

Projet pilote art. 56 Nouveau financement des soins à domicile: exigences fonctionnelles en matière d'enregistrement

1. Contexte

Objectif du projet pilote

Un projet pilote (article 56) est actuellement en cours de préparation. Dans ce cadre, plusieurs pratiques (sélectionnées) de soins infirmiers à domicile testeront pendant deux ans une nouvelle méthode de travail et bénéficieront d'un financement alternatif, notamment via un tarif horaire.

Il s'agit d'une expérience qui sera évaluée scientifiquement par le KCE. Sur la base des conclusions, une proposition sera élaborée pour un nouveau système de financement à l'avenir.

Participants visés

L'objectif est d'atteindre une participation de 1 000 ETP et une représentation représentative du secteur. La répartition suivante est proposée :

- Pratiques néerlandophones/francophones (environ 60 %/40 %) ;
- Infirmiers indépendants/infirmiers salariés (environ 50 %/50 %).

Cette répartition peut être ajustée en fonction des candidatures.

Durée et calendrier du projet pilote

Le calendrier du projet pilote est le suivant :

- Septembre 2025 : achèvement du processus de préparation, y compris la description de la mission de l'outil d'enregistrement
- Novembre 2025 : lancement de l'appel à candidatures
- 17/11/2025-16/1/ 2026 : communication et dépôt des candidatures
- 16/1/2026-7/2/2026 : évaluation des candidatures et sélection des pratiques pilotes (7/2 : Comité des assurances)

- Février 2026 : conclusion des accords et préparation administrative
- Mars 2026 – mai 2026 : pré-mesure et formation des pratiques participantes
- 1er juin 2026 : lancement du projet pilote – début des premières inscriptions
- 31 mai 2028 : clôture du projet pilote – clôture des enregistrements

Questionnement pour la mission actuelle

Les pratiques qui participent au projet pilote enregistreront leurs interventions infirmières à l'aide d'une liste de codes d'intervention plus complète que les numéros de nomenclature actuels de l'article 8. En outre, ils seront rémunérés sur la base d'un tarif horaire, tant pour leurs soins que pour leurs déplacements.

Pour ce faire, deux nouveaux types d'enregistrements sont nécessaires :

- la durée des soins et des déplacements.
- les soins prodigués à l'aide de codes d'intervention.

Ces enregistrements doivent être transférés vers un fichier de facturation, conformément aux instructions de facturation (voir annexe) convenues dans le cadre de l'article 56.

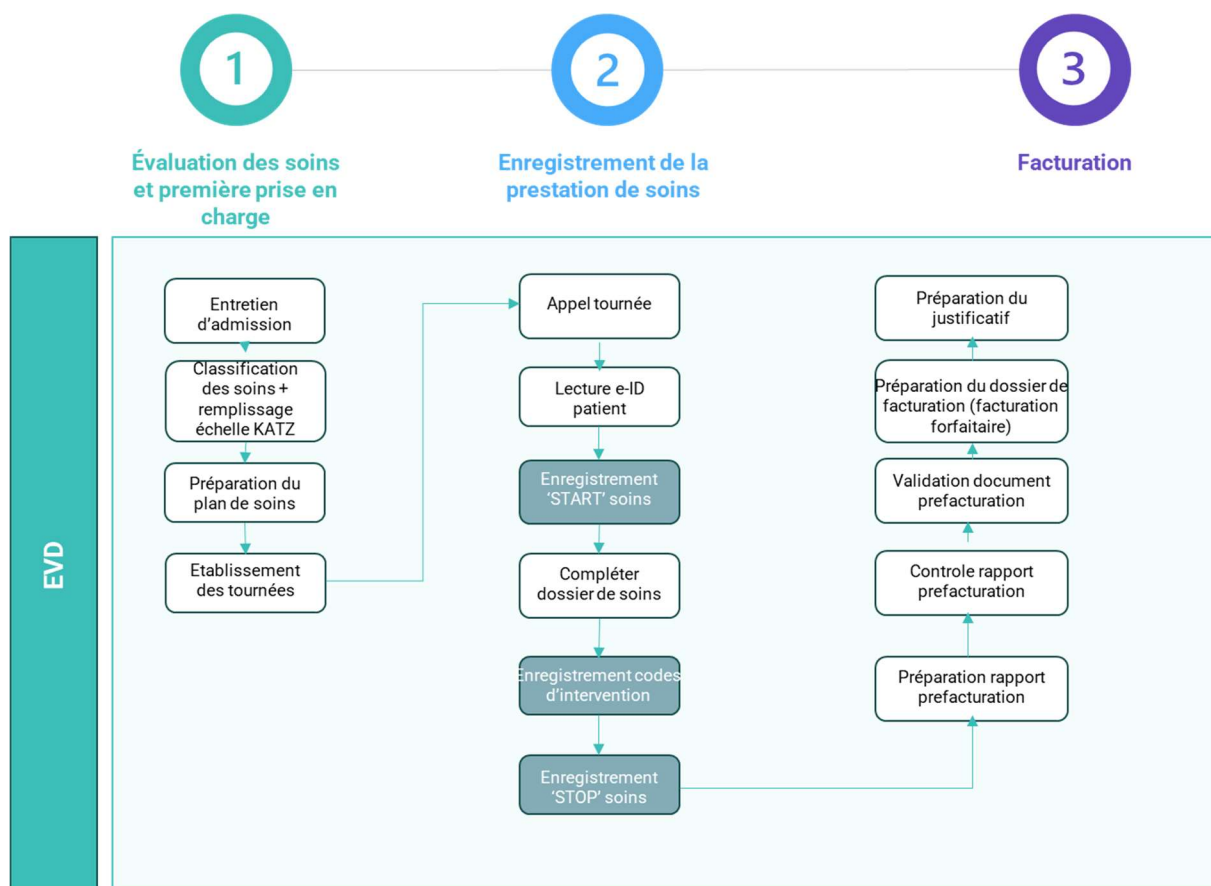
Le calendrier de modification du dossier infirmier électronique (DIE) afin de permettre ces nouveaux enregistrements correspond au calendrier du projet pilote :

- Octobre-novembre 2025: description des exigences fonctionnelles (avec affinement en janvier 2026);
- Novembre 2025-mars 2026 : développement des nouvelles fonctionnalités;
- Le 1er avril 2026, un environnement (de test) doit être disponible, qui pourra être utilisé pour la formation des infirmiers et des aides-soignants participants. Les fournisseurs de logiciels prévoient une formation d'introduction pour les pratiques participantes en avril-mai 2026;
- Le 1er juin 2026, l'outil d'enregistrement doit être pleinement opérationnel;
- En juillet 2026, une première facturation sera effectuée dans le nouveau système (prestations du mois de juin 2026).

Les nouvelles fonctionnalités bénéficieront du même niveau d'assistance et de maintenance que les fonctionnalités existantes dans le DIE actuel.

2. Aperçu du processus de soins

La figure ci-dessous présente une vue d'ensemble du processus de soins, les étapes du processus nécessitant une adaptation du logiciel étant indiquées en couleur.



3. Dispositions techniques : modifications nécessaires à l'EVD dans le cadre de l'article 65 du projet

Remarque importante préalable !

Ce document décrit uniquement les nouveautés ou les modifications nécessaires pour permettre la création de rapports dans le cadre du projet pilote. Les exigences déjà intégrées dans le logiciel, mais qui ne font pas l'objet de dispositions dans le présent document, restent inchangées dans le projet pilote (par exemple, les obligations relatives à la tenue d'un dossier de soins des plaies restent inchangées).

- L'infirmier peut enregistrer le début de la visite. Cela peut se faire, par exemple, à l'aide d'un bouton de démarrage, en scannant la carte d'identité électronique ou en saisissant manuellement l'heure de début.
- L'infirmier peut enregistrer le lieu des soins.

- Cette caractéristique est réglée par défaut sur « chez le patient », mais peut être modifiée en « établissement », « poste de soins infirmiers » ou (pour un nombre limité de codes d'intervention) « à distance ». Cela a une incidence sur le calcul du temps de déplacement (voir plus loin).
- L'infirmier peut enregistrer les soins directs prodigués pendant la visite. Pour ce faire, il peut sélectionner parmi la liste des codes d'intervention. Le DIE peut éventuellement proposer des suggestions sur la base des soins prévus. L'infirmier doit pouvoir les modifier, les confirmer ou en ajouter d'autres.
- L'infirmier peut enregistrer les soins indirects prodigués pendant la visite. Il peut sélectionner les soins prodigués dans une liste de codes d'intervention.
- L'infirmier peut enregistrer l'heure de fin de la visite du patient à l'aide d'un bouton d'arrêt ou en saisissant manuellement l'heure de fin de la visite.
 - L'enregistrement de l'heure de fin de la visite du patient déclenche en arrière-plan le début de l'enregistrement du temps de déplacement. Le début d'une nouvelle visite met fin en arrière-plan à l'enregistrement du temps de déplacement.
 - Un bouton pause est prévu pour enregistrer les interruptions dans le temps de déplacement.
 - Le premier et le dernier déplacement de la journée sont enregistrés, mais ne peuvent pas être facturés. Ils sont considérés comme des déplacements domicile-travail et ne sont pas remboursés via la nomenclature. Pour cette raison, le temps de déplacement est enregistré pour le patient vers lequel se rend l'infirmier (c'est-à-dire le patient suivant).
 - Si un autre lieu que « chez le patient » ou « dans l'établissement » est indiqué, aucun temps de déplacement vers le patient suivant ne peut être enregistré. Dans ce cas, l'enregistrement du temps est interrompu et reprend lors de l'enregistrement du début des soins suivants.
 - Lorsqu'une visite n'a pas pu avoir lieu, le temps de déplacement n'est pas facturé.
- L'infirmier peut enregistrer manuellement qu'il n'y a pas eu de temps de déplacement.
- L'infirmier peut indiquer que la visite n'a pas pu avoir lieu et en préciser la raison (par exemple, le patient n'était pas chez lui).
- L'infirmier peut corriger manuellement les heures de début et de fin des soins et des déplacements. Ces corrections sont enregistrées. Il est recommandé de limiter dans le temps la possibilité d'effectuer des corrections, par exemple uniquement pour d0 et d-1.
- Un infirmier peut enregistrer des soins indirects qui ne sont pas dispensés lors d'une visite.

- Un infirmier peut enregistrer les soins indirects qui ont été prodigués au patient. Pour ce faire, l'infirmier peut faire une sélection dans la liste des codes d'intervention pour les soins indirects.
- Un infirmier peut enregistrer la durée d'un soin indirect. Pour les soins indirects qui ne sont pas liés à une visite du patient, la saisie directe de la durée de l'intervention (éventuellement sur la base de blocs de temps fixes) est préférable à l'enregistrement d'une heure de début et d'une heure de fin.
- L'infirmier dispose d'un lien d'accès à la plateforme fédérale BelRAI.
- Un infirmier peut indiquer qu'un outil BelRAI a été complété pour le patient (c'est-à-dire téléchargé sur la plateforme BelRAI). Il doit alors préciser s'il s'agit du Screener ou du Home Care et indiquer la date à laquelle l'outil BelRAI a été téléchargé.

4. Contrôles et rapports

Le projet pilote doit prévoir un système de contrôle à trois niveaux :

- les contrôles à intégrer dans le logiciel
 - ceux-ci sont décrits au paragraphe 4.1 ;
- les contrôles effectués chaque mois par les responsables pratiques avant que le fichier de facturation ne soit transmis aux mutuelles
 - pour permettre ces contrôles, le logiciel doit prévoir des rapports de contrôle, décrits au paragraphe 4.2 ;
- des contrôles par les institutions d'assurance
 - ceux-ci sont décrits dans les instructions de facturation.

4.1 Contrôles dans le logiciel

- **Des seuils** sont intégrés en fonction de **la durée des soins et du temps de déplacement**.
 - un seuil fixe de 3 heures pour la durée des soins directs;
 - un seuil strict d'une heure pour la durée du déplacement;
 - un seuil souple de 3 heures pour les soins indirects.
- Les définitions suivantes s'appliquent :
 - Un **seuil strict** est une valeur qui fixe une limite à l'enregistrement: une durée qui dépasse la valeur seuil ne peut pas être enregistrée.
 - Un **seuil souple** est une valeur qui déclenche un signal d'alerte dans le logiciel, indiquant que les données peuvent être illogiques. L'enregistrement n'est pas automatiquement bloqué, mais une justification doit être enregistrée.

Exemple : « Soins indirects de 4 heures – êtes-vous sûr ? »

- Les seuils relatifs aux soins directs et aux déplacements s'appliquent par patient et par visite. Le seuil relatif aux soins indirects s'applique par patient et par jour.
- Lorsque davantage de données seront disponibles, ces seuils seront réévalués. Lors de la configuration, il convient de tenir compte d'un éventuel ajustement des valeurs seuils.

4.2 Contrôles effectués par les pratiques elles-mêmes

Les pratiques pilotes effectuent chaque mois des contrôles logiques de toutes les inscriptions avant de les facturer aux organisme assureurs. Ils établissent ensuite un rapport contenant les inscriptions contrôlées et une analyse de certains paramètres afin de finaliser le processus de facturation. Ce rapport sera mis à la disposition du comité d'accompagnement et de la commission des conventions par les partenaires opérationnels.

Pour permettre ce contrôle, le logiciel doit pouvoir générer un rapport contenant les données ci-dessous.

- Montant total facturé par la pratique dans le cadre de l'article 56 de l' , ventilé comme suit :
 - soins versus déplacement
 - soins directs et soins indirects
 - semaine et week-end
 - permanence soins palliatifs
- Nombre de visites, distinguées selon :
 - soins directs versus soins indirects
 - semaine et week-end
- Nombre total de minutes de soins facturées, avec distinction entre :
 - soins et déplacements
 - soins directs et soins indirects
 - semaine et week-end
- Nombre total de patients uniques pris en charge au cours du mois
- Les 20 visites les plus longues d'une pratique (petite, moyenne ou grande pratique), avec le détail de la durée de la visite et les codes d'intervention
- Nombre de BelRAI Screeners et Home Cares soumis

Aperçu des soins prodigués qui ne sont pas financés par l'assurance maladie obligatoire, mais sur la base d'un accord (par exemple, prise de sang ou accord avec un cabinet médical) :

- patient
- prestataire de soins (numéro INAMI, nom, prénom)
- date
- code d'intervention

La pratique participante doit pouvoir télécharger cette liste tous les six mois sur le portail de recherche, dans le cadre de la déclaration de l'adhésion au groupement.

Ces données doivent permettre de lancer la facturation, comme c'est le cas aujourd'hui et via les fonctionnalités existantes.

Le document Excel en annexe donne un exemple de la structure de ce rapport.

4.3 Contrôles par les organisme assureurs

Ces contrôles seront intégrés dans la prochaine mise à jour des instructions de facturation.

4.4 Document d'information

Par analogie avec la pièce justificative dans le cadre de la facturation au titre de l'article 8, le patient reçoit à chaque période de facturation un aperçu des soins facturés.

Ce récapitulatif contient au moins les informations suivantes :

- Aperçu des **soins directs** facturés (visites) :
 - prestataire de soins (numéro INAMI, nom, prénom)
 - date
 - durée des soins directs, exprimée en minutes par visite
 - montant facturé à l'INAMI pour les soins directs (par visite)
 - codes d'intervention
- Aperçu des **soins indirects** facturés :
 - prestataire de soins (numéro INAMI, nom, prénom)
 - date
 - durée des soins indirects, exprimée en minutes par jour
 - montant facturé à l'INAMI pour les soins indirects (par jour)
 - codes d'intervention
- Aperçu des **frais non remboursés par l'INAMI**, tels que les frais de matériel et les indemnités pour absence.

Ce document d'information sert de pièce justificative pour les soins prodigués dans le cadre du projet pilote.

5. Corrections de facturation pour les prestations financées en dehors de l'article 8

Un nombre limité de soins, qui sont (ou peuvent être) dispensés par des infirmiers lors de leur tournée régulière, sont financés sur une base (légale) autre que l'article 8. Les codes d'intervention de ces visites sont enregistrés s'ils ont lieu lors d'une tournée infirmière régulière.

Exemples :

- Une vaccination, une prise de sang ou une dialyse effectuée pendant la tournée infirmière régulière est enregistrée (code d'intervention + durée).
- Mais: une permanence structurelle dans un cabinet médical ou une tournée structurelle pour des prises de sang pour le compte d'un hôpital ne sont pas enregistrées.

Ces prestations sont incluses dans la liste des codes d'intervention.

Le tarif horaire remplace toutefois uniquement le financement prévu à l'article 8. Les autres formes de financement continuent à s'appliquer pendant la durée du projet pilote, conformément aux accords actuels. Afin d'éviter un double financement, il convient de veiller, lors de la facturation, à ce que ces prestations ne soient pas facturées sur la base du tarif horaire, mais que la méthode de facturation actuelle soit maintenue.

La manière dont ces corrections doivent être effectuées est décrite dans les instructions de facturation.

6. Liste des codes d'intervention

La liste des codes d'intervention est jointe en annexe aux instructions de facturation.

!! Cette liste est susceptible d'être modifiée au cours du projet. Veuillez en tenir compte lors de la configuration.