

Pilootproject art. 56 Nieuwe Financiering

Thuisverpleging: Functionele vereisten op het vlak van registratie

1. Context

Doelstelling pilootproject

Op dit moment loopt er een voorbereidingstraject voor een pilootproject (Artikel 56) waarbij een aantal (geselecteerde) praktijken van thuisverpleegkundigen gedurende twee jaar een nieuwe manier van werken zullen uittesten en daarvoor ook op alternatieve wijze gefinancierd zullen worden, onder andere via een uurtarief.

Het gaat om een experiment dat wetenschappelijk geëvalueerd wordt door het KCE. Op basis van de conclusies zal een voorstel uitgewerkt worden voor een nieuw financieringssysteem in de toekomst.

Beoogde deelnemers

Er wordt gestreefd naar een participatie van 1.000 VTE en een representatieve vertegenwoordiging van de sector. Daarbij wordt de volgende verdeling vooropgesteld:

- Nederlandstalige/Franstalige praktijken (ongeveer 60%/40%);
- Zelfstandig VPK/VPK in loondienst (ongeveer 50%/50%).

Deze verdeling kan bijgestuurd worden op basis van de kandidaatstellingen.

Looptijd en timing van het pilootproject

De timing van het pilootproject ziet er als volgt uit:

- September 2025: afronden voorbereidingstraject, incl. opdrachtomschrijving registratietool
- November 2025: lanceren van de oproep
- 17/11/2025-16/1/ 2026: communicatie en indiening van kandidaatstellingen
- 16/1/2026-7/2/2026: evaluatie van de kandidaturen en selectie van de pilootpraktijken (7/2: Verzekeringscomité)

- Februari 2026: sluiten van overeenkomsten en administratieve voorbereiding
- Maart 2026 – mei 2026: premeting en opleiding van de deelnemende praktijken
- 1 juni 2026: start pilootproject – start van de eerste registraties
- 31 mei 2028: afsluiting van het pilootproject – afsluiting van de registraties

Vraagstelling voorliggende opdracht

De praktijken die als pilootproject instappen in het project, zullen hun verpleegkundige interventies registreren aan de hand van een lijst van interventiecodes, die uitgebreider is dan de huidige nomenclatuurnummers art. 8. Daarnaast zullen zij, zowel voor hun zorg- als voor hun verplaatsingstijd, gefinancierd worden aan de hand van een uurtarief.

Om dit mogelijk te maken, zijn twee nieuwe types registraties noodzakelijk:

- de duur van zorg en van verplaatsing.
- de geleverde zorg(en) aan de hand van interventiecodes.

Deze registraties moeten doorstromen naar een facturatiebestand, conform de facturatie-instructies (zie bijlage) afgesproken in kader van art. 56.

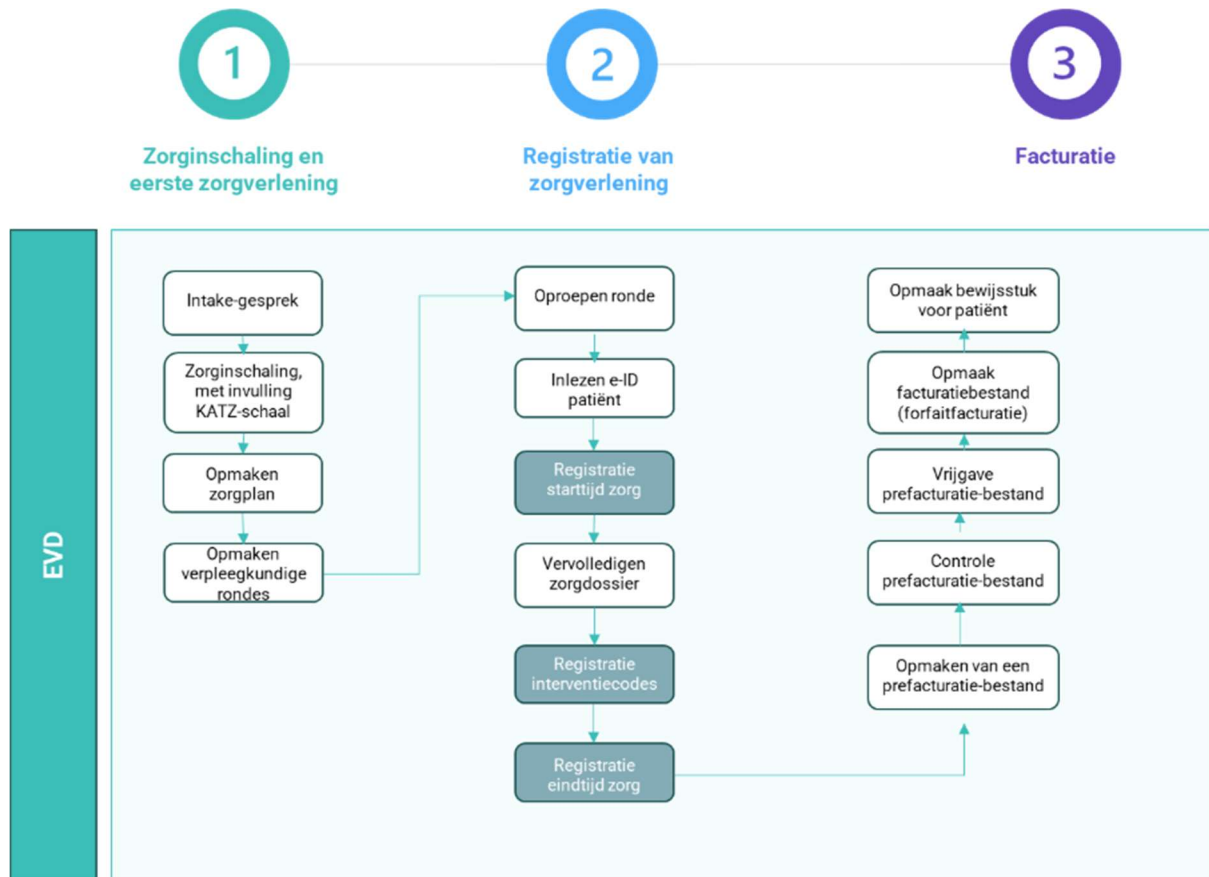
De timing voor het aanpassen van het EVD (Elektronisch Verpleegkundig Dossier), zodat deze nieuwe registraties mogelijk worden, sluit aan op de timing van het pilootproject:

- Oktober-november 2025: beschrijving functionele vereisten (met verfijning in januari 2026);
- November 2025-maart 2026: ontwikkeling van de nieuwe functionaliteiten;
- Op 1 april 2026 moet er een (test)omgeving beschikbaar, die ingezet kan worden voor opleiden van de deelnemende verpleeg- en zorgkundigen. De softwareleveranciers voorzien in april – mei 2026 een introductie-opleiding voor de deelnemende praktijken;
- Op 1 juni 2026 moet de registratietool volledig operationeel zijn;
- In juli 2026 zal er een eerste keer gefactureerd worden in het nieuwe systeem (prestaties van de maand juni 2026).

De nieuwe functionaliteiten worden op het vlak van onderhoud en support op dezelfde manier ondersteund als de reeds bestaande functionaliteiten in het huidige EVD.

2. Overzicht zorgproces

De figuur hieronder geeft het overzicht van het zorgproces, waarbij in kleur wordt weergegeven welke processtappen een aanpassing aan de software vereisen.



3. Technische bepalingen: Aanpassingen nodig aan EVD in kader van art. 65 project

Belangrijke voorafgaande opmerking!

Dit document beschrijft enkel wat nieuw is of aangepast moet worden om rapportering in het kader van het pilootproject mogelijk te maken. Vereisten, die reeds ingebouwd zitten in de software, maar waarover er geen bepalingen staan in dit document, blijven ongewijzigd in het pilootproject (vb. verplichtingen in het kader van het bijhouden van een wondzorgdossier blijven ongewijzigd).

- De verpleegkundige kan registreren dat het bezoek wordt opgestart. Dit kan bijvoorbeeld via een startknop, door het inlezen van de e-ID of door de manuele ingave van het startuur.

- De verpleegkundige kan de locatie van de zorg registreren.
 - Dit kenmerk staat standaard op 'bij de patiënt', maar kan aangepast worden naar: 'instelling', 'verpleegpost' of (voor een beperkt aantal interventiecodes) 'op afstand'. Dit heeft een impact op het aanrekenen van verplaatsingstijd (zie verder).
- De verpleegkundige kan registreren welke directe zorgen tijdens het bezoek werden verstrekt. De verpleegkundige kan hiertoe selecteren uit de lijst van interventiecodes. Het EVD kan hier eventueel suggesties voorstellen op basis van de geplande zorgen. De verpleegkundige moet deze kunnen wijzigen, bevestigen of extra toevoegen.
- De verpleegkundige kan registreren welke indirecte zorgen tijdens het bezoek werden verstrekt. De verpleegkundige kan de verstrekte zorg selecteren uit een lijst van interventiecodes.
- De verpleegkundige kan de eindtijd van het patiëntenbezoek registreren via een stopknop of via een manuele ingave van het einduur van het bezoek.
 - De registratie van de eindtijd van het patiëntenbezoek triggert achterliggend de start van de registratie van de verplaatsingstijd. De start van een nieuw bezoek beëindigt achterliggend de registratie van de verplaatsingstijd.
 - Er wordt een pauzeknop voorzien om onderbrekingen in de verplaatsingstijd te kunnen registreren.
 - De eerste en de laatste verplaatsing van de dag worden geregistreerd, maar mogen niet gefactureerd worden. Deze worden gezien als woon-werkverplaatsing en worden niet vergoed via nomenclatuur. Omwille hiervan wordt verplaatsingstijd geregistreerd op de patiënt naar wie de verpleegkundige zich begeeft (d.w.z. de volgende patiënt).
 - Indien een andere locatie dan 'bij patiënt thuis' of 'in instelling' aangeduid wordt, mag er geen verplaatsingstijd naar de volgende patiënt geregistreerd worden. De tijdregistratie wordt in dat geval gepauzeerd en wordt hervat bij de registratie van de start van de volgende zorg.
 - Wanneer een bezoek niet is kunnen doorgaan, wordt de verplaatsingstijd niet gefactureerd.
- De verpleegkundige kan manueel registreren dat er geen verplaatsingstijd was.
- De verpleegkundige kan aanduiden dat het bezoek niet is kunnen doorgaan en geeft hierbij de reden op (vb. patiënt was niet thuis).
- De verpleegkundige kan manueel start- en eindtijden van zorgen en verplaatsingen corrigeren. Deze correcties worden gelogd. Het wordt aanbevolen om de mogelijkheid om correcties door te voeren te beperken in de tijd, vb. enkel voor d0 en d-1.
- Een verpleegkundige kan indirecte zorgen registreren, die niet plaatsvinden tijdens een bezoek.

- Een verpleegkundige kan registreren welke indirecte zorgen aan de patiënt werden verstrekt. De verpleegkundige kan hiervoor een selectie maken uit de lijst van interventiecodes voor indirecte zorgen.
- Een verpleegkundige kan de duur van een indirecte zorg registreren. Voor indirecte zorgen, die niet gekoppeld zijn aan een patiëntenbezoek, geniet de rechtstreekse ingave van de duur van de interventie (eventueel aan de hand van vaste tijdsblokken) de voorkeur boven de registratie van een start- en een einduur.
- De verpleegkundige heeft een toegangslink naar het federale BelRAI-platform.
- Een verpleegkundige kan aanduiden dat er een BelRAI-instrument bij de patiënt werd afgerond (d.w.z.: opgeladen naar het BelRAI-platform). Daarbij moet aangegeven worden of het over de Screener of de Home Care gaat en wat de datum is waarop het BelRAI-instrument werd opgeladen.

4. Controles en rapportering

In het pilootproject moet een controlesysteem voorzien worden, dat uit drie lagen bestaat:

- controles die ingebouwd moeten worden in de software
 - deze worden beschreven in paragraaf 4.1;
- controles die een op maandbasis uitgevoerd worden door de praktijkverantwoordelijken, alvorens het facturatiebestand wordt doorgestuurd naar de mutualiteiten
 - om deze controles mogelijk te maken, moet de software een controlerapporten voorzien, dat beschreven worden in paragraaf 4.2;
- controles door de Verzekeringsinstellingen
 - deze worden beschreven in de facturatie-instructies.

4.1 Controles in de software

- Er worden **drempels** ingebouwd op de **duur van zorg- en verplaatsingstijd**.
 - een harde drempel van 3 uur op de duur van directe zorg;
 - een harde drempel van 1 uur op verplaatsingstijd;
 - een zachte drempel van 3 uur op indirecte zorg.
- Daarbij gelden de volgende definities:
 - Een **harde drempel** is een waarde die een limiet zet op de registratie: een duur de drempelwaarde overschrijdt, kan niet geregistreerd worden.
 - Een **zachte drempel** is een waarde die een waarschuwingssignaal uitlokt in de software, wat aangeeft dat de gegevens mogelijk onlogisch zijn. Er is

geen automatische blokkering van de registratie, maar er moet wel een verantwoording geregistreerd worden.

Voorbeeld: “Indirecte zorg van 4 uur – ben je zeker?”

- De drempels op directe zorg en verplaatsing gelden per patiënt, per bezoek. De drempel op indirecte zorg geldt per patiënt, per dag.
- Wanneer er meer gegevens beschikbaar zijn, worden deze drempels geëvalueerd. Er dient in de set-up rekening gehouden te worden met een mogelijk bijsturing van de drempelwaarden.

4.2 Controles door praktijken zelf

De pilootpraktijken voeren elke maand logische controles uit op alle registraties vóóordat ze die factureren aan de Verzekeringsinstellingen. Nadien stellen ze een rapport op met de gecontroleerde registraties en een analyse van enkele parameters om het facturatieproces te voltooien. Dit rapport zal door de operationele partners ter beschikking worden gesteld van het Begeleidingscomité en de Overeenkomstencommissie.

Om deze controle mogelijk te maken, moet de software een rapport kunnen genereren in, dat onderstaande gegevens bevat.

- Totaalbedrag dat de praktijk factureert in het kader van art. 56, onderscheiden naar:
 - zorg versus verplaatsing
 - directe versus indirecte zorg
 - week versus weekend
 - permanentie palliatieve zorgen
- Aantal bezoeken, onderscheiden naar:
 - directe versus indirecte zorg
 - week versus weekend
- Totaal aantal gefactureerde minuten zorg, met onderscheid tussen:
 - zorg versus verplaatsing
 - direct versus indirect
 - week versus weekend
- Totaal aantal unieke patiënten die die maand in zorg zijn
- De 20 langste bezoeken van een praktijk (klein –middelgroot –grote praktijk), met detaillering van de duur van het bezoek en de interventiecodes

- Aantal ingediende BelRAI Screeners en Home Cares
- Het overzicht van de verstrekte zorgen, die niet gefinancierd worden vanuit de verplichte ziekteverzekering, maar wel op grond van een overeenkomst (vb. bloedafname of overeenkomst met een medisch huis):
 - patiënt
 - zorgverstrekker (RIZIV-nummer, naam, voornaam)
 - datum
 - interventiecode

De deelnemende praktijk moet dit overzicht moet zesmaandelijks kunnen opladen in het onderzoeksportaal, als onderdeel van de praktijkregistratie.

De facturatie van deze zorgen zal gebeuren via het huidige pakket en via de bestaande functionaliteiten. De huidige werkwijze moet ook in het pilootproject kunnen worden verdergezet.

Het exceldocument in bijlage geeft een voorbeeld van de structuur van deze rapportering.

4.3 Controles door de Verzekeringsinstellingen

Deze controles worden opgenomen in de volgende bijwerking van de facturatie-instructies.

4.4 Infodocument

Naar analogie met het bewijsstuk binnen de artikel-8 facturatie, ontvangt de patiënt bij elke facturatieperiode een overzicht van de gefactureerde zorgen.

Dit overzicht bevat minstens de volgende informatie:

- Overzicht van de gefactureerde **directe zorgen** (bezoeken):
 - zorgverstrekker (RIZIV-nummer, naam, voornaam)
 - datum
 - duur van de directe zorg, uitgedrukt in minuten per bezoek
 - bedrag dat voor de directe zorg gefactureerd werd aan de VI (per bezoek)
 - interventiecodes
- Overzicht van de gefactureerde **indirecte zorgen**:
 - zorgverstrekker (RIZIV-nummer, naam, voornaam)
 - datum
 - duur van de indirecte zorg, uitgedrukt in minuten per dag
 - bedrag dat voor de indirecte zorg gefactureerd werd aan de VI (per dag)
 - interventiecodes
- Overzicht van de **kosten die niet vergoed worden door de VI**, zoals materiaalkosten en no-show vergoedingen.

Dit infodocument geldt als bewijsstuk voor geleverde zorgen in het kader van het pilootproject.

5. Facturatiecorrecties voor prestaties gefinancierd buiten art. 8

Een beperkt aantal zorgen, die door verpleegkundigen verstrekt (kunnen) worden tijdens hun reguliere ronde, worden gefinancierd op grond van een andere (wettelijke) basis dan het artikel 8. De interventiecodes van deze bezoeken worden mee geregistreerd indien ze tijdens een reguliere verpleegtoer plaatsvinden.

Voorbeelden:

- Een vaccinatie, bloedname of dialyse tijdens de reguliere verpleegtoer wordt geregistreerd (interventiecode + duur).
- Maar: Een structurele permanentie in een huisartsenpraktijk of een structurele ronde voor bloednames voor rekening van een ziekenhuis worden niet geregistreerd.

Deze prestaties zitten mee vervat in de lijst met interventiecodes.

Het uurtarief vervangt echter enkel de financiering op grond van artikel 8. Andere vormen van financiering blijven tijdens het pilootproject verlopen volgens de huidige afspraken. Om dubbele financiering te vermijden, moet er bij facturatie voor gezorgd worden dat de aanrekening van deze prestaties niet gebeurt op basis van het uurtarief, maar dat de huidige werkwijze van facturatie verdergezet wordt.

De wijze waarop deze correcties moeten gebeuren, wordt beschreven in de facturatie-instructies.

6. Lijst interventiecodes

De lijst met interventiecodes wordt gedeeld als bijlage bij de facturatie-instructies.

!! Deze lijst kan doorheen het project nog wijzigen. Gelieve hiermee rekening te houden in de set-up.