

Instructions de facturation projet pilote soins infirmiers à domicile

Remarque préalable: Ces instructions ont déjà été partiellement publiées en décembre 2025 dans l'annexe 28 des instructions de facturation coordonnées, mais elles ont encore été adaptées/complétées. La version ci-dessous peut être considérée comme définitive. Les adaptations/compléments par rapport à la version précédente seront intégrés dans la version coordonnée officielle après approbation formelle par le Comité de l'Assurance.

Cette annexe contient les règles de facturation dans le cadre du projet pilote temporaire pour les soins infirmiers à domicile. L'annexe s'applique à tous les groupements participant à ce projet pilote. Ils facturent avec un numéro INAMI commençant par 94, auquel un attribut spécifique est lié dans le fichier SZV. Les règles de cette annexe priment, pour les participants, sur les instructions de facturation générales.

1. Principes généraux

La **rémunération** des prestataires de soins participant au projet pilote repose sur 3 piliers:

- Les soins et les déplacements sont rémunérés sur base d'un **tarif horaire**;
- Un **forfait palliatif** par journée de soins;
- L'**indemnité rurale** est maintenue.

La facturation de ces prestations se fait via les pseudo-codes nomenclature suivants:

- Soins directs pendant la semaine (423872);
 - Soins indirects pendant la semaine (423894);
 - Soins directs pendant le week-end (423916);
 - Soins indirect pendant le week-end (423931);
 - Temps de déplacement (423953);
- Remarque: le temps de déplacement entre le domicile de l'infirmier et le premier patient de la journée, ainsi qu'entre le dernier patient de la journée et le domicile de l'infirmier, n'est pas facturé, car il est considéré comme un trajet domicile-travail.*
- Forfait palliatif (423975);
 - Indemnité rurale (418913) (code déjà existant).

Le fichier de facturation doit aussi contenir des données à des fins de recherche:

- le détail des soins donnés (codes d'intervention);
- le lieu de prestation:
 - au domicile du patient
 - au cabinet du praticien ou dispensaire
 - dans une institution
 - à distance

2. Situations spécifiques

2.1 Les pseudo-codes suivants (qui ne relèvent pas de l'art. 8 de la nomenclature) peuvent être facturés par une pratique participante (de manière autonome ou en combinaison avec des soins directs) :

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

S'ils sont facturés en combinaison avec des soins directs, tous les codes d'intervention de la visite doivent être enregistrés. Pour le pseudo-code 'soins directs', le nombre de minutes doit toutefois être diminué de la valeur des prestations financées via les pseudo-codes concernés (un tableau de conversion est prévu à cet effet). En plus, les pseudo-codes sont facturés à la fin de la série (fin de journée de soins).

2.2 Si une partie de la visite est financée via une convention (par ex. une prise de sang), tous les codes d'intervention de la visite doivent être enregistrés. Pour le pseudo-code 'soins directs', le nombre de minutes doit toutefois être diminué de la valeur des prestations financées via la convention concernée (un tableau de conversion est prévu à cet effet).

2.3 Patient qui conjugue, pour une même journée, la qualité d'hospitalisé et d'ambulant:

Les pseudocodes ambulatoires du projet pilote peuvent, dans ce cas, également être facturés le premier et le dernier jour d'une hospitalisation (ainsi que le jour d'une hospitalisation de jour).

2.4 Facturation par différents infirmiers de pseudo-codes du projet pilote (tarif horaire) et de codes nomenclature de l'art. 8 pour un même patient le même jour est possible.

Par ex. : le patient est soigné le matin par l'infirmier X qui ne participe pas au projet pilote et le soir par l'infirmier Y du groupement Z qui, lui, y participe.

Les forfaits A, B, ... de l'art. 8 de la nomenclature ne sont toutefois pas cumulables, pour un même patient le même jour, avec les pseudo-codes du projet pilote. L'infirmier X ne peut donc pas facturer de forfaits A, B, ... pour un patient qui est également soigné le même jour par l'infirmier Y ; il ne peut facturer que des prestations par acte.

Si l'infirmier X a malgré tout facturé un forfait A, B, ... et que cette facturation a été transmise à l'OA plus tôt que la facturation du groupement Z (projet pilote), le forfait est donc accepté et payé à l'infirmier X avant que la facturation du groupement Z ne soit traitée. Par conséquent, la facturation de pseudo-codes du projet pilote (tarif horaire) (pour le patient concerné pour le jour concerné) par l'infirmier X est automatiquement refusée.

Dans ce cas, les infirmiers peuvent prendre contact entre eux afin que l'infirmier X crédite son forfait (et facture ses prestations par acte), après quoi les pseudo-codes (tarif horaire) pour l'infirmier Y pourront être réintroduits et seront acceptés.

3. Structure du fichier de facturation

- Enregistrements de facturation (norme 0):
 - soins (in)directs semaine/week-end et temps de déplacement:
 - nombre d'unités (Z 22) = nombre de minutes
 - montant AMI = tarif horaire * nombre de minutes / 60 (arrondi au cent d'euro le plus proche; 5 vers le haut)
 - en cas de soin direct: prestation relative (Z 17-18) = pseudo-code indiquant le lieu de prestation
 - éventuelle indemnité rurale (1 par visite)
 - nombre d'unités (Z 22) = 1
 - éventuel forfait palliatif (1 par journée de soins) (ne peut pas être facturé de manière autonome)
 - nombre d'unités (Z 22) = 1
- Enregistrements statistiques (norme 9) (codes d'intervention):
 - nombre d'unités (Z 22) = 1
 - zones montant = 0
- Lecture eID: chaque enregistrement 'soins directs' doit être accompagné d'un ET52. Dans le cas des soins directs à distance, un enregistrement de type 52 avec ET 52 Z 10 = 7 (vignette avec code-à-barres) et ET 52 Z 11 = 1 (le bénéficiaire n'est pas présent au moment de la prestation et sa présence simultanée et celle du dispensateur n'est pas réglementairement requise) doit être mentionné.
- Tous les enregistrements d'une 'journée de soins' sont considérés comme bloc
- Aides-soignants: utilisation de la 'norme dispensateur' et 'dispensateur auxiliaire' : analogue aux instructions pour les prestations avec des enregistrements statistiques avec pseudo-codes (cf. ET 50 Z 16 et Z 49):

Norme dispensateur (Z 16):

- Tous les soins effectués par un infirmier : soins (in)directs + tous les codes d'intervention : norme 1
- Tous les soins effectués par un aide-soignant : soins (in)directs + tous les codes d'intervention : norme 2
- Certains soins effectués par un infirmier et certains par un aide-soignant : soins (in)directs : norme 9 et codes d'intervention : norme 1 pour les prestations effectués par un infirmier ; norme 2 pour les prestations effectués par un aide-soignant

Dispensateur auxiliaire (Z 49)

- Tous les soins effectués par un infirmier : soins (in)directs + tous les codes d'intervention : numéro INAMI de l'infirmier
- Tous les soins effectués par un aide-soignant : soins (in)directs + tous les codes d'intervention : numéro INAMI de l'aide-soignant
- Certains soins effectués par un infirmier et certains par un aide-soignant : soins (in)directs : numéro INAMI de l'infirmier
codes d'intervention : numéro INAMI de l'infirmier ou de l'aide-soignant qui a effectué la prestation

4. Contrôles par les OA

- Rejet en bloc : une journée de soins pour un patient donné est considérée comme un “bloc”. Une erreur dans l’un des enregistrements de cette journée de soins entraîne donc le rejet de l’ensemble des enregistrements de la journée concernée.
- Seules les (sous-)pratiques participant au projet peuvent facturer les nouveaux codes (pseudo-codes + codes d’intervention). Elles ne peuvent pas facturer de codes nomenclature de l’art. 8, mais bien les pseudo-codes existants en dehors de l’art. 8 (voir l’énumération au point 2.1, 5)).
Le tiers facturant (ET 10 Z 14) doit donc être une pratique participante (numéro 94 dont le nouveau attribut *HCI_Praktijkfinanciering* a la valeur 1)
- Contrôle du tarif (tarif horaire * nombre de minutes / 60, arrondi au cent d’euro le plus proche, 5 arrondi vers le haut).
- Contrôle de la durée des visites et des déplacements : le nombre de minutes de déplacement et de soins directs ne peut dépasser les seuils suivants :
Déplacement : max. 1h par déplacement
Soins directs : max. 3h par visite
(pas de seuil contraignant pour les soins indirects, seulement un seuil indicatif dans le logiciel du praticien de l’art infirmier)
- Un pseudo-code ‘soins directs’ doit toujours être suivi d’au moins un code d’intervention pour des soins directs et peut éventuellement aussi être suivi d’un ou plusieurs code d’intervention pour des soins indirects.
Un pseudo-code ‘soins indirects’ doit toujours être suivi d’au moins un code d’intervention pour des soins indirects et ne peut pas être suivi de code(s) d’intervention pour des soins directs.
- Prestation relative (lieu) pour les pseudo-codes de soins directs :
 - Présence du code prestation relative.
 - Contrôle des prestations à distance : la prestation relative peut seulement être égale à 421396 (« à distance ») si tous les codes d’intervention associés sont autorisés à être effectués à distance.
- Pour le code forfait palliatif (423975), un message MyCarenet “notification patient palliatif” (420000) doit avoir été reçu.
- Contrôle sur les codes d’intervention:
 - Prestataire (vérifier uniquement qu’il s’agit d’un praticien de l’art infirmier (code profession 41))
 - Prescripteur (sauf pour les codes d’intervention 438653, 438675, 438712, 438815, 438852 et 438874)
- Les codes (ambulatoires) du projet pilote doivent être acceptés le premier et le dernier jour d’une hospitalisation (ainsi que le jour d’une hospitalisation de jour), sans que cela soit indiqué via le pseudo-code 426613 (bénéficiaire ayant le même jour la qualité d’hospitalisé et d’ambulatoire). La zone « prestation relative » est en effet déjà utilisée pour l’indication du lieu.
- Contrôle lecture eID: pour chaque enregistrement ‘soins directs’, un ET 52 doit être présent
- Cumul des prestations dans le cadre du projet pilote (pseudo-codes tarif horaire) et en dehors du projet pilote (nomenclature art. 8)
 - par le même infirmier pour le même patient le même jour : NON autorisé
 - par différents infirmiers pour le même patient le même jour : OUI autorisé, SAUF les forfaits A, B, ... (ces derniers ne sont PAS cumulables, pour un même patient le même jour, avec les pseudo-codes du projet pilote (tarif horaire))

[illegible]