise en charge par un service infirmier.
- Les règles relatives aux soins de plaies restent d'application.

4.64 La préparation ou l'ajustement du traitement médicamenteux hebdomadaire peut-il également se faire à distance ou au poste de soins ?

La préparation d'un traitement médicamenteux ne peut jamais être effectuée à distance. Les soins à distance constituent une forme de soins directs et nécessitent toujours une interaction avec le patient. Les soins dispensés au cabinet du praticien ne constituent pas des soins à distance. Les soins indirects ne sont pas non plus des soins à distance.

4.65 Comment faut-il enregistrer le temps de déplacement lorsqu'une tournée commence par des prélèvements sanguins, suivis de la remise des échantillons au laboratoire ?

Le trajet jusqu'au premier patient est considéré comme un déplacement domicile-travail et n'est pas remboursé. Le chronométrage doit être lancé lors de l'arrivée chez le premier patient, même si la visite concerne uniquement une prise de sang. Le temps consacré à la prise de sang est enregistré mais déduit lors de la facturation. Au moment de quitter le patient chez qui a eu lieu la dernière prise de sang, le chronométrage doit être mis en pause, afin que le temps supplémentaire nécessaire au déplacement vers le laboratoire et à la remise de l'échantillon ne soit pas rémunéré au tarif horaire. Le chronométrage doit être relancé en quittant le laboratoire, de sorte que le trajet vers le patient suivant soit enregistré normalement.

5. Financement de la pratique

5.1 Le système de primes actuel continue-t-il à s'appliquer?

Les primes actuelles pour la télématique, la formation et l'intervention forfaitaire pour les services de soins infirmiers à domicile sont maintenues.

5.2 À quel niveau la demande d'indemnité forfaitaire pour les coûts spécifiques doit-elle être déposée lorsqu'une pratique comprend plusieurs sous-pratiques?

Une pratique qui comprend plusieurs sous-pratiques déposera la demande d'indemnité forfaitaire pour les coûts spécifiques au niveau de la pratique.

5.3 Les heures consacrées aux formations BelRAI peuvent-elles être prises en compte dans la demande de prime de formation?

Pendant la phase de démarrage, l~~L~~es heures consacrées aux formations BelRAI ne peuvent pas être déclarées dans le cadre d'une demande de prime de formation, car la pratique bénéficie déjà, par le biais de l'indemnité de démarrage, d'une compensation pour la formation de son personnel aux outils BelRAI.

Cela s'applique par extension à toutes les formations dispensées dans le cadre du projet pilote.

Une fois la phase de démarrage terminée, ces heures de formation peuvent toutefois être déclarées dans le cadre de la prime de formation.

5.4 Qu'est-ce qui est compris dans le financement incitatif?

Il s'agit d'un nouveau financement complémentaire destiné à encourager les pratiques à investir dans la qualité de leur fonctionnement interne. Il repose sur un système de points attribués selon 11 caractéristiques (ex. dossier patient unique, formation, coordination, qualité, etc.).
Chaque point vaut 58.10€ par ETP par an. Une pratique peut obtenir jusqu'à 44 points par ETP par an.

5.5 Quels sont les critères pour obtenir le financement incitatif?

Les caractéristiques sont détaillés dans une grille d'évaluation ~~des caractéristiques~~ de la pratique sur le site de ProFACT.

Chaque critère peut rapporter 0, 2 ou 4 points selon le niveau de réalisation.

5.6 Un infirmier clinicien spécialisé en stomathérapie est-il reconnu comme « infirmier de pratique avancée », tel que mentionné au critère 13 du financement incitatif des pratiques ?

S'il est porteur du titre d'infirmier de pratique avancée, oui. Ceci nécessite que l'infirmier de pratique avancée respond aux critères fixés dans l'Arrêté royal du 14 avril 2024 (https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2024/04/14/2024003890/justel) et qu'il ait reçu l'agrément par la commission d'agrément ad hoc au sein de la Communauté française ou flamande (y compris pour les germanophones).

5.7 Comment demander le financement incitatif?

La demande se fait deux fois par an via le portail d'étude. La pratique doit :

- Réaliser une auto-évaluation sur les 14 critères (11 caractéristiques).
- Fournir les documents justificatifs à la demande
- Signer une déclaration sur l'honneur. Les demandes sont vérifiées par échantillonnage.

5.8 Quand l'auto-évaluation des caractéristiques des pratiques incitantes doit-elle être soumise pour la première fois sur le portail de recherche ?

Cette démarche doit être effectuée une première fois lors de la phase préparatoire, dans le cadre de l'enregistrement de la composition de la pratique. Valeur de test ; sur cette base, aucun financement incitatif ne sera encore versé. La première soumission donnant lieu à un versement aura lieu en décembre 2026. Cette soumission portera sur la période allant de juin à novembre 2026.

5.9 À quel niveau le financement des activités est-il versé?

Au niveau de la (sous-)pratique, lié au numéro du groupement.

5.10 Y a-t-il une prime de démarrage?

Oui. Chaque pratique participante reçoit une prime de démarrage de 4.969 € par ETP pour couvrir les efforts de préparation (formation, adaptation des outils, communication, etc.). La prime est versée uniquement au démarrage du projet. Toute personne qui rejoint une pratique en cours de projet ne bénéficiera pas de la prime.
Une pratique qui quitte le projet dans les 6 premiers mois devra rembourser 50% cette prime de démarrage à l'INAMI.

5.11 Un financement est-il prévu pour d'autres fonctions de soutien au sein de la pratique?

Non, les fonctions de soutien sont financées par l'indemnité forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins à domicile.

5.12 Où doivent se trouver les rapports de discussion patients en cas de contrôle sur les caractéristiques?

Ces documents doivent être conservés au sein de la pratique, qu'ils figurent ou non dans le dossier du patient (DIE).

5.13 Si un infirmier référent fait partie de la pratique faitière et pas de la pratique pilote, comment est-il considéré pour l'attribution des points dans les caractéristiques?

Dans l'évaluation des caractéristiques, une note de 2 est attribuée aux pratiques qui ont mis en place une collaboration structurelle avec une autre pratique pour les infirmières de référence, par exemple la pratique faitière.

Dans le calcul des ETP, les infirmières de référence externes sont prises en compte dans le nombre d'équivalents temps plein (ETP) d'une pratique pour les heures pendant lesquelles elles participent aux soins dans le cadre du projet pilote.

5.14 Quelles sont les conditions à remplir pour bénéficier d'une indemnité forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile ?

Les conditions sont les mêmes qu'en dehors du projet pilote, à la seule différence que les valeurs W sont converties en montant lorsque cela s'avère nécessaire ..

Les coûts spécifiques sont demandés au niveau de la pratique faitière. Une demande peut donc inclure une combinaison de sous-pratiques participantes et sous-pratiques non-participantes au projet pilote.

Les conditions sont les suivantes :

- Au moins 7 ETP encadrés (14 ETP et 1 responsable → 1 prime complète)
- 20 heures de formation par an et par ETP
- Au moins 25 heures de consultation des patients et d'examen par les pairs par an et par ETP
- Numéro unique de tiers payant
- Activité moyenne:
    - Sans aides-soignantes : 11 - 27 visites de soins directs/jour par infirmière ETP (prime complète : 13 - 23 visites de soins directs)

    - Avec les aides-soignantes: 11 - 38 visites de soins directs/jour par infirmière ETP (prime complète : 13 - 32 visites de soins directs)
- Nombre maximal de dispensations par infirmière responsable par trimestre: au maximum 22.898,84 EUR (montants 2025) d'attestations de soins (direct + indirect) . Pour une prime complète: au maximum 11.449,418 EUR (montants 2025) d'attestations de soins (direct + indirect).

5.15 Qu'entend on par infirmier de pratique avancée dan la caractéristique 10 du financement incitatif de la pratiques?

La personne doit avoir reçu l'agrément qui reconnait sa qualification d'infirmier de pratique avancée.

5.16 Caractéristique 9 du financement de pratique incitant fait référence à une politique qualité et suivi des plaintes. Pour le comptage des points on parle de registre des incidents. Qu'entend-on par incident ? Est-ce différent d'une plainte ?La personne doit avoir reçu l'agrément qui reconnait sa qualification d'infirmier de pratique avancée.

Un incident est un événement concret ou une erreur survenue dans le processus de soins (pouvant avoir un impact sur la sécurité), tandis qu'une plainte est l'expression d'un mécontentement quant à la manière dont les soins ont été perçus par un patient ou une personne concernée. Un incident peut donner lieu à une plainte, mais ce n'est pas toujours le cas, et inversement, une plainte ne repose pas nécessairement sur un incident. Il existe donc deux sous-critères au sein du caractéristique 9.

6. Codes d'intervention

6.1 Pourriez-vous nous indiquer quel code d'intervention nous devons exactement saisir pour, par exemple, « Soins d'hygiène complets – douche/bain » ? S'agit-il de A.1.1 ou s'agit-il de 425110 A.1.1 ? Ou s'agit-il de «Soins d'hygiène complets – douche/bain» ?

Le code d'intervention attribué par le service actuariel de l'INAMI est le 425110. A.1.1 est un numéro de référence interne.

6.2 Les prestations ci-dessous sont des prestations de prise en charge du diabète remboursés sur base de l'article 8. Où trouve-t-on chacun de ces services dans l'article 56? N'existe-t-il pas de code d'intervention pour cela ?

- ***Éducation à la compréhension du diabète***
- ***Suivi du diabète pendant l'éducation thérapeutique***
- ***Éducation thérapeutique du diabète par une infirmière référente***
- ***Infirmière pendant l'éducation thérapeutique (diabète) »***

Pour les patients qui ne relèvent pas de la convention sur le diabète, ces prestations sont enregistrées sous la rubrique A.7.2 - 439471 (Éducation, soutien et suivi du patient).

6.3 Remplacement d'une sonde de gastrostomie avec un ballonnet – sous quel code d'intervention trouve-t-on cet acte?

Cela relève de la rubrique A.4.10 - 438852

6.4 Sous quels codes d'intervention les vaccinations, autres que celles contre la grippe et la COVID-19, doivent-elles être enregistrées ?

Ces procédures sont répertoriées sous la rubrique A.4.1 (Administration d'une injection sous-cutanée) ou A.4.2 (Administration d'une injection intramusculaire).

6.5 Les codes d'intervention de l' IRSG ne font-ils pas de distinction entre les personnes titulaires d'un titre professionnel particulier et les infirmiers référents? Est-ce uniquement au logiciel de bloquer cette opération en arrière-plan si le code de qualification n'est pas correct ?

Aucune distinction n'est faite au sein du code d'intervention. Dans ce cas, la consultation ou l'intervention ne peut être effectuée que par un infirmier disposant d'un numéro Inami pour la spécialisation concernée. Le fournisseur de logiciels peut, en concertation avec la pratique, déterminer les dispositions techniques à prendre à cet égard, mais cela ne figure pas comme exigence dans la description des exigences fonctionnelles.

6.6 Les codes d'intervention B.3.1 et B.3.5, peuvent-ils être facturés par chaque prestataire participant? À quel patient doivent-ils être enregistrés ? Plusieurs prestataires peuvent-ils l'enregistrer simultanément ?

Seuls les participants au projet pilote peuvent attester ces codes dans le cadre de leur pratique de soins infirmiers à domicile. Cela ne s'applique pas aux prestataires n'exerçant pas dans le domaine des soins infirmiers à domicile. Si plusieurs infirmiers participent, l'attestation peut être effectuée à plusieurs reprises.

6.7 Concernant les codes B.3.2 / B.3.3 (MDO) et B.3.4 (IRSG et autres prestataires de soins ?), comment signaler la présence d'autres participants n'appartenant pas à l'équipe soignante? Doivent-ils également figurer dans le logiciel en tant que participants ? (sans facturation?)

Seuls les participants au projet pilote peuvent attester ces codes dans le cadre de leur pratique de soins infirmiers à domicile. Cela ne s'applique pas aux prestataires n'exerçant pas dans le domaine des soins infirmiers à domicile. Si plusieurs infirmiers participent, l'attestation peut être effectuée à plusieurs reprises.

6.8 Sous quel code d'intervention enregistre-t-on les démarches effectuées à la suite du constat d'un décès : appeler le médecin généraliste, prévenir la famille, etc.

Ceci est enregistré sous la rubrique « soins indirects » : B.3.3 (concertation avec un autre professionel de santé ou intervenant), B.3.5 (concertation liée aux soins avec la famille ou l'aidant proche), ...

6.9 Sous quel code d'intervention faut-il enregistrer l'aide à la mise en place d'appareils orthopédiques ?

Cette activité est enregistrée sous le code d'intervention A.1.5 « Habillage et déshabillage ».

6.10 Sous quel code d'intervention le cas suivant doit-il être enregistré : un couple de personnes âgées présentant des signes précoces de confusion et souffrant de diabète appelle depuis son lieu de vacances pour demander quelle dose d'insuline doit être injectée. Aucune consultation vidéo n'est possible, le contact se fait par téléphone.

L'observation/évaluation quotidienne doit être consignée dans le dossier patient.

6.11 Pour un pansement de cystocath sans changement ou lavement, quel code renseigner? Car le code A,4,11 nécessite une prescritpion donc ne correspond pas au soin de plaie.

La pose d'un pansement de cystocath sans changement ou lavement peut être enregistrée sous la code A.4.8 « Soins simples des plaies ».

6.12 Le code A.5.1 « Préparation ou adaptation d'un traitement hebdomadaire (semainier – per os) » peut-il être utilisé pour les patients qui ne remplissent pas les conditions de l'annexe 81 ?

OUI. Il n'y a pas de contrôle bloquant par les OA à la présence de l'annexe 81 dans le dossier infirmier; le code peut donc également être utilisé pour les patients qui ne remplissent pas les conditions requises. Pour les patients qui remplissent les conditions requises, l'annexe doit figurer dans le dossier de soins infirmiers. Un contrôle a posteriori par les OA est alors possible.

6.13 Si la coordinatrice qui est évaluatrice BelRAI va au chevet du patient pour adapter le plan de soins sur base du BelRAI…quel code faut-il utiliser? B.1.10?

Code B.1.10: Développement d'actions de suivi basées sur les résultats de l'évaluation BelRAI Home Care

6.14 Le code A.5.7 « Démarrage ou ajustement de l'oxygénothérapie» inclut-il également la mise en place ou le retrait du CPAP ?

Il est enregistré dans la catégorie « habillage et déshabillage ».

6.15 Dans quels cas peut-on utiliser le code A.1.6 « Stimulation à la toilette » ?

Ce code peut être utilisé dans tous les cas où l'on fournit des explications ou une aide afin de permettre au patient d'effectuer lui-même ses soins.

6.16 Dans quels cas peut-on utiliser le code A.3.1 'Observation supplémentaire du patient sans acte technique'?

Ce code peut être utilisé lorsqu'une intervention spécifique est qualifiée d'« observation » et qu'elle est consignée dans le dossier de soins.

6.17 Dans quels cas peut-on utiliser le code A.3.5 'Examiner et analyser les paramètres physiologiques ou fonctionnels du patient transmis via des applications numériques validées'?

Ce code sert à interpréter les paramètres transmis via une application de télésurveillance.

6.18 Dans quels cas peut-on utiliser le code A.3.8 'Conseiller les patients sur l'adhésion au traitement'?

Ce code concerne les entretiens ou les interventions spécifiques visant à améliorer l'observance thérapeutique du patient.

6.19 Quel code faut-il utiliser pour la vidange d'un sac urinaire? Le code actuellement prévu à cet effet (A.4.11) nécessite une ordonnance, ce qui n'est pas nécessaire pour cet acte.

Dans le cadre des soins d'hygiène, cette intervention relève des soins d'hygiène. Si une visite distincte est effectuée à cette fin, elle est enregistrée sous la rubrique « changement du matériel d'incontinence ».

6.20 Sous quel code faut-il enregistrer le soin propre d'une sonde sous-pubienne ? Cela relève-t-il des soins des plaies simples?

Oui. S'il s'agit de soins pour une stomie cicatrisée, cela ne constitue pas un soin de plaie et est enregistré sous le code « soins d'une stomie cicatrisée ». Les soins de plaie ne sont appliqués que dans le cas d'une stomie non cicatrisée.

6.21 Sous quels codes d'intervention faut-il enregistrer la discussion et la mise en place d'une contention?

La discussion relative à une contention est consignée sous le code A.6.3 - Avis / intervention d'une infirmière ayant une qualification dant un autre domaine. La mise en œuvre est consignée sous la rubrique A.2.3 - Positionnement du patient. Aussi pour Bruxelles et la Wallonie où aucune erpertise spécifique n'est nécessaire pour cette concertation.

6.22 En cas d'alerte canicule ou de vague de chaleur, un plan d'action contre la chaleur doit être mis en œuvre. Dans ce cadre, les infirmiers procèdent à des observations supplémentaires (évaluation des risques, aide informelle, logement climatisé ou non, etc.) et prennent des mesures (conseils, fourniture de boissons, ventilateur, etc.). Comment ces éléments doivent-ils être consignés dans l'article 56? Serait-il possible de créer un code d'intervention supplémentaire à cet effet ?

Il n'est pas possible de créer de nouveaux codes d'intervention à court terme. Cette question doit être soumise au groupe de réflexion. En attendant, l'infirmier peut utiliser le code A.3.1 « observation supplémentaire du patient » pour les observations, et le code A.7.2 « éducation, soutien et suivi du patient » pour les actions.

6.23 Il est indiqué qu'une évaluation doit être effectuée quotidiennement à chaque moment de soins. La simple saisie ou le suivi de cette observation/évaluation doit-il être enregistré à l'aide d'un code d'intervention distinct B.2.1 « Mise à jour des dossiers des patients et de la planification des soins » ? Où les observations/évaluations doivent-elles être consignées ?

Le suivi et l'évaluation quotidiens font partie intégrante de la visite infirmière et, à ce titre, ne nécessitent pas d'être consignés séparément (à chaque visite). Le code d'intervention B.2.1 « Mise à jour du dossier patient et planification des soins » est destiné à la mise à jour complète du dossier de soins, par exemple, suite à une modification significative de l'état de santé du patient.

7. BelRAI

7.1 Par qui peuvent être complétés les instruments Belrai?

Les outils BelRAI (screener et HC) ne peuvent être utilisés que par des personnes ayant suivi les formations BelRAI. Dans le cadre du projet pilote, il s'agit d'IRSG ayant suivi cette formation.

Les cinq questions fondamentales de l'évaluation sont posées par un IRSG lors de la mise en place des soins. Au cours des soins suivants, l'infirmier(ère) ou l'aide-soignant(e) peut recueillir des informations par observation (y compris les réponses aux cinq questions fondamentales), qui sont ensuite transmises à l'IRSG pour compléter l'outil.

La liste des codes d'intervention prévoit deux codes distincts pour le remplissage des outils BelRAI : un code pour les soins directs, concernant les activités réalisées au chevet du patient, et un code pour les soins indirects, concernant tout traitement ultérieur effectué à distance.

7.2 L'IRSG doit-elle effectuer l'évaluation (BelRAI screener) au chevet du patient, ou celle-ci peut-elle être validée sur la base du score attribué par l'assistent en soins infirmiers?

La collecte de données s'effectue par le biais d'échanges avec le patient et son réseau . Les données proviennent de sources multiples : conversations avec le patient, observations, aidants informels, équipes soignantes, etc.. Le patient est au cœur du processus de collecte. Une grande partie du remplissage du questionnaire a lieu lors des contacts avec le patient, mais il est souvent complété et validé ultérieurement. Dans le cadre de ce projet pilote, nous avons choisi de confier le remplissage des outils uniquement au IRSG ayant suivi la formation évaluateur BelRAI. Les observations des patients pris en charge – pouvant provenir des assistants en soins infirmiers et aides-soignants – doivent être transmises au IRSG afin qu'il puisse les utiliser pour compléter l'outil.

7.3 Dans quel délai le BelRAI doit-il être évalué/rempli ?

Au début du projet, les évaluations BelRAI des patients déjà pris en charge doivent être complétées au plus tard en septembre 2026. Une réévaluation doit être effectuée au moins une fois par an ou en cas de changement significatif.

Lors de la première demande de soins dans le cadre du projet pilote, l'évaluation infirmière est réalisée à partir des 5 questions fondamentales. Ces 5 questions doivent être posées par un(e) IRSG dans les 5 jours suivant le premier jour de soins.

Si au moins une de ces 5 questions reçoit une réponse positive, le BelRAI screener doit être complétée dans les 10 jours suivant le premier jour de soins par un(e) IRSG formé(e). Si nécessaire, le BelRAI Home Care sera rempli dès que possible par la suite.

L'échelle KATZ est enregistrée conformément aux règles (classiques) en vigueur, notamment en cas de difficultés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)[2]. Il s'agit d'une formalité administrative visant à éviter qu'un patient ne perde les droits qui y sont liés.

Pour un patient déjà pris en charge et en cas de changement significatif, un BelRAI screener doit être réalisée dans les 5 jours suivant cette observation et, si nécessaire, une évaluation BelRAI Home Care doit être effectuée dès que possible.

7.4 Le BelRAI doit-il être réalisé de manière multidisciplinaire, c'est-à-dire le médecin généraliste est-il également impliqué ou est-ce uniquement le rôle de l'infirmier?

L'objectif de BelRAI est que les outils BelRAI soient remplis par une équipe multidisciplinaire. Dans le cadre du projet pilote, seuls les IRSG ayant suivi la formation BelRAI rempliront l'outil. Ces IRSG devront contacter les autres intervenants présents au domicile du patient afin de s'assurer que l'outil est correctement rempli, en se basant sur leurs observations.

7.5 Dans quel délai les formulaires BelRAI doivent-ils être remplis pour les patients en cours pendant la phase de préparation?

Pour les patients en cours de soins au début du projet, les questionnaires BelRAI des patients existants devront être remplis au plus tard en septembre 2026.

[2] Dans le cadre de ce projet, il était initialement prévu que, dans les pratiques pilotes, un score KATZ soit enregistré à chaque fois qu'un BelRAI Screener était rempli. Cela devait permettre de comparer également les scores KATZ et BelRAI chez les patients ne présentant pas de problèmes liés aux activités de la vie quotidienne (AVQ). En raison de difficultés techniques, cette approche a été réorientée en juin 2026, après accord du groupe de réflexion (procédure écrite, e-mail du 11/6/2026).

Si le programme de formation le permet, les pratiques pilotes peuvent évaluer les outils BelRAI dès la phase de démarrage. Il est alors possible de vérifier si des scores datant de moins d'un an sont déjà disponibles et si aucun événement significatif ne s'est produit entre-temps.

7.6 L'évaluation des 5 questions de base (BelRAI) doit-elle être enregistrée ? Si oui, où ?

L'évaluation des 5 questions de base est enregistrée dans le dossier infirmier. Seul le IRSG formé enregistre dans la plateforme BelRAI. Ainsi, uniquement pour les patients pour lesquels un screener a été rempli, il y a un enregistrement dans la plateforme BelRAI.

7.7 Le Home Care doit-il être évalué chez les patients en soins palliatifs lorsque le screener donne un score de 9/30?

Oui, si le score obtenu au questionnaire BelRAI screener est égal ou supérieur à 9/30, il faut alors remplir le questionnaire BelRAI Home Care. Les outils utilisés dans le cadre du projet pilote sont le questionnaire BelRAI screener et le questionnaire BelRAI Home Care. Pour les patients en soins palliatifs, il existe un questionnaire spécifique et l'outil complet BelRAI Palliative Care, mais ceux-ci n'ont pas été inclus dans la formation de base des évaluateurs BelRAI et ne sont pas non plus utilisés dans le cadre du projet pilote. Les outils BelRAI destinés aux soins palliatifs sont sans aucun doute précieux, car ils ciblent spécifiquement les besoins de la phase palliative. À terme, si BelRAI venait à occuper une place structurelle au sein des soins infirmiers à domicile, il serait recommandé d'étendre les outils BelRAI au contexte de soins du patient.

7.8 Faut-il réévaluer le BelRAI screener lors d'une réévaluation du Home Care?

Oui, lors d'une réévaluation du BelRAI Home Care dans le cadre du projet pilote, il faut toujours remplir un BelRAI screener.

7.9 Quelle est la relation entre le remplissage de l'échelle de Katz et celui du BelRAI screener?

Dans le cadre du projet pilote, les outils BelRAI font office de référence. L'évaluation infirmière repose sur les 5 questions de base. Si la réponse à au moins une de ces 5 questions est affirmative, il faut remplir un BelRAI screener.

L'échelle KATZ est enregistrée conformément aux règles (classiques) en vigueur, notamment en cas de difficultés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)[3]. Il s'agit

[3] Dans le cadre de ce projet, il était initialement prévu que, dans les pratiques pilotes, un score KATZ soit enregistré à chaque fois qu'un BelRAI Screener était rempli. Cela devait permettre de comparer également

d'une formalité administrative visant à éviter qu'un patient ne perde les droits qui y sont liés.

7.10 La plate-forme BelRAI 2.0 permet-elle d'encoder des BelRAI depuis un smartphone ?

Oui, pour le screener, oui, mais pas pour Home Care.

7.11 Que faire quand son tel est à plat ou sans connexion ou un problème technique ?

En l'absence de connexion, seul le questionnaire BelRAI screener peut être rempli hors ligne via une application. La synchronisation peut s'effectuer dès que la connexion est rétablie.

Les instruments BelRAI complets sont remplis via l'application web. Il est déconseillé de remplir un instrument BelRAI Homecare sur un smartphone. Des notes temporaires peuvent être prises sur papier, mais les données doivent impérativement être saisies numériquement afin que les algorithmes sous-jacents puissent calculer les résultats (scores, échelles, CAP, etc.).

7.12 J'ai déjà suivi la formation sur l'outil BelRAI Home Care. Cette formation sera-t-elle encore obligatoire pour moi si notre pratique est choisie comme pratique pilote ?

Une IRSG qui a déjà suivi la formation, ne doit pas la suivre à nouveau, à condition de présenter le certificat. Ces personnes doivent tout de même recevoir une information complémentaire sur l'approche BelRAI liée au projet. Elles suivent donc bien la formation "introduction au BelRAI".

7.13 Les centres de coordination en Wallonie et à Bruxelles réalisent déjà des BelRAI screener pour certains patients. Peut-on se baser sur ces screeners afin de savoir si un Home Care doit être complété pour un patient ? Evidemment en tenant compte qu'il n'y ai pas eu de modification significative depuis l'encodage du screener.

Dans le cadre du projet pilote, cela n'est pas possible car ces patients n'étaient pas encore admis à l'époque et n'avaient donc pas encore été enregistrés. Vous gagnerez toutefois du temps lors de la saisie, car vous pourrez vous baser sur les champs déjà remplis.

---

les scores KATZ et BelRAI chez les patients ne présentant pas de problèmes liés aux activités de la vie quotidienne (AVQ). En raison de difficultés techniques, cette approche a été réorientée en juin 2026, après accord du groupe de réflexion (procédure écrite, e-mail du 11/6/2026).

7.14 Les prestataires de soins qui ont suivi la formation BelRAI flamande ou autre doivent-ils suivre à nouveau les formations BelRAI dans le cadre du projet pilote ?

Non, s'ils peuvent fournir la preuve (attestation) qu'ils ont déjà suivi les modules « screener » et « Home Care », ils doivent uniquement suivre la formation d'introduction au BelRAI, car celle-ci explique l'intégration des outils BelRAI dans le projet pilote.

7.15 Quels certificats de formation sont délivrés aux prestataires de soins ayant suivi les formations BelRAI dans le cadre du projet pilote ?

Les personnes ayant suivi la formation d'évaluateur BelRAI recevront le certificat du SPF, mais celui-ci précisera que la formation ne concernait que le screener et le Home Care.

7.16 Comment se déroulera l'évaluation du seuil d'évaluation (9/30) ?

Ce point sera un point récurrent à l'ordre du jour des réunions trimestrielles avec les SPOC. La discussion peut s'appuyer sur des données chiffrées concernant le nombre d'instruments BelRAI utilisés par chaque pratique en combinaison avec une évaluation réalisée par les SPOC concernant la valeur ajoutée de BelRAI pour l'évaluation des besoins en soins des patients qui obtiennent un score compris entre 9 et 13.

7.17 Une infirmière qui vient d'une maison de repos et est formée au LCTF doit-elle suivre la formation?

Oui. Les outils BelRAI utilisés dans le cadre du projet pilote sont le BelRAI screener et le BelRAI Home Care. Pour pouvoir remplir ces outils, il est également nécessaire de suivre une formation spécifique.

7.18 Faut-il recommencer l'évaluation BelRAI depuis le début si un patient a été temporairement hors du système de soins, par exemple en raison d'un séjour à l'hôpital, de vacances, etc.

Il est recommandé de remplir un nouveau questionnaire BelRAI en cas d'événement significatif. Une hospitalisation en fait généralement partie, car elle entraîne une interruption des soins et, par conséquent, l'apparition d'une nouvelle situation de soins. En cas d'interruption mineures-, cette décision doit être prise à la lumière de l'évaluation infirmière fondée sur les 5 questions de base.

7.19 Faut-il utiliser l'outil BelRAI chez les enfants ?

Non, car il n'existe pas d'outil BelRAI spécifiquement destiné aux enfants. Les outils actuels ont été développés et validés pour les adultes (âgés de 18 ans et plus).

7.20 Comment encoder un BelRAI pour les personnes qui n'ont pas de numéro NISS?

Il n'est pas possible d'enregistrer un instrument BelRAI sans numéro NISS. Ce numéro est nécessaire pour un enregistrement correct dans le logiciel BelRAI.

7.21 Comment les utilisateurs BelRAI qui n'ont pas de ITSME ou carte d'identité belges peuvent-ils s'identifier comme évaluateur et avoir accès à la page web ?

Dans le cadre de la protection de la vie privée et de la sécurité de l'information, une première mesure importante consiste à identifier et à authentifier le professionnel de santé. On vérifie qui est le professionnel de santé ou l'intervenant et qui se connecte donc au système. Pour ce faire, il est important que la personne s'identifie afin que le système puisse vérifier qu'elle est bien celle qu'elle prétend être. Cela peut se faire, par exemple, via une e-ID et un code, un compte itsme ou un code de connexion personnel. Grâce à un identifiant personnel, le prestataire de soins peut se connecter à son propre logiciel professionnel à l'aide d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe personnels (cf. méthode de connexion dans un dossier électronique du patient professionnel). Ces identifiants sont communiqués par le responsable de l'organisation au fournisseur de logiciels, qui crée alors les identifiants personnels en arrière-plan.

7.22 Que fait-on pour avoir accès aux résultats BelRAI quand le patient refuse le partage de données?

L'accès aux données et leur partage reposent sur la relation thérapeutique et le consentement éclairé du patient. Si le patient n'a pas donné son consentement au partage des données, il n'est pas possible de consulter les questionnaires BelRAI existants remplis par d'autres prestataires de soins. Toutefois, à condition qu'une relation thérapeutique soit établie, vous pouvez toujours remplir un questionnaire et le consulter. Il est important d'informer clairement le patient de l'importance du partage des données dans le cadre de la continuité et de la qualité des soins.

7.23 Faut-il réaliser une évaluation BelRAI Home Care chez les patients présentant un handicap mental et/ou physique qui résident dans un établissement mais peuvent rentrer chez eux le week-end ?

Oui. L'évaluation infirmière est également effectuée chez les patients présentant des handicaps mentaux et physiques. Dans ce cas, un questionnaire BelRAI Screener (et KATZ) sera systématiquement rempli, ainsi qu'un questionnaire BelRAI Home Care si le score est égal ou supérieur à 9/30.

7.24 Faut-il disposer d'un certificat e-Health pour pouvoir enregistrer des outils BelRAI sur la plateforme fédérale BelRAI?

L'accès à BelRAI 2.0 (webapp interfédérale) se fait via une authentification standard (eID / itsme). Il n'y a pas de certificat e-health nécessaire. Dans la délibération CSI/CSSS 18/026 l'e-health box n'est pas mentionnée comme prérequis.

L'accès à BelRAI 2.0 est conditionné par la vérification (via des sources authentiques validées, notamment CoBRHA) que le prestataire fait partie des professions/catégories autorisées.

Pour l'accès/partage des données liées à un patient, il faut une relation de soins/thérapeutique (Therlink) et le consentement eHealth pour le partage.

7.25 Faut-il également poser les cinq questions de base aux patients qui se rendent au poste de soins pour un traitement ponctuel ? Si oui, quelles mesures de suivi peuvent être prises si un problème est tout de même détecté ?

Oui, il faut poser les cinq questions de base. Si la réponse à l'une de ces cinq questions est « oui », la possibilité d'un screener plus approfondi est proposée au patient. Si le patient souhaite y donner suite, un IRSG viendra chez lui pour procéder à l'enregistrement.

7.26 Le questionnaire BelRAI Screener peut-il être rempli sans visite à domicile ?

En principe, le remplissage d'un questionnaire BelRAI nécessite toujours une visite à domicile chez le patient. Toutefois, si l'évaluateur BelRAI est l'infirmier(ère) attitré(e) d'un patient pour lequel le questionnaire est rempli, qui connaît très bien le patient et sa situation et est en mesure d'évaluer le déroulement des trois derniers jours, une visite à domicile spécifique (distincte) n'est alors requise pour remplir le questionnaire BelRAI. Bien entendu, tous les principes du BelRAI doivent toujours être respectés.

7.27 La présence d'un « circle of trust » est-elle une condition préalable pour pouvoir remplir un formulaire BelRAI pour un patient ?

Non, ce n'est pas requis.

7.28 Quelles conditions doivent être remplies pour avoir accès à la plateforme fédérale BelRAI ?

L'accès à la webapp interfédérale est automatiquement conditionné par deux vérifications réalisées via l'application :

- L'identité (authentification via eID ou itsme),

- Le diplôme / la catégorie professionnelle : la catégorie doit être autorisée par le Comité de la sécurité de l'information et le diplôme/visa doit être vérifiable via une source authentique validée (CoBRHA).

La possession du certificat de formation est une condition préalable pour pouvoir remplir les évaluations BelRAI, mais ne constitue donc pas une exigence (technique) pour accéder à la plateforme.

7.29 Où peut-on signaler les problèmes techniques liés à la plateforme BelRAI ?

Vous pouvez les signaler à l'adresse e-mail suivante : belrai@health.fgov.be.

8. Etude scientifique

8.1 Combien de temps dois-je prévoir pour participer à la recherche scientifique ?

Tous les infirmiers et aides-soignants travaillant dans une pratique et fournissant des soins directs aux patients seront invités à participer à une enquête (numérique). Cette enquête sera réalisée à trois moments différents : pendant la phase de préparation, après 1 an et après 2 ans.

Pour participer aux interviews et aux focus groupes, les pratiques participantes seront invitées à proposer au moins une personne par pratique. Il peut s'agir d'infirmiers, d'aides-soignants ou de coordinateurs.

Si le nombre de participants proposés est suffisant, il est possible que toutes les personnes proposées ne soient pas effectivement invitées à participer. Si le nombre de personnes proposées est insuffisant, les SPOC seront invités à proposer des candidats supplémentaires.

La forme des interviews et des focus groupes (numérique ou en présentiel) n'a pas encore été déterminée. Ils seront probablement organisés principalement sous forme numérique.

8.2 La charge administrative liée au partage de donnée est-elle évaluée ?

Si ce point mérite une attention particulière, ce sujet pourra être abordé dans le cadre de l'évaluation du projet pilote lors des interviews et des groupes de discussions organisés par le KCE.

8.3 Les données transférées vers le KCE seront-elles anonymisées ou faut-il faire signer un accord aux patients?

oui les données sont anonymisées

8.4 Les évaluations intermédiaires sont-elles publiées sur le site web de l'INAMI?

Un rapport intermédiaire sera publié entre mars et mai 2028. Ce rapport présentera les résultats des premières analyses, sans y associer pour autant de recommandations politiques. Aucun accord n'a encore été conclu concernant la diffusion de ce rapport auprès du secteur. Le rapport final est attendu en juin 2029. Ce rapport présentera les résultats des analyses approfondies ainsi que les recommandations politiques.

8.5 Dans quelle mesure la recherche scientifique pourra-t-elle se prononcer sur des prestations qui ne sont pas financées par l'assurance maladie obligatoire, mais sur la base d'un contrat (par exemple, une prise de sang ou un contrat avec une maison médicale) ?

Les prestations qui ne sont pas financées par l'assurance maladie obligatoire, mais qui relèvent d'un accord (par exemple, une prise de sang ou un accord avec une maison médicale), sont enregistrées si elles font partie d'une tournée infirmière régulière. Cet enregistrement n'est toutefois pas transféré vers le fichier de facturation, car la facturation de ces prestations se fera de la même manière qu'aujourd'hui.

Il en résulte que ces prestations ne figureront pas dans les données IMA sur lesquelles le KCE se base pour ses analyses. Ces prestations sont toutefois incluses dans le rapport qui doit être fourni dans le dossier infirmier electronique et qui, à partir de là, est téléchargé par la pratique dans le portail de recherche dans le cadre de la déclaration de l'adhésion à la pratique. De cette manière, le KCE peut intégrer ces prestations dans ses analyses.

Ce rapport couvre le volume total de ces prestations (c'est-à-dire le montant total facturé sur une base mensuelle et le nombre total de minutes enregistrées), sans distinction selon le type de prestations (c'est-à-dire prestations pour les patients des maisons de santé, prestations pour le laboratoire, prestations pour l'hôpital, etc.).

8.6 Dans l'enregistrement de l'adhésion à la pratique, on demande combien de temps un infimier exerce activement pour la pratique mais dans le cadre d'un détachement ou d'un financement pour des activités ne relevant pas du financement prévu dans l'article 8 ? De quelles activités s'agit-il ?

Il s'agit des activités que l'infirmier exerce pendant les heures où il travaille pour la pratique pilote, mais qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de la tournée infirmière habituelle, par exemple la préparation systématique des médicaments dans une institution pour des personnes handicapés, une permanence dans une pratque de médecine générale, une tournée spécifique pour les prises de sang au laboratoire, etc.

Le nombre d'ETP repris dans la déclaration de l'adhésion à la pratique est basé sur le contrat (de travail) entre l'infirmier et la pratique et comprend également les activités hors de l'article 8. Les informations relatives aux heures pendant lesquelles les prestataires de soins exercent des activités hors de l'article 8 sont destinées à la recherche scientifique.

9. IT et enregistrement

9.1 Lors d'une visite, le temps consacré aux soins directs par rapport aux soins indirects n'est pas chronométré séparément. Comment faut-il alors opérer la distinction entre soins directs et soins indirects ?

Si des « soins indirects » (par exemple, une consultation téléphonique avec le médecin généraliste) sont dispensés pendant la visite chez le patient, ceux-ci sont pris en compte dans le temps consacré aux soins et facturés. Il n'est pas nécessaire de les enregistrer séparément. Seuls les codes d'interventions enregistrés marqueront une différence entre les 2 types de soins (directs et indirects).

(9.2 supprimé)

9.3 Les exigences fonctionnelles stipulent qu'un bouton « pause » doit être prévu afin de pouvoir enregistrer les interruptions pendant le temps de déplacement. Ce bouton doit-il également être utilisé lorsqu'un infirmier doit interrompre ses soins pendant la visite elle-même (par exemple en raison d'un appel téléphonique, qu'il soit lié au travail ou non) ?

Le bouton « pause » doit uniquement servir à marquer les interruptions pendant le temps de déplacement, et non les interruptions pendant la prestation des soins.

9.4 Si une concertation patient a lieu au sein de l'équipe entre, par exemple, une infirmière et un aide-soignant pendant 15 minutes, peut-on alors enregistrer deux prestations indirectes ce jour-là, d'une durée de 15 minutes chacune, l'infirmière étant désignée comme prestataire et l'aide-soignant comme prestataire supplémentaire de manière occasionnelle ?

Oui

9.5 Un aide-soignant enregistre une prestation de soins indirects un jour où aucune visite n'est prévue. L'aide-soignant peut-il alors être mentionné comme « certifié » sur le fichier de facturation, ou doit-il concerné (comme c'est le cas actuellement) systématiquement un infirmier ? Étant donné qu'il s'agit ici de soins qui ne sont pas prodigués lors d'une visite, il est techniquement plus difficile de déterminer qui est cet infirmier certifié.

La personne certifiée doit toujours être une infirmière ; dans le cas contraire, la facturation sera refusée.

9.6 Il y a 4 possibles 'lieux des soins', chacun avec son pseudocode. Quelle est la valeur de ces pseudocodes?

Ces codes sont utilisés dans le cadre de la recherche scientifique.

9.7 Si, à notre arrivée chez le patient, nous constatons que les soins prévus ne peuvent pas être dispensés, pouvons-nous alors déclarer le temps consacré aux soins et au déplacement pour ce patient?

Exemple : après une hospitalisation, un patient est pris en charge pour le changement de pansement. À l'arrivée chez le patient, il s'avère que le pansement ne doit être changé que tous les deux jours et que ce n'est pas nécessaire ce jour-là.

~~À l'arrivée, le départ est enregistré, immédiatement suivi d'un arrêt. Dans ce cas, un temps de trajet plus long sera enregistré (par exemple, de A à C).~~

Dans cet exemple, l'infirmier assure le suivi du patient et, sur la base de son jugement clinique, il est décidé qu'aucune autre prise en charge ne peut être assurée ce jour-là. À l'arrivée auprès du patient, la visite est lancée, puis le code d'intervention correspondant aux activités réalisées (par exemple A.3.1 observation supplémentaire) est attesté, après quoi la fin de la visite est enregistrée.

Si seule la coordination des soins peut être mise en place, par exemple lorsqu'il s'avère que le patient doit être hospitalisé ou qu'une concertation avec le médecin généraliste est nécessaire suite à l'annulation de la prestation, le code d'intervention A.3.11 peut être attesté : « Coordination des soins après l'annulation d'une prestation de soins directe prévue ».

Étant donné que des soins ont été prodigués, tant le temps de déplacement que la (courte) durée de la visite seront facturés.

10. IT et facturation

10.1 Les règles d'application actuelles de l'article 8 restent-elles en vigueur ? Par exemple, les règles de cumul (certains soins qui ne peuvent être cumulés au cours d'une même consultation, comme la combinaison de bandages compressifs ou de bas de contention avec d'autres prestations) ou les règles selon lesquelles, par exemple, une prestation ne peut être facturée que si une autre prestation a été fournie au préalable

Dans le projet pilote, chaque prestation lors d'une visite est enregistrée. Le financement du prestataire de soins est basé sur la durée de la visite, les déplacements, les codes d'intervention sont enregistrés à des fins de recherche. Les règles d'application actuelles sont donc supprimées, à l'exception de celles qui sont explicitement mentionnées dans le guide d'information (par exemple, le fait qu'aucun temps de déplacement ne peut être enregistré en cas de soins exclusivement indirects).

10.3 Une toilette peut-elle encore être enregistrée lorsque la demande (sur la base de l'échelle de Katz) a été refusée ?

Dans le projet pilote, le financement est basé sur la durée de la visite. Il n'est plus nécessaire de soumettre une demande préalable pour pouvoir bénéficier d'un financement. L'échelle de Katz doit toujours être remplie et transmise (en raison des droits qui en découlent), mais le remboursement des soins ne dépendra plus de celle-ci. Il est bien sûr important que l'infirmier évalue régulièrement la nécessité des soins ; ceux-ci doivent toujours être justifiés en fonction de la pathologie et de l'état ou de l'évolution du patient.

10.4 Si les soins indirects ont été prodigués en même temps que les soins directs, suffit-il de facturer les « soins directs » et d'indiquer le pseudocode des soins indirects en dessous ? Ou faut-il prévoir une ligne distincte pour les soins indirects, dont la durée devrait alors être déduite de la durée de la visite ?

Sous le code d'un « soins directs », il est possible d'enregistrer des codes d'intervention relatifs aux soins indirects. L'inverse n'est pas possible. Sous le code d'un « soins indirects », il n'est pas possible d'enregistrer un code d'intervention issu du bloc « soins directs ».

10.5 L'obligation selon laquelle un avis infirmier doit d'abord être certifié via l'annexe 81 avant qu'une boîte à médicaments puisse être certifiée reste-t-elle en vigueur ?

Toutes les obligations administratives (annexe 81, notifications via myCarenet, dossier de soins des plaies, etc.) restent inchangées. En revanche, les règles de cumul ne

s'appliquent plus, à l'exception de celles qui sont explicitement mentionnées. Il en résulte qu'il n'est plus nécessaire de faire certifier un avis infirmier avant de pouvoir attester une préparation de médicaments, mais il faut établir une annexe 81 et la conserver dans le dossier infirmier. Toutes les prestations fournies lors d'une visite sont enregistrées. L'enregistrement des prestations (codes d'intervention) est indépendant du financement (via le tarif horaire).

10.6 L'annexe 81 est une obligation administrative, mais pas une condition pour la facturation. Que se passe-t-il si l'annexe 81 n'est pas présente ? Lorsqu'il n'y a aucune conséquence en cas d'absence, s'agit-il encore d'une obligation administrative ?

Toutes les obligations administratives actuelles sont maintenues. La présence d'une annexe 81 peut faire l'objet d'un contrôle a posteriori par les mutuelles.

10.8 Faut-il attribuer un « lieu » pour les soins indirects ?

Pour les soins indirects, aucun lieu (pseudocode « prestation relative ») ne doit être documenté.

10.9 Si aucun déplacement n'est facturé, par exemple lors de la dernière visite de la journée, il est alors attendu qu'un enregistrement de déplacement à 0 euro soit mentionné ou qu'aucun enregistrement de déplacement ne soit mentionné.

Si aucun déplacement n'est comptabilisé, il n'est pas nécessaire d'enregistrer un enregistrement de déplacement.

10.10 Le justificatif patient est-il requis?

Oui, les règles à cet égard restent inchangées. Le document « Exigences fonctionnelles » décrit les informations qui doivent y figurer.

10.11 La durée du déplacement doit-elle figurer sur le justificatif ?

Le document « Exigences fonctionnelles DIE » (Dossier Infirmer Electronique)décrit, au paragraphe 4.4 « Document d'information », quelles informations doivent figurer sur le justificatif. Le temps de déplacement ne doit pas être affiché.

10.12 En ce qui concerne le justificatif obligatoire, il est stipulé que, pour chaque prestataire de soins et pour chaque date, il faut indiquer le nombre de minutes consacrées aux soins directs et le nombre de minutes consacrées aux soins indirects. Mais que se passe-t-il si, au cours d'une visite, des soins directs et des soins indirects sont prodigués, mais qu'aucun enregistrement de temps n'a été effectué pour les soins indirects et que seule la durée totale de la visite est indiquée?

Dans le fichier de facturation, les soins indirects dispensés lors d'une consultation peuvent être enregistrés sous la nomenclature des soins directs. Cela peut être fait de la même manière sur le justificatif.

10.14 Pour quel patient le temps de déplacement est-il enregistré ?

Le temps de déplacement est enregistré pour le patient vers lequel se rend l'infirmier. Aucun déplacement n'est enregistré pour le premier patient, ce trajet est considéré comme un trajet domicile-travail. Le début de la journée, le début de la journée de travail n'est enregistré qu'au début de la première visite de la journée. Le temps de déplacement vers le dernier patient est, lui, enregistré. L'enregistrement de la journée se termine à la fin des soins du dernier patient. Il n'y a plus de temps de déplacement après.

10.15 Le forfait palliatif, doit-il être répartis par le logiciel comme un forfait journalier supplémentaire entre les différents prestataires qui ont fourni des soins à un patient donné au cours d'une même journée ?

Le forfait palliatif est versé à la pratique, par jour de soins et par patient ayant bénéficié d'au moins une visite. Il appartient à la pratique de le répartir ensuite entre les prestataires de soins, si elle le souhaite. Les clés de répartition actuelles peuvent être conservées à cet effet.

Étant donné qu'il s'agit d'un forfait par jour de soins, ce forfait ne peut être certifié que pour les jours où des soins directs ont été dispensés.

10.16 Une prestation d'un aide-soignant sera-t-elle toujours facturée sur un infirmier dans le projet pilote?

Oui, les instructions de facturation restent inchangées à cet égard. L'infirmière est le prestataire principal (Z15) et l'aide-soignante le prestataire secondaire (Z49). Cela vaut aussi bien pour les soins directs que pour les soins indirects.

10.18 Quelles pratiques recevront un nouveau numéro de tiers payant ?

Toutes les pratiques pilotes recevront un nouveau numéro de tiers payant. Celui-ci était attribué par l'INAMI après la signature du contrat. Les pratiques de contrôle ne recevront

pas de nouveau numéro de tiers payant ; ils continueront à facturer sous leur numéro actuel.

10.19 Les prestations pour lesquelles la facturation actuelle n'est pas régie par l'article 8 doivent-elles être enregistrées ? Il s'agit par exemple de prestations fournies dans le cadre d'une convention avec un hôpital ou un laboratoire, ou de prestations facturées à une maison médicale, CPAS, assureur privé ou au patient lui-même.

Ces soins sont enregistrés lorsqu'ils sont dispensés dans le cadre d'une tournée infirmière régulière. Nous souhaitons ainsi obtenir une vue d'ensemble complète des soins dispensés par les infirmiers à domicile. La facturation sera toutefois corrigée a posteriori de sorte que la prestation ne soit remboursée qu'une seule fois.

10.20 Comment les soins qui ne sont actuellement pas remboursés sur base de l'article 8 doivent-ils être traités sur le plan de la facturation ? Ces soins doivent-ils figurer dans le fichier de facturation de l'article 56? Le temps enregistré pour la visite doit-il être corrigé afin d'éviter un double financement de ces soins?

Sur le plan de la facturation, on distingue cinq situations.

1. **Prestations fournies à des patients dont la facturation est adressée à un tiers (p.e. maison médicale, assureur privé, le patient lui-même, CPAS, ...):** La facturation continue de suivre le circuit actuel. Ces prestations ne sont pas incluses dans le fichier de facturation de l'art. 56.

2. **La visite comprend exclusivement des prestations financées via une convention (p.e. prise de sang pour hôpital/labo)**: la facturation suit le circuit actuel. Ces prestations ne figurent pas dans le fichier de facturation de l'art. 56.

    - **La visite se compose exclusivement de prestations financées en dehors de l'art. 8 mais qui sont facturées à la VI (pseudo-codes vaccination, éducation au diabète, hospitalisation à domicile)**: La facturation suit le circuit actuel. Ces prestations peuvent être facturées de manière autonome (c'est-à-dire sans aucune autre prestation fournie ce jour-là pour ce patient) via le fichier de facturation de l'article 56. Il s'agit des codes suivants :
        - Vaccination : 419451, 419974, 419996
        - Éducation au diabète : 794253, 794312, 794334, 794415, 794430, 794452
        - Hospitalisation à domicile : 418574, 418596, 418611

4. **Une partie de la visite est financée par une convention (par exemple, une prise de sang) (voir le point 2.2 de l'annexe 28.2 des instructions de facturation)**: La visite complète figure dans le fichier de facturation de l'article 56, y compris les codes d'intervention des prestations financées par une convention. Le nombre de minutes de soins directs facturées est réduit du temps consacré

aux prestations financées par convention, sur la base du tableau de conversion. La facturation des soins basés sur une convention s'effectue selon le circuit de facturation actuel.

5. **Une partie de la visite est financée en dehors de l'article 8, mais est facturée aux OA (pseudocodes: vaccination, éducation sur le diabète, hospitalisation à domicile) (voir le point 2.1 de l'annexe 28.2 des instructions de facturation)** : La visite complète figure dans le fichier de facturation art. 56, y compris les codes d'intervention correspondant aux prestations de vaccination, d'éducation au diabète et d'hospitalisation à domicile. Le nombre de minutes de soins directs facturées est réduit du temps consacré aux prestations de vaccination, d'éducation au diabète et d'hospitalisation à domicile, sur la base du tableau de conversion. Les prestations de vaccination, d'éducation au diabète et d'hospitalisation à domicile sont facturées à la VI via le fichier de facturation art. 56, à la fin de la série (fin de la journée de soins). Il s'agit des pseudo-codes suivants :

    - Vaccination : 419451, 419974, 419996
    - Éducation au diabète : 794253, 794312, 794334, 794415, 794430, 794452
    - Hospitalisation à domicile : 418574, 418596, 418611

10.22 Les zones du type d'enregistrement 50 relatives à la prescription doivent-elles être renseignées (Z20-21 date de la prescription, Z24-25 identification du prescripteur, Z26 norme du prescripteur)?

Dans les enregistrements de facturation (= les pseudo-codes «soins directs et indirects» + «frais de déplacement» + «forfait palliatif»), ces zones ne doivent pas être renseignées. Dans les codes d'intervention, elles doivent être renseignées s'il s'agit de prestations soumises à prescription (comme indiqué dans la liste des codes d'intervention).

Pour les codes d'intervention relatifs aux soins d'hygiène (toilette), la règle de l'article 8 ne s'applique pas. Il n'est donc pas nécessaire de mentionner la date de la demande de la toilette (message MyCareNet 410000) comme « date de prescription » (Z20-21). Cela découle du fait que le Katz (message 410000) n'est pas contrôlé. Pour les codes d'intervention relatifs aux soins d'hygiène, le prescripteur = 0, tout comme la date de prescription et la norme de prescription.

10.23 Si la facturation est actuellement adressée à une maison médicale ou à un autre destinataire (autre que la mutuelle), elle s'effectue via les codes de nomenclature. À l'avenir, la facturation s'effectuera également via les nouveaux codes et tarifs horaires ?

Chaque pratique participante détermine elle-même, en concertation avec la maison médicale concerné ou tout autre destinataire et que ce soit le cas ou non sur la base de

la convention (existante), quelle tarification (art. 8 ou art. 56) est appliquée à l'égard d'une maison médicale ou un autre destinataire. Les conventions existantes (par exemple avec une maison médicale) doivent donc être vérifiées. Dans le cadre du projet pilote, les heures et les codes d'intervention doivent toutefois être enregistrés à des fins de recherche.

Le justificatif établi par le DIE donne un aperçu des soins dispensés. Les accords conclus avec la maison médicale en matière de facturation ne relèvent toutefois pas du projet pilote. La facturation à la maison médicale peut s'effectuer sur la base de ce justificatif, mais ce n'est pas obligatoire.

La facturation de ces patients (maisons médicales ou autres destinataires) n'est pas intégrée dans le fichier de facturation, mais le DIE doit permettre d'établir un rapport à ce sujet (tous les six mois).

10.24 Quels sont les soins infirmiers à domicile qui peuvent être dispensés aux réfugiés? Comment ces prestations sont-elles facturées ?

Tout comme aujourd'hui, ces prestations ne peuvent pas être facturées aux mutuelles. Elles doivent être facturées à l'autre destinataire (par exemple, Fedasil). Dans le cadre du projet pilote, les durées et les codes d'intervention doivent toutefois être enregistrés à des fins d'analyse. La facturation de ces patients ne figure pas dans le fichier de facturation, mais le DIE (dossier infirmier electronique) doit permettre d'établir un rapport à ce sujet (tous les six mois).

10.25 438653 Injection sous-cutanée : une injection sous-cutanée (Héparine fractionnée SC) non liée au diabète peut également être réalisée par un aide-soignant, mais le code d'intervention ne fait pas de distinction. Comment l'INAMI réagira-t-il si nous transmettons une demande de remboursement pour une Clexane sous ce code d'intervention au nom d'un aide-soignant ?

Les actes effectués doivent être conformes aux dispositions légales en la matière. Étant donné qu'un aide-soignant peut administrer une injection sous-cutanée, la colonne « délégable à un aide-soignant » des règles d’utilisation des codes d'intervention a été renseignée par « oui ». Le contrôle a priori à cet égard par les mutuelles s’est fondé sur ce tableau. Dans cet exemple, le code d’intervention sera donc accepté même si un aide-soignant est mentionné en tant que prestataire supplémentaire (Z49).

10.26 Quel prestataire doit être indiqué dans les zones 15, 16 et 49 du forfait palliatif ? Celui de la première visite? Peut-il s'agir d'un assistant en soins infirmiers ou d'un aide-soignant ? Faut-il remplir les zones 20, 21, 24-25 et 26? Si oui, que faut-il indiquer dans ces zones?

Le forfait palliatif est versé à la pratique. C'es la pratique qui décide de la répartition interne du forfait. Les modalités de facturation restent inchangées.

Pour le forfait palliatif, le premier infirmier (IRSG ou AESI) de la journée de soins est donc mentionné comme prestataire. Aucun aide-soignant ne peut être mentionné comme prestataire supplémentaire (Z49) ; par conséquent, la norme prestataire (Z16) ne peut être égale à 2.

Pour le forfait palliatif, les zones relatives à la prescription (prescripteur Z 24-25, date de la prescription Z 20-21 et norme du prescripteur Z 26) ne doivent pas être remplies. Il doit toutefois y avoir un message MyCarenet 420000 (notification patient palliatif).

10.27 Pour certains codes d'intervention, une prescription est requise dans certains cas et pas dans d'autres. Comment cela sera-t-il géré en matière de contrôle par les mutuelles ?

Dans un souci de simplification administrative, il a été décidé de ne pas procéder à un déduplication complète des codes d'intervention. Les pratiques reçoivent également, avec les codes d'intervention, une note explicative précisant l'obligation de prescription pour chaque code d'intervention. De plus, les codes d'intervention pour lesquels les OA doivent effectuer un contrôle du prescripteur sont explicitement mentionnés dans l'onglet « contrôle VS » du fichier Excel contenant les codes d'intervention. Cette liste comprend les codes d'intervention pour lesquels un prescripteur est toujours obligatoire. Pour tous les autres codes d'intervention, la mention d'un prescripteur est facultative.

10.28 Comment traiter les factures en retard ou les refacturations lors du passage du système de facturation prévu à l'article 8 à celui prévu à l'article 56 ?

Les prestations visées à l'article 8 dont la date d'exécution est antérieure au 1er juin 2026 (facturations tardives ou nouvelles soumissions de prestations rejetées) doivent être facturées avec un « ancien » numéro de groupement. Si la pratique a entièrement migré vers le projet pilote, son « ancien » numéro de groupement ne sera pas immédiatement désactivé afin qu'il puisse encore être utilisé pour les prestations de l'article 8 antérieures. Si la pratique n'a que partiellement migré vers le projet pilote, l'« ancien » numéro de groupe restera de toute façon en vigueur pour les sous-pratiques non participantes. Les prestations passées des pratiques participantes peuvent donc encore être facturées avec ce numéro de groupement (dans le même fichier de facturation que les prestations des pratiques non participantes).

10.29 Actuellement, l'engagement de paiement est demandé pour chaque patient pris en charge pendant la période de tarification. Cet engagement de paiement doit-il être joint au dossier dans le cadre du projet pilote ?

Oui.

11. IT et rapport de données

11.1 Comment interpréter le rapport demandé concernant le nombre de visites : - S'agit-il du nombre de visites hebdomadaires ou de week-end avec prise en charge directe et/ou indirecte? Ou s'agit-il de visites comprenant exclusivement des soins directs ou exclusivement des soins indirects?

Il s'agit de la première interprétation, à savoir la ventilation du nombre total de visites entre les jours de semaine et les week-ends d'une part, et entre les visites directes et indirectes d'autre part.

11.2 Le modèle de rapport fait la distinction entre les soins et les déplacements, ainsi qu'entre la semaine et le week-end, mais cela ne permet pas de ventiler le temps total consacré aux soins en semaine par rapport au temps total consacré aux soins le week-end, ni le temps total consacré aux déplacements en semaine par rapport au temps total consacré aux déplacements le week-end.

C'est exact, ce niveau de détail n'est pas requis.

11.3 Le rapport demande de rendre compte des visites les plus longues. Quelle durée faut-il prendre en compte dans ce cas ? Uniquement le temps consacré aux soins, ou également le temps de trajet?

Uniquement le temps de soins, sans le temps de déplacement.

11.4 Le modèle de rapport demande le nombre de questionnaires BelRAI_screeners et Home Care soumis. Pouvons-nous utiliser à cette fin le nombre de codes d'intervention enregistrés (B.1.5 et B.1.6) ?

Non, les exigences fonctionnelles demandent de prévoir la possiblité de cocher un code d'intervention pour screener et Home Care ; il s'agit d'un rapport sur le nombre d'instruments BelRAI complétés. (screener ou Home Care).

11.5 Le rapport doit-il être établi sur la base du mois de prestation ou du mois de facturation ?

Le rapport doit porter sur les prestations finalement acceptées. L'objectif de ce reporting est de permettre aux partenaires opérationnels, sur une base mensuelle et à l'échelle de l'ensemble des pratiques, de suivre un certain nombre de paramètres qualitatifs relatifs aux soins dispensés (par exemple, soins directs vs soins indirects, prestations en semaine vs prestations le week-end), ainsi que le budget du projet pilote, et d'en rendre compte tous les six mois au Comité d'accompagnement.

En outre, les pratiques doivent également effectuer un certain nombre de contrôles logiques sur les prestations enregistrées avant de les transmettre / valider pour facturation. Ceux-ci sont décrits dans la note « exigences fonctionnelles ». Pour effectuer ces contrôles, la pratique peut s'inspirer des statistiques issues du rapport demandé, qui n'auront pas encore, à ce moment-là, le statut de prestations définitivement acceptées.