

Projet pilote Nouveau financement des soins à domicile

Guide pour les pratiques candidats

Nov. 17, 2025

Table des matières



01	<u>Raison et objectifs du projet pilote</u>	3
	Pourquoi ce projet?	
	Objectifs de ce projet	
	Pourquoi participer?	
	À qui s'adresse le projet?	
02	<u>En quoi consiste la nouvelle méthode de travail et de financement?</u>	8
	Introduction	
	La nouvelle méthode de travail: la pratique pilote	
	La méthode de travail actuelle: la pratique de contrôle	
	Système de financement	
03	<u>Comment se déroule le processus de sélection?</u>	31
	Qui peut postuler?	
	Comment les participants sont-ils sélectionnés?	
	Comment postuler?	
04	<u>Que se passe-t-il si ma candidature est sélectionnée?</u>	40
05	<u>Annexes</u>	43

Raison et objectifs du projet pilote



01 Raison et objectifs du projet pilote

Pourquoi ce projet?

Objectifs de ce projet

Pourquoi participer?

À qui s'adresse le projet?

Raison et objectifs du projet pilote



Pourquoi ce projet pilote ?

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

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

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



Objectif du projet pilote



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

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

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



Raison et objectifs du projet pilote



Pourquoi participer ? Devenez un pionnier !

Ensemble, nous bâtissons un système de soins qui répond aux défis actuels d'aujourd'hui, afin de poser une base solide pour les soins à domicile de demain!

✓ **Façonner l'avenir des soins à domicile :**

En tant que participant, vous contribuez activement à un projet ambitieux qui renforce la qualité et est orienté vers le patient dans les soins à domicile. Votre contribution et expérience sont essentiels pour ajuster la méthode de travail proposée dans une direction qui réponde aux besoins des dispensateurs de soins et des patients et qui soit viable dans le futur.

✓ **Soins centrés sur le patient :**

En respectant l'emploi du temps plutôt que le volume de prestations pendant le projet pilote, nous donnons aux infirmiers l'espace pour dispenser aux patients les soins qu'ils jugent nécessaires, basé sur leur expertise en soins infirmiers et d'une approche des soins holistique. Cela permettra de mieux comprendre le type et la durée des soins nécessaires pour assurer des soins à domicile de qualité. Cela fournit des informations précieuses pour proposer, sur la base des résultats de l'étude, un nouveau financement pour les soins à domicile, ce qui permet d'obtenir de meilleurs résultats de soins et d'accroître la satisfaction des patients et des dispensateurs de soins.

✓ **Faire un premier pas vers le fonctionnement interdisciplinaire et la coordination des soins :**

Le nouveau système clarifie et stimule la coopération avec d'autres acteurs de soins, dans le but d'aboutir à terme à une analyse plus large et multidisciplinaire des besoins en soins d'un patient et à une gestion conjointe du plan de soins. De cette manière, nous allons vers des soins plus intégrés pour l'avenir.

✓ **Rendre la profession plus attrayante**

Le nouveau système vise à atteindre un meilleur équilibre entre la charge de travail et la qualité des soins et vise ainsi à accroître l'attractivité de la profession de soins à domicile. Nous avons besoin de votre avis et aimerions savoir dans quelle mesure ce projet répond à cet objectif.

Raison et objectifs du projet pilote



À qui s'adresse le projet ?



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

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



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

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

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



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

Introduction

Système de financement

La nouvelle méthode de travail: la pratique pilote

La méthode de travail actuelle: la pratique de contrôle



Introduction



En quoi consiste la nouvelle méthode de travail?

Les piliers de la nouvelle méthode de travail

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



Introduction



Le projet pilote comprend deux phases

Phase préparatoire

Mars 2026 – mai 2026

Projet pilote année 1

Juin 2026 – mai 2027

Projet pilote année 2

Juin 2027 – mai 2028

Activités des pratiques pilotes

- Les infirmiers sont formés à une nouvelle méthode de prestations de soins avec l'utilisation de BelRAI, l'utilisation de codes d'intervention, l'enregistrement du temps...
- La pratique enregistre la composition et les caractéristiques de la pratique
- Participer à des tâches de recherche scientifique

Les infirmiers font, comme aujourd'hui, leurs tournées infirmières, mais :

- les soins prestés sont enregistrés d'une manière différente (à savoir au moyen de codes d'intervention);
- les besoins en soins du patient sont évalués à l'aide des instruments BelRAI ;
- La pratique participe à la recherche scientifique
- La pratique tient à jour l'enregistrement de la pratique
- Pour les patients, rien ne change en termes de droits dérivés liés aux soins qu'ils reçoivent. Les patients ne subissent également aucune conséquence financière liée au projet pilote.

Financement

Indemnité de démarrage de la pratique

Il s'agit d'une compensation pour le travail préparatoire.

Compensation des tâches liées à l'évaluation scientifique

- ✓ 20 € par enquête complète soumise par des infirmiers et des aides-soignants
- ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus groupe
- ✓ 50 € par transfert de données

Compensation de l'activité de soins

- ✓ Un tarif horaire pour les soins et un tarif horaire pour les déplacements
- ✓ Compensation de permanence
- ✓ Compensation rurale

Compensation des tâches liées à la participation à l'étude

- ✓ 20 € par enquête complète soumise par des dispensateurs de soins
- ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus group
- ✓ 50 € par transfert de données

Compensation des bonnes pratiques

- ✓ La prime télématique, la prime de formation et l'intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques liés aux soins à domicile sont maintenues.
- ✓ Les pratiques participantes peuvent en outre demander un (nouveau) financement incitatif de la pratique, qui encourage et valorise la qualité des pratiques.

Nouveau système de financement



Aperçu

Système de financement

1	 Financement des activités	Tarif horaire
		Compensation de permanence
		Compensation rurale
2	 Financement de la pratique	La poursuite des primes actuelles
		Nouveau: financement incitatif de la pratique

Rémunérations supplémentaires

	Indemnité de démarrage	
	Compensation des tâches liées à la participation à l'étude	

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

1. Financement d'activités

La compensation basé sur une prestation réalisée (facturation d'un code de nomenclature exécuté) est remplacé par une compensation basé sur le temps passé avec un patient. Cela se traduit par un tarif horaire. La compensation rurale sera maintenu et une compensation de permanence pour des patients palliatifs sera prévue.

2. Financement de la pratique

Les primes actuelles seront maintenues. De plus, il y a un financement incitatif de la pratique, ce qui stimule et valorise la qualité de la pratique.

Rémunérations supplémentaires

1. Pour compenser les travaux préparatoires pendant la phase de démarrage (voir diapositives 20-22), la pratique pilote reçoit une indemnité de démarrage.
2. Pour compenser leur participation à l'évaluation scientifique, les pratiques pilotes et les pratiques de contrôle reçoivent une compensation via le KCE (voir diapositive 30).



Nouveau système de financement



Aperçu du financement des activités

Tarif horaire*	Compensation de permanence
Pour les soins	
59,10 € par heure* <i>Jours ouvrables</i>	37,30 € <i>Par jour de soins</i>
79,10 € par heure* <i>Pendant le week-end</i>	
Déplacement	Compensation rurale
39,10 € par heure* <i>Jours ouvrables & week-end</i>	3,13 € <i>Par séance de soins**</i>

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

Tarifs

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

Indexation

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

* Montants 2025.

** Voir l'explication dans le glossaire à la diapositive 45.

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



Nouveau système de financement



Tarif horaire

Tarif horaire*

Pour les soins

59,10 € par heure*
Jours ouvrables

79,10 € par heure*
Pendant le week-end

Déplacement

39,10 € par heure*
Jours ouvrables & week-end

L'objet du tarif horaire

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

Temps de soins directs et indirects

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

Pas de contribution personnelle

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

Compensation du matériel

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

* Montants 2025

Nouveau système de financement



Tarif horaire

Tarif horaire*

Pour les soins

59,10 € par heure*
Jours ouvrables

79,10 € par heure*
Pendant le week-end

Déplacement

39,10 € par heure*
Jours ouvrables & week-end

Utilisation et fonction des codes d'intervention

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

Enregistrement des codes de temps de soins et d'intervention

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

Seuils lors de l'enregistrement et de la facturation

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

Nouveau système de financement



Compensation de permanence et compensation rurale

Compensation de permanence

37,30 €
Par jour de soins

Compensation rurale

3,13 €
Par séance de soins**

Compensation de permanence au lieu d'un forfait palliatif

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

Compensation rurale

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

* Souvent utilisé pour indiquer qu'un forfait palliatif est versé à un patient donné.

** Voir l'explication dans le glossaire à la diapositive 45.

*** Tel que défini dans la convention nationale, art 4. § 2.



Nouveau système de financement



Aperçu du financement de la pratique

Le financement de la pratique se compose de deux volets.

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

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

1

Les primes actuelles,

Poursuite par traduction des conditions d'activité

- Prime télématique (800 €/an) et prime formation (175 €/an)
 - Automatiquement chaque année sur la base des données de ProSanté, comme dans le système actuel
 - Valeur seuil de 40 000 € de prestations infirmières remboursées via le tarif horaire (équivalent à 7000 valeurs W).

2

Le financement incitatif de la pratique

Nouveau

- Intervention forfaitaire
 - Demande par la pratique (ou structure regroupée) via un formulaire spécifique pour le projet pilote.
 - Demandée et versée tous les 6 mois.

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



Nouveau système de financement



Le financement incitatif de la pratique

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

Le financement incitatif de la pratique

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

Max 44 points par ETP (par pratique)

11 Caractéristiques

Demande et paiement 2 fois par an

Attribution des points

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

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

Affectation par la pratique

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

Demande et versement

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

Incitation spécifique pour les petites pratiques

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

Indexation

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



Nouveau système de financement



Indemnité de démarrage pour la pratique pilote

Avant la préparation

Chaque pratique pilote recevra **4 969 € par ETP** pour sa participation à l'étude pilote. Ce montant indemnise les dispensateurs de soins pour le temps dont ils ont besoin pour se préparer à la nouvelle méthode de travail. Les tâches liées à ce montant sont expliquées sur les diapositives 20 à 22.

Raison et objectifs du projet pilote



Qui peut participer ?

Tous les pratiques d'au moins 3 infirmier(e)s actives dans le domaine des soins à domicile peuvent postuler.

Pratiques participantes



Pratique pilote



Pratique de contrôle

Il y a deux possibilités de participer :

1. En tant que pratique pilote

vous travaillez dans le système de financement alternatif en vue de collecter des données, des informations sur les meilleures pratiques, ...

2. En tant que pratique de contrôle

vous continuerez à travailler selon le système actuel, mais vous fournirez des informations sur la composition de la pratique et vous participerez à l'évaluation (sous la forme d'un groupe de discussion, d'une interview et d'une enquête). L'activité fournie (art. 8) est suivie dans le cadre de l'étude scientifique.

Les deux groupes sont d'une grande importance pour une comparaison et une analyse bien fondées.



Tâches pilote pratique



Préparation

Pendant le pilote

Après le pilote

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

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

La compensation pour cela est expliquée à la diapositive 27.



Tâches pilote pratique



Préparation

Pendant le pilote

Après le pilote

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

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

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



Tâches pilote pratique



Préparation

Pendant le pilote

Après le pilote

3. Préparation de l'évaluation scientifique

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



Tâches pilote pratique



Préparation

Pendant le pilote

Après le pilote

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

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

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

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



Tâches pilote pratique



Préparation

Pendant le pilote

Après le pilote

2. Enregistrez les activités de soins

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

* Voir glossaire, diapositive 44.



Tâches pilote pratique



Préparation

Pendant le pilote

Après le pilote

3. Introduisez une demande de financement incitatif de la pratique

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

4. Tenir à jour les informations de la pratique

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

La nouvelle méthode de travail



Tâches pilote pratique



Préparation

Pendant le pilote

Après le pilote

5. Participez à l'étude

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



Aperçu des périodes de mesure et des transferts de données



Pratiques de contrôle

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

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

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



Introduction



La pratique de contrôle comporte également deux phases de projet

Phase préparatoire

Mars 2026 – mai 2026

Projet pilote année 1

Juin 2026 – mai 2027

Projet pilote année 2

Juin 2027 jusqu'à et y compris mai 2028

Activités des pratiques de contrôle

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

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

Financement

Frais pour les tâches d'évaluation scientifique*

- ✓ 20 € par enquête complète soumise par des infirmiers et des aide-soignants
- ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus group
- ✓ 50 € par transfert de données

Frais pour les tâches d'évaluation scientifique*

- ✓ 20 € par enquête complète soumise par des infirmiers et des aides-soignants
- ✓ 60 €/h par participation à une interview ou à un focus group
- ✓ 50 € par transfert de données

*Ces frais sont expliqués plus en détail à la diapositive 30.



Tâches de la pratique de contrôle



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

1. Pendant la phase de préparation

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

2. Pendant le projet pilote

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



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



Participation aux tâches de l'étude

Dans le cadre de l'évaluation

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

1. **20 € par**
2. **60 €/h par**
3. **50 € par**



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



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

Comment se déroule le processus de sélection?



03 **Comment se déroule le processus de sélection?**

Qui peut postuler?

Comment les participants sont-ils sélectionnés?

Comment postuler?

Qui peut participer?



Qui peut postuler?

Conditions d'admissibilité (1/2)

La sélection des pratiques participantes* se fait via un appel ouvert. Les pratiques qui répondent aux conditions d'admissibilité suivantes peuvent s'appliquer :

1. Les pratiques doivent répondre aux critères d'une « équipe structurelle », ce qui signifie qu'au moins 3 infirmiers doivent être actifs, dont au moins 1 IRSG est ou sera être formé comme évaluateur BelRAI et la pratique doit répondre aux conditions pour travailler avec des aide-soignants.
2. Les pratiques doivent être capables d'enregistrer les données nécessaires et de les rendre disponible pour l'évaluation du projet. C'est pourquoi ils doivent utiliser un logiciel homologué dans lequel un système d'enregistrement est intégré au projet, afin de pouvoir:
 - *Une pratique est ici définie comme une unité composée d'un ou plusieurs dispensateurs de soins qui organisent ensemble les activités de soins infirmiers à domicile. Les pratiques peuvent également inclure des groupes internes qui assurent les soins à une patientèle** distincte, identifiables comme sous-pratiques*
 - 1. *Enregistrer les soins et le temps de déplacement liés à la lecture de l'e-ID,*
 - 2. *Enregistrer les codes d'intervention,*
 - 3. *Générer un dossier de facturation, conformément aux instructions de facturation convenues dans le cadre de l'art. 56.*

* Voir la définition détaillée dans le glossaire de la diapositive 44.

** Voir la définition détaillée dans le glossaire de la diapositive 45.

Qui peut participer?



Qui peut postuler?

Conditions d'admissibilité (2/2)

3. L'ensemble de la (sous-)pratique doit participer au projet pilote.
4. Les pratiques désignent un SPOC (Single Point Of Contact) pour le partenaire opérationnel, l'INAMI et l'équipe scientifique liée au projet pilote.
5. Les pratiques participantes doivent signer une « déclaration sur l'honneur » confirmant qu'elles respectent la législation en vigueur et s'engagent à une gestion de qualité. Cette déclaration implique notamment l'attention portée à la lecture de l'e-ID, l'organisation de formations, la consignation des observations dans le dossier infirmier... En envoyant cette déclaration, les pratiques indiquent qu'elles s'alignent sur les principes et objectifs du projet pilote.



Qui peut postuler?

Informations complémentaires (1/2)

- A l'arrivée de collaborateur(s)...
 - ... cela doit être indiqué dans ProSanté au plus tard le dernier jour du mois civil au cours duquel un changement de composition a lieu, même pour les collaborateurs intérimaires et temporaires.
 - Des formations sur la philosophie du projet, l'outil informatique et une introduction approfondie à BelRAI, y compris certains aspects du screener, sont dispensées dans le mois après l'entrée en vigueur de l'accord avec le nouveau collaborateur. Lorsqu'un IRSG est engagé en tant qu'évaluateur, l'ensemble de la formation pour devenir évaluateur est également dispensé dans un délai de trois mois. La personne responsable évalue la faisabilité et l'opportunité de former des collaborateurs temporaires.
- En cas de sortie de collaborateur(s)...
 - ... Le départ du collaborateur sera notifié via ProSanté.
 - Une pratique qui ne répond plus aux exigences d'une équipe structurelle en raison du départ d'un collaborateur dispose d'un délai de 3 mois pour être à nouveau conforme. Si cela ne fonctionne pas, la pratique peut être exclue du projet pilote.



Qui peut postuler?

Informations complémentaires (2/2)

- Si le seul IRSG d'une pratique participante qui possède le certificat d'évaluateur BelRAI est absent pendant une longue période ou n'est plus actif au sein de la pratique, la pratique dispose d'un délai de 3 mois pour avoir un autre IRSG avec le certificat d'évaluateur BelRAI. Si cela ne marche pas, la pratique peut être exclue du projet pilote.
- Dans le cadre de l'emploi d'une (sous-)pratique, qui est entré dans le projet pilote, chaque prestataire de soins (infirmier + superviseur) travaille pour son emploi à temps plein dans le cadre du projet pilote. L'enregistrement de la pratique indique si le prestataire de soins est déployé sur une base structurelle pour des activités financées en dehors de l'article 8.
- Si les dispensateurs de soins exercent aujourd'hui **des activités structurelles** pour des maisons médicales, des pratiques de médecine générale, des hôpitaux... **ils peuvent continuer à le faire**. Ces activités sont inscrites dans le cadre du projet pilote lorsqu'elles font partie d'une tournée régulière des soins infirmiers. Une tournée qui fait spécifiquement partie d'un partenariat (ex. une série d'analyses sanguines pour un hôpital) ou d'une permanence structurelle, par exemple dans une maison médicale ou une pratique de médecine générale, n'est pas enregistré dans l'enregistrement du financement des activités.

Comment les participants sont-ils sélectionnés ?



Critères de sélection

(1/2)

Si une candidature remplit les conditions d'admissibilité, elle sera inscrite sur la liste des candidatures. Ils seront ensuite classés entre eux sur la base des critères ci-dessous et sélectionnés en fonction (1) de leur rang et (2) de la représentation nécessaire de tous les types de (sous-)pratiques de l'échantillon.

Un critère de sélection est utilisé au niveau individuel pour classer les (sous-)pratiques candidats.

- **La part des activités relevant de l'article 8 de la nomenclature par rapport à l'ensemble des activités :**

Plus la part des activités de la pratique est élevée, meilleur sera le score de la candidature sur ce critère. La pratique candidate démontre cette part en indiquant dans sa candidature le pourcentage d'attestations relevant de l'article 8 en 2024 :

- (1) Quel montant la pratique a obtenu en 2024 en remboursement par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de l'article 8 de la nomenclature des prestations médicales, et
- (2) Quel était le pourcentage de l'attestation de l'article 8 de la (sous-)pratique en 2024 par rapport au chiffre d'affaires total. Le chiffre d'affaires total est calculé sans tenir compte des subventions.

La définition d'une (sous-)pratique, telle qu'elle est mentionnée ici, est décrite dans le glossaire (diapositive 44).

Comment les participants sont-ils sélectionnés ?



Critères de sélection

(2/2)

Si une candidature remplit les conditions d'ammissibilité, elle sera inscrite sur la liste des candidatures. Ils seront ensuite classés entre eux sur la base des critères ci-dessous et sélectionnés en fonction (1) de leur rang et (2) de la représentation nécessaire de tous les types de (sous-)pratiques de l'échantillon.

Le Comité d'accompagnement se réserve le droit, sur proposition de l'INAMI, d'effectuer une sélection en vue d'une participation équilibrée du secteur, en tenant compte des aspects suivants :

1. Répartition linguistique : l'objectif est d'atteindre 60 % de (sous-)pratiques participantes néerlandophones et 40 % francophones
2. Répartition du statut : l'objectif est d'avoir 50 % de professionnels indépendants et 50 % de salariés parmi les (sous-)pratiques participantes.
3. Différents types de taille de (sous-)pratique, calculés sur base du nombre d'ETP*
 1. Une petite (sous-)pratique : #ETP < 10;
 2. Une (sous-)pratique moyenne : 10 ≤ #ETP ≤ 20;
 3. Une grande (sous-)pratique : #ETP > 20.
4. Localisation de la (sous-)pratique (rurale, urbaine ou métropolitaine) et répartition géographique entre les différentes provinces.
5. Équilibre dans l'orientation des soins des (sous-)pratiques candidats : la sélection des (sous-)pratiques candidats vise une représentation équilibrée entre, d'une part, les (sous-)pratiques actives dans plusieurs formes de soins relevant de l'article 8, et d'autre part, celles qui se concentrent principalement sur un nombre limité de types de soins. Il est tenu compte du nombre de rubriques de l'article 8 dans lesquelles une pratique a attesté en 2024.

* Voir la définition détaillée dans le glossaire de la diapositive 45.

Comment postuler ?



Processus de sélection

Sélection

Novembre 2025 - février 2026

1. Les inscriptions sont possibles de 17 novembre 2025 au 16 janvier 2026
2. Les pratiques peuvent postuler en envoyant le formulaire de candidature complété avec la déclaration sur l'honneur signée par e-mail à nursesnom@riziv-inami.fgov.be
3. Si la candidature est bien reçue, vous recevrez un courriel de confirmation
4. La sélection des pratiques sera annoncée début février
5. Après la sélection, une convention est établie et signée entre la pratique participante et l'INAMI
6. Les pratiques sélectionnées seront informés des détails des prochaines étapes par le biais de séances d'information

Phase préparatoire

Mars '26 –mai '26

7. Les préparatifs du projet pilote commencent avec un kick-off et dureront 3 mois

Projet pilote année 1

Juin '26 jusqu'à et y compris mai '27

8. Le projet pilote avec la nouvelle méthode de travail et de financement démarrera après la phase de préparation et durera 2 ans



Comment postuler ?



Vous avez encore des questions ?

Les prochaines étapes que vous pouvez prendre...

- Regardez la vidéo d'introduction, participez à la séance d'information ou consultez la FAQ via le site web de l'INAMI.

Où la réponse que vous cherchez n'y est pas? Contactez-nous!

- Pour questions concernant la soumission de la candidature ou la sélection :
- Pour questions concernant le projet pilote même, le système de financement alternatif, les intérêts ou des questions informatives avant de pouvoir présenter votre candidature :
- Pour questions sur la recherche scientifique :

✉ nursemnom@riziv-inami.fgov.be

✉ etude-infirmiers@riziv-inami.fgov.be

✉ info@kce.fgov.be

Que se passe-t-il si ma candidature est sélectionnée?



04 Que se passe-t-il si ma candidature est sélectionnée ?

Procédure de démarrage



Sélection

Novembre - février 2025

1. Les inscriptions sont possibles du 17 novembre au 16 janvier
2. Les pratiques peuvent postuler en envoyant le dossier complété avec déclaration sur l'honneur signée par e-mail à *nursenom@riziv-inami.fgov.be*
3. Si la demande est bien reçue, vous recevrez un courriel de confirmation
4. La sélection des pratiques sera annoncée début février
5. Après la sélection, un accord est établi et signé entre la pratique participante et l'INAMI
6. Les pratiques sélectionnées seront informés des détails des prochaines étapes par le biais de séances d'information

Phase préparatoire

Mars '26 – mai '26

7. Les préparatifs du projet pilote commencent avec un kick-off et dureront 3 mois

Projet pilote année 1

Juin '26 jusqu'à et y compris mai '27

8. Le projet pilote avec la nouvelle méthode de travail et de financement démarrera après la phase de préparation et durera 2 ans

Que se passe-t-il si ma candidature est approuvée ?



Conclure un accord

Conclure un accord

Un accord est conclu entre la pratique candidate et l'INAMI. La pratique s'engage à tester la nouvelle méthode de travail et de financement en tant que pratique pilote ou à participer en tant que pratique de contrôle. Une partie de cet accord pour les pratiques pilotes et de contrôle participantes est une « déclaration sur l'honneur », dans laquelle la pratique déclare qu'elle adhère à la législation applicable et s'efforce d'adopter des pratiques de qualité correctes. Les points d'attention comprennent la lecture dans l'e-ID, l'organisation de la formation, l'application correcte des codes d'intervention et des enregistrements de temps, l'enregistrement des observations dans le dossier de soins infirmiers, la demande correcte d'un financement incitatif de la pratique, etc. Avec cette déclaration, les pratiques indiquent qu'elles sont alignées sur les principes et les objectifs du projet pilote.

Planification et durée de l'accord

Vous recevezz un message de la sélection peu de temps après. Si vous êtes choisi comme participant, la prochaine étape consiste à signer l'accord pour la durée du projet pilote. Nous vous contacterons à ce sujet et vous invitons à y convenir ensemble dans le courant de fin janvier et du début février 2026. L'accord entrera en vigueur le premier mars 2026, le début de la phase de préparation, et se poursuivra jusqu'au dernier jour du projet pilote, le 31 mai 2028. Ce calendrier peut être modifié si les préparatifs nécessaires au projet prennent du retard.

Prochaines étapes après la signature

Après la signature de l'accord, un certain nombre de moments d'information seront programmés pour expliquer en détail l'avancement du projet et guider les pratiques participantes dans leurs premières tâches pendant la période préparatoire (du premier mars jusqu'à et y compris 31 mai 2026). En outre, les pratiques participantes recevront également plus d'informations de la part du KCE pour leur participation à l'évaluation scientifique.

05 Annexes

Glossaire	44
Données à fournir pendant le pilote	47
Caractéristiques du financement incitatif de la pratique	49

Glossaire



1

Terme	Explication
Une pratique (telle que définie dans le projet pilote)	<p>Une pratique de soins à domicile est une unité d'un ou plusieurs dispensateurs de soins qui prend (conjointement) en charge l'organisation de l'activité de soins à domicile d'un patient. La composition d'une pratique peut être composée d'un ou plusieurs infirmiers, si nécessaire et si les conditions d'une équipe structurelle telles que décrites à l'art. 3 §1 de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 sont remplies, complétées par des aides-soignants. Dans le cas où des groupes internes de dispensateurs de soins prennent en charge un patient distinct au sein d'une pratique (pratique salariée ou pratique indépendante), ils peuvent être identifiés comme une sous-pratique.</p> <p>La pratique et/ou la sous-pratique est responsable de la gestion conjointe d'une base de données de patients. Cela signifie : la classification des soins et le degré de besoin de soins, la planification des soins, le processus éventuel de délégation des soins aux aides-soignants, la mise en œuvre des soins, le contrôle de la qualité des prestations de soins par les dispensateurs de soins concernés, la mise en œuvre et la mise à jour du dossier patient, l'enregistrement des prestations pour la facturation.</p> <p>La gestion conjointe du dossier patient nécessite l'utilisation d'un seul dossier patient par patient via un logiciel homologué commun.</p> <p>La pratique et/ou la sous-pratique sont gérées sous une responsabilité centrale qui assume divers rôles. Ces rôles peuvent être assumés par une ou plusieurs personnes. Au moins une de ces personnes doit être un assistant en soins infirmiers avec un numéro INAMI.</p>
Le partenaire opérationnel	<p>Le partenaire opérationnel sera le premier point de contact pour les pratiques participantes. Il gère le helpdesk, offre un soutien, un accompagnement et dispense des formations. Il coordonne également la communication entre les parties participantes et les autres parties prenantes du projet afin de garantir une collaboration fluide.</p>

Glossaire



Terme	Explication
Journée ETP	Une journée de travail de 7 heures et 36 minutes.
ETP (tel que défini dans le projet pilote)	<p>La réglementation existante relative à la détermination des ETP dans le cadre de la compensation forfaitaire des frais spécifiques pour les prestations de soins à domicile (art. 4 de l'arrêté royal du 16 avril 2002) sert de base au calcul du nombre d'ETP dans le cadre du projet pilote.</p> <p>Le nombre d'ETP d'une (sous-)pratique est déterminé en divisant le nombre moyen de jours-ETP par le nombre de jours ouvrables au cours du dernier trimestre. Pour éviter toute ambiguïté, les activités effectuées en dehors de l'article 8 sont prises en compte pour la détermination du nombre d'ETP. Cela donne le nombre moyen d'ETP pour ce trimestre. Une journée de travail est déterminée en fonction du statut de l'prestataire de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmiers salariés (à temps plein) : le nombre de jours de travail par trimestre (jours de travail intégralement remboursés par l'employeur), • Infirmiers salariés (à temps partiel) : le nombre d'heures rémunérées par trimestre, • Infirmiers statutaires : le nombre de jours de travail par trimestre (jours travaillés par l'infirmier(e)), • Infirmiers statutaires (à temps partiel) : avec le nombre d'heures rémunérées par trimestre, • Infirmiers indépendants : nombre d'heures travaillées dans le service de soins à domicile, un maximum de 7 heures 36 minutes peut être pris en compte par personne physique et par jour.
Séance de soins dans le cadre de la compensation rurale	Moment enregistré des soins d'un infirmier à domicile auprès d'un patient dans les communes reconnues dans la convention nationale W/97, art. 4 § 2, y compris tous les soins prodigués au cours de cette visite.
Patientèle	La patientèle désigne le groupe de patients dont une pratique ou un prestataire de soins est responsable dans le cadre de la prestation de soins. En soins infirmiers à domicile, cela concerne l'ensemble des personnes desservies par une unité locorégionale composée d'un ou plusieurs dispensateurs de soins , incluant l'organisation des soins, la planification, l'évaluation des besoins et la gestion des dossiers patients.

Glossaire



Terme	Explication
Soins directs	<p>Les soins directs sont des soins dans lesquels le prestateur de soins interagit directement avec le patient au moment des soins. Les soins directs sont généralement dispensés en présence physique du patient, mais ils peuvent également être dispensés à distance.</p>
Soins indirects	<p>Dans les soins indirects, l'interaction directe avec le patient n'est pas nécessaire, mais elle est possible.</p>
Soins à distance	<p>Le remplacement ou l'ajout d'une visite physique par un infirmier à domicile au patient par un contact individuel par consultation vidéo, avec la même durée globale, le même contenu de soins et le même objectif. Ce contact peut avoir lieu dans le cadre du suivi infirmier, de la coordination des soins, de la prévention et de la promotion de la santé. Les contacts purement administratifs ou logistiques ne sont pas considérés comme des soins à distance.</p> <p>Les soins à distance peuvent être dispensés dans les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• La prise en charge à distance n'est possible que pour un nombre défini de codes d'intervention.• Les soins à distance sont fournis par liaison vidéo.• Les soins à distance doivent être précédés de soins en présence physique du soignant auprès du patient.• L'infirmier à domicile doit toujours vérifier si les soins à distance sont responsables et peuvent garantir le même niveau de soins sûrs et de qualité.• La liberté de choix et la culture numérique du patient doivent toujours être prises en compte.• Les soins à distance peuvent être appliqués de manière répétée, à condition que cela soit responsable du contenu des soins et ne conduise pas au remplacement structurel des moments de soins physiques nécessaires. Le jugement professionnel de l'infirmier à domicile est déterminant à cet égard.• Tout contact à distance est entièrement et correctement documenté dans le dossier patient, en indiquant la date, la durée, le mode de communication utilisé, les interventions effectuées et les observations pertinentes.• Les moyens de communication utilisés pour établir le lien vidéo doivent être conformes aux normes applicables en matière de sécurité, de respect de la vie privée et de secret médical.

Données à fournir pendant le pilote



2

Cette partie est encore en cours d'élaboration. La version finale sera communiquée avant le lancement du projet pilote.

1. Une pratique participante sera transmise aux dates suivantes à l'INAMI et au sous-traitant du KCE.

	Dans ProSanté	Sur la plateforme de recherche
Administrateur	INAMI	Sous-traitant du KCE
Temps et fréquence	Une fois au début du projet pilote et par la suite en cas de modification de la composition de la pratique de soins à domicile, y compris pour les collaborateurs temporaires, être ajusté via ProSanté au plus tard le dernier jour du mois.	Une fois au début du pilote Par la suite tous les 6 mois Total : 5 fois
Données à fournir	<ul style="list-style-type: none"> • Nom de la pratique et sous-pratiques possibles • Personne de contact avec nom et adresse e-mail • Adresse de la pratique • Le numéro de compte de la pratique • BCE ou numéro d'identification de la pratique • Numéro de groupe/tiers payeur de la pratique • Type de pratique (pratique pilote ou de contrôle) • Le nombre d'ETP travaillant dans la (sous-)pratique participante (selon la définition en annexe de la diapositive 45) • Le nombre d'ETP qui sont déployés structurellement pour des activités financées en dehors de l'article 8 (ex. tournée structurelle de soins infirmiers pour une maison médicale ou pour un hôpital/laboratoire dans le cadre d'analyses sanguines, permanence structurelle dans une pratique généraliste, ...) • Numéros INAMI des infirmiers à domicile et/ou aide-soignants participants • Composition de la pratique • Au niveau des dispensateurs de soins <ul style="list-style-type: none"> • Ancienneté • Taux d'emploi • Diplôme • Fonction • Les rôles responsables : <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la pratique • Coordination des soins • Programmation des soins • Continuité des soins • Qualité des soins • Enregistrement des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau de la pratique <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques du financement incitatif de la pratique • Caractéristiques de la pratique • Méthode de travail

Données à fournir pendant le pilote



2

Cette partie est encore en cours d'élaboration. La version finale sera communiquée avant le lancement du projet pilote.

3. Sondages remplis par les dispensateurs de soins et les patients

- Les pratiques participantes sont prêtes à participer aux enquêtes dans le cadre de l'évaluation scientifique et à les transmettre au sous-traitant du KCE.

4. La pratique est prête à fournir au moins les renseignements suivants :

- **Données liées à l'activité de la pratique (via l'enregistrement des codes d'intervention)**
 - Prestations (y compris les prestations non mentionnées à l'article 8 : paramètres, collyres sauf intervention chirurgicale,...)
 - Données collectées dans le cadre du BelRAI.

Caractéristiques du financement incitatif de la pratique

3



	Caractéristique	Que signifie un score de 0 pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 2 points pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 4 points pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour justifier le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
1	Eén uniek patiëntendossier • aan de hand waarvan het verpleegproces opgevolgd wordt • dat toelaat extern gegevens te delen met andere zorgverleners, patiënten en/of mantelzorgers • dat qua inhoud voldoet aan de wetgeving	<ul style="list-style-type: none"> Er wordt NIET gewerkt met een gehomologeerd EVD OF Inhoud is NIET in lijn met de wetgeving OF Er is NIET voor elke patiënt een uniek verpleegdossier 	<ul style="list-style-type: none"> Er wordt gewerkt met een gehomologeerd EVD EN Inhoud is volledig in lijn met de wetgeving EN Er is voor elke patiënt een uniek verpleegdossier Maar: Een nieuwe praktijk, gevormd wordt door twee of meerdere praktijken met een verschillend dossier, is nog niet geëvalueerd is naar één uniek dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> Er wordt gewerkt met een gehomologeerd EVD EN Inhoud is volledig in lijn met de wetgeving EN Er is voor elke patiënt een uniek verpleegdossier 	<ul style="list-style-type: none"> Naam van (gehomologeerde) softwarepakket Uniek dossier: derdebetalersnummer 	1 jaar
1	Un dossier patient unique • Sur base duquel le processus des soins infirmiers est contrôlé • qui permet le partage externe de données avec d'autres prestataires de soins de santé, des patients et/ou des soignants informels • Qui respecte la législation en termes de contenu	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a PAS de DIE homologuée OU Le contenu n'est pas conforme à la législation OU Il n'y a PAS de dossier infirmier unique pour chaque patient. 	<ul style="list-style-type: none"> Il y a un DIE homologué ET Le contenu est entièrement conforme à la législation ET il existe un dossier infirmier unique pour chaque patient Mais : une nouvelle pratique (groupement) formée par deux ou plusieurs pratiques avec un dossier différent, n'a pas encore évolué en un dossier unique. 	<ul style="list-style-type: none"> Il y a un DIE homologué ET le contenu est entièrement conforme à la législation ET il existe un dossier infirmier unique pour chaque patient. 	<ul style="list-style-type: none"> Nom du logiciel (homologué) Fichier unique : numéro du tiers payant 	1 an
2	Continuité van zorg: 7/7 - 24/24 zorg garanderen Bereikbaarheid en beschikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk kan GEEN 24u/24 bereikbaarheid aantonen (zelf of uitbesteed) EN de praktijk is NIET 24u/24 beschikbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk kan 24u/24 bereikbaarheid aantonen (zelf of uitbesteed), maar de praktijk is NIET 24u/24 beschikbaar. 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk kan een 24u/24 bereikbaarheid aantonen (zelf of uitbesteed) EN De praktijk is 24u/24 beschikbaar 	<ul style="list-style-type: none"> Communicatie van bereikbaarheid aan patiënt (voor score 2) Beschrijving van het wachtbeleid: beleid inzake beschikbaarheid, beleid inzake maximale termijn tot vertrek naar een zorg, ... (voor score 4) 	Geen max. termijn
2	Continuité des soins : garantir des soins 7/7 - 24/24 Accessibilité et disponibilité	<ul style="list-style-type: none"> La pratique ne peut pas démontrer une accessibilité 24/7 (auto ou externalisée) ET La pratique n'est PAS disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique peut démontrer qu'elle est joignable 24 heures sur 24 (en interne ou en sous-traitance), mais La pratique n'est PAS disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique peut justifier être joignable 24 heures sur 24 (interne ou externalisée) ET La pratique est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. 	<ul style="list-style-type: none"> Communication de l'accessibilité au patient (pour le score 2) Description de la politique d'attente: politique de disponibilité, politique de délai pour sortir pour un soin, ... (pour le score 4) 	Pas de durée maximale

Caractéristiques du financement incitatif de la pratique

3

	Caractéristique	Que signifie un score de 0 pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 2 points pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 4 points pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour justifier le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
3	Referentieverpleegkundigen worden ingezet binnen de praktijk, minstens voor wondzorg en diabetes. Deze kunnen beschikbaar zijn binnen de eigen praktijk of via het doorverwijzen naar een andere praktijk.	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt zelf niet over referentieverpleegkundigen wondzorg, noch over diabeteseducatoren. De praktijk kan geen samenwerking op gestructureerde basis aantonen met externe referentieverpleegkundigen 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk kan beroep doen op beide types referentieverpleegkundigen, ofwel doordat deze aanwezig zijn in de eigen praktijk, ofwel doordat de praktijk een samenwerking op gestructureerde basis kan aantonen met externe referentieverpleegkundigen De referentieverpleegkundigen waarop beroep wordt gedaan hebben gedurende de voorbije 4 jaar 60u specifieke vorming gerelateerd aan het referentiedomein gevuld. 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt zelf over referentieverpleegkundigen wondzorg en diabeteseducatoren EN De referentieverpleegkundigen hebben gedurende de vier voorbije jaren 60u specifieke vorming gerelateerd aan het referentiedomein gevuld. 	<ul style="list-style-type: none"> Voor interne referentieverpleegkundigen: zie praktijkregistratie Indien geen eigen referentieverpleegkundige: rapportering over het samenwerkingsverband of contactgegevens samenwerkende partners 	Geen max. termijn
3	Des infirmières relais sont déployées au sein de la pratique, au moins pour les soins des plaies et le diabète. Ceux-ci peuvent être disponibles au sein de leur propre pratique ou par l'intermédiaire d'un autre groupement.	<ul style="list-style-type: none"> La pratique elle-même n'a pas d'infirmières relais pour le traitement des plaies, ni d'éducateurs en diabétologie. La pratique ne peut pas démontrer qu'elle collabore avec des infirmières relais externes (sur une base structurée) 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique peut faire appel aux deux types d'infirmières relais, soit parce qu'elles sont présentes dans la pratique elle-même, soit parce que la pratique peut démontrer une collaboration avec des infirmières relais externes (sur une base structurée) ET Sur les 4 dernières années, les 60 heures de formation spécifique liées au domaine de référence sont réalisées. 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique dispose de ses propres infirmières relais pour le traitement des plaies et de ses propres éducateurs en diabétologie ET Sur les 4 dernières années, les 60 heures de formation spécifique liées au domaine de référence sont réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les infirmières de référence interne : voir enregistrement de la pratique S'il n'y a pas d'infirmière relais propre : rapport sur le partenariat de collaboration ou données de contact des partenaires de collaboration 	Pas de durée maximale
4	Aanwezigheid van een gestructureerd beleid rond vorming, training en opleiding voor verpleeg- en zorgkundigen • Minstens 20 uur vorming per FTE per jaar (vanaf opstart pilotoproject)	Per FTE wordt minder dan 5u opleiding per jaar gerealiseerd.	De praktijk heeft een centraal opleidingsbeleid EN per FTE wordt minstens 5u opleiding (o.b.v. opleidingspremie), maar minder dan 20u per jaar gerealiseerd.	De praktijk heeft een centraal opleidingsbeleid EN per FTE wordt minstens 20u opleiding per jaar gerealiseerd.	Opleidingsbeleid In geval van specifieke controle kan aan de praktijk gevraagd worden om de portfolio's van zijn verpleegkundigen op te vragen	Geen max. termijn
4	Présence d'une politique structurée en matière d' éducation, de formation et d'enseignement pour les infirmières et les aides-soignants . • Au moins 20 heures de formation par ETP et par an (à partir du démarrage du projet pilote)	Moins de 5 heures de formation par ETP sont réalisées par an.	La pratique dispose d'une politique de formation centralisée ET d'au moins 5 heures de formation par ETP (sur la base de la prime de formation), mais moins de 20 heures par an.	La pratique dispose d'une politique centrale de formation ET au moins 20 heures de formation par ETP sont réalisées par an.	Politique de formation En cas de vérification spécifique, la pratique peut être invitée à demander les portfolios de ses infirmières.	Pas de durée maximale
5	Aanwezigheid van een gestructureerd beleid vorming, training en opleiding voor de leidinggevenden/verantwoordelijken van de (deel)praktijken	Er is geen beleid.	Er is een beleid in ontwikkeling.	Er is een beleid én er kan een opleidingsplan voorgelegd worden EN er wordt minstens 8u opleiding per jaar gerealiseerd per leidinggevende / verantwoordelijke.	Beleidsplan Verklaring op eer (indien beleidsplan in ontwikkeling is)	6 maanden
5	Présence d'une politique structurée d' éducation, de formation et d'enseignement pour les gestionnaires/responsables des (sous-)pratiques	Il n'y a pas de politique.	Une politique est en cours d'élaboration.	Il existe une politique et un plan de formation peut être présenté ET au moins 8 heures de formation par an sont réalisées par responsable/manager.	Plan de formation Déclaration sur l'honneur (si le plan de formation est en cours d'élaboration)	6 mois

Caractéristiques du financement incitatif de la pratique

3

	Caractéristique	Que signifie un score de 0 pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 2 points pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 4 points pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour justifier le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
6	Actief gegevens delen met andere zorgactoren via de geldende uitwisselingsplatformen erkend door eHealth (o.a. HUBs) op basis van aantoonbare procedure.	Gegevensdeling met externe zorgverleners is nog NIET mogelijk		Gegevensdeling met externe zorgverleners gebeurt via de geldende uitwisselingsplatformen erkend door eHealth (o.a. HUBs) op basis van aantoonbare procedure	Naam van het uitwisselingsplatform & technische kenmerken (verder te specifiëren).	Geen max. termijn
6	Partager activement des données avec d'autres acteurs des soins de santé par l'intermédiaire de plateformes de partage reconnues par la santé en ligne (y compris les HUB), sur la base d'une procédure démontrable.	Le partage des données avec des prestataires de soins de santé externes n'est PAS encore possible.		Le partage de données avec des prestataires de soins de santé externes s'effectue par l'intermédiaire de plateformes d'échange reconnues par l'eHealth (par exemple, HUBs), sur la base d'une procédure démontrable.	Nom de la plate-forme d'échange et caractéristiques techniques (à préciser).	Pas de durée maximale
7	Actief gegevens delen met patiënten/mantelzorgers via de geldende uitwisselingsplatformen erkend door eHealth (o.a. HUBs) op basis van aantoonbare procedures	Gegevensdeling met patiënten/mantelzorgers is nog NIET mogelijk.		Gegevensdeling met patiënten/mantelzorgers gebeurt via de geldende uitwisselingsplatformen erkend door eHealth (o.a. HUBs) op basis van aantoonbare procedure.	Naam van het uitwisselingsplatform & technische kenmerken (verder te specifiëren).	Geen max. termijn
7	Partager activement les données avec les patients/aidants-proches par l'intermédiaire de plateformes de partage reconnues par la santé en ligne (y compris les HUB), sur la base de procédures démontrables.	Le partage des données avec les patients/aidants-proches n'est PAS encore possible.		Le partage des données avec les patients/aidants-proches se fait par l'intermédiaire des plateformes de partage reconnues par eHealth (par exemple, les HUB) sur la base d'une procédure démontrable.	Nom de la plate-forme d'échange et caractéristiques techniques (à préciser).	Pas de durée maximale
8	Veilige communicatie met andere zorgactoren op basis van aantoonbare procedures	Er is GEEN veilige communicatie met andere zorgactoren. Er zijn geen aantoonbare procedures.	Veilige communicatie met andere zorgactoren is in ontwikkeling. Er zijn nog geen aantoonbare procedures maar er zijn wel ad hoc oplossingen.	Er is veilige communicatie met andere zorgactoren. Er zijn aantoonbare procedures.	Aantoonbare procedures en naam van de tools	6 maanden
8	Communication sûre avec d'autres acteurs de la santé sur la base de procédures démontrables	Il n'y a PAS de communication sécurisée avec les autres acteurs de la santé. Il n'y a pas de procédure démontrable.	La communication sécurisée avec d'autres acteurs des soins de santé est en cours de développement. Il n'existe pas encore de procédures démontrables, mais il y a des solutions ad hoc.	La communication avec les autres acteurs de la santé est sûre. Des procédures démontrables sont en place.	Procédures démontrées et nom des outils	6 mois

Caractéristiques du financement incitatif de la pratique

3

	Caractéristique	Que signifie un score de 0 pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 2 points pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 4 points pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour justifier le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
9	Kwaliteitsbeleid Actieve klachten- en incidentenbehandeling (melding, behandeling en opvolging op individueel- en praktijkniveau)	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt NIET over een degelijk uitgewerkt klachtenbeleid dat gekend is door de zorgverleners, NOCH door zorgvragers en patiënten EN. De praktijk beschikt NIET over een incidentenregister EN. De praktijk heeft GEEN verantwoordelijke voor het behandelen van klachten aangeduid. 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt over een degelijk uitgewerkt klachtenbeleid maar het beleid is niet gekend door zorgverleners en patiënten OF. De praktijk beschikt over een incidentenregister maar wordt niet jaarlijks gerapporteerd OF. De praktijk heeft GEEN verantwoordelijke voor het behandelen van klachten aangeduid. 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt over een degelijk uitgewerkt klachtenbeleid dat gekend is door zorgverleners en actief wordt gecommuniceerd naar de patiënten EN. De praktijk beschikt over een incidentenregister waarvan minstens jaarlijks wordt gerapporteerd EN. De praktijk heeft een verantwoordelijke voor het behandelen van klachten aangeduid. 	<ul style="list-style-type: none"> Klachten- en incidentenbeleid. Rollen en taken binnen de praktijk. Incidentenrapport moet op verzoek aangeleverd kunnen worden. 	Geen max. termijn
9	Politique de qualité Traitement actif des plaintes et des incidents (signalement, traitement et suivi au niveau individuel et au niveau de la pratique)	<ul style="list-style-type: none"> La pratique ne dispose PAS d'une politique de traitement des plaintes bien développée, connue des prestataires de soins et NON communiquée aux patients ET. La pratique ne dispose PAS d'un registre des incidents ET. La pratique n'a PAS désigné de personne responsable du traitement des plaintes. 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique dispose d'une politique de traitement des plaintes bien développée, mais cette politique n'est PAS connue des prestataires de soins et NON communiquée aux patients OU. La pratique dispose d'un registre des incidents, mais celui-ci n'est pas rapporté annuellement OU. La pratique n'a PAS désigné de personne responsable du traitement des plaintes. 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique dispose d'une politique de traitement des plaintes bien établie, connue des prestataires de soins et activement communiquée aux patients EN. La pratique dispose d'un registre des incidents dont au moins un rapport annuel est fourni EN. La pratique a désigné une personne responsable du traitement des plaintes. 	<ul style="list-style-type: none"> Politique en matière de plaintes et d'incidents. Rôles au sein de la pratique ou coordonnées de la personne chargée du traitement des plaintes. Rapportage d'incidents doit être disponible sur demande. 	Pas de durée maximale
10	Structureel, maandelijks patiëntenoverleg <ul style="list-style-type: none"> Gemiddeld minstens 25 uur per jaar per VTE. Met een doelgerichte aanpak volgens systematische verbetermethodiek. Met schriftelijk (digitaal) verslag met afspraken over (de samenwerking in) de zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> Per FTE wordt <15u structureel overleg per jaar met betrekking tot patiënten georganiseerd, ondersteund door een verpleegmethodiek. 	<ul style="list-style-type: none"> Per FTE wordt minstens 15u, maar minder dan 25u overleg en peer review met betrekking tot patiënten georganiseerd, ondersteund door een verpleegmethodiek EN. Er is van elk overleg een verslag EN. Er is van elk overleg een aanwezigheidslijst. 	<ul style="list-style-type: none"> Per FTE wordt minstens 25u overleg en peer review met betrekking tot patiënten georganiseerd, ondersteund door een verpleegmethodiek EN. Er is van elk overleg een verslag EN. Er is van elk overleg een aanwezigheidslijst. 	<ul style="list-style-type: none"> Overleg verslag en aanwezigheidslijst aantoonbaar. 	Geen max. termijn
10	Discussions / concertations patients structurelle et mensuelle <ul style="list-style-type: none"> Moyenne d'au moins 25 heures par an par ETP. Avec une approche ciblée selon une méthodologie d'amélioration systématique. Avec un rapport écrit (numérique) avec des accords sur (la coopération dans) les soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Par ETP, <15h de discussions structurelles et d'examen par les pairs concernant les patients sont organisées, avec l'appui d'une méthode infirmière. 	<ul style="list-style-type: none"> Par ETP, au moins 15 heures mais moins de 25 heures de discussions par les pairs sont organisées, avec l'appui d'une méthode infirmière ET. Il existe un compte rendu de chaque discussion ET. Il existe une liste de présence pour chaque consultation. 	<ul style="list-style-type: none"> Par ETP, au moins 25 heures de discussions par les pairs sont organisées, avec l'appui d'une méthode infirmière ET. Il existe un compte rendu de chaque discussion ET. Il existe une liste de présence pour chaque consultation. 	<ul style="list-style-type: none"> Registre des concertations et liste de présence démontrables. 	Pas de durée maxim

Caractéristiques du financement incitatif de la pratique

3



	Caractéristique	Que signifie un score de 0 pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 2 points pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 4 points pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour justifier le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
11	Voldoende verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg : <ul style="list-style-type: none"> Praktijk ≤ 7 VTE VPK: minstens 1 VTE verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of gelijkgesteld) – in de verdere voorbereiding wordt nagegaan of minstens 2 VTE per 7 VTE eveneens het minimum kan zijn voor de praktijken < = 7 VTE VPK KB = 1VVAZ per gestructureerd team	De praktijk beschikt NIET over minstens 1 VTE VVAZ.	De praktijk beschikt NIET zelf over minstens 1 VTE VVAZ, maar werkt hiervoor samen met een andere praktijk.	De praktijk beschikt over minstens 1 VTE VVAZ.	Teamsamenstelling	1 jaar
11	Un nombre suffisant d' infirmières responsables de soins généraux : <ul style="list-style-type: none"> Pratique ≤ 7 ETP infi : au moins 1 ETP d'infirmière responsable des soins généraux (ou équivalent) = IRSG - dans le cadre d'une préparation ultérieure, on examinera si au moins 2 ETP pour 7 ETP pourraient également constituer le minimum pour les pratiques < = 7 ETP infi. AR = 1 IRSG par équipe structurée	La pratique ne dispose PAS d'au moins 1 ETP IRSG.	La pratique ne dispose PAS lui-même d'au moins 1 ETP IRSG, mais collabore avec une autre pratique à cette fin.	La pratique compte au moins 1 ETP IRSG.	Composition du groupement	1 an
11	Voldoende verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg : <ul style="list-style-type: none"> Praktijk > 7 VTE: minstens 2 VTE verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of gelijkgesteld) per 7 VTE (pro rata opbouwen) KB = 1VVAZ per gestructureerd team	De praktijk beschikt NIET over minstens 2 VTE VVAZ per 7 FTE VPK.	De praktijk beschikt NIET zelf over minstens 2 FTE VVAZ per 7 VTE VPK, maar werkt hiervoor samen met een andere praktijk.	De praktijk beschikt over minstens 2 VTE VVAZ per 7 FTE VPK.	Teamsamenstelling	1 jaar
11	Un nombre suffisant d' infirmières chargées des soins généraux : <ul style="list-style-type: none"> Pratiques > 7 ETP : au moins 2 infirmières ETP chargées des soins généraux IRSG (ou équivalent) pour 7 ETP (construire au prorata). AR = 1 IRSG par équipe structurée	La pratique ne dispose PAS d'au moins 2 ETP IRSG pour 7 ETP INFI.	La pratique ne dispose PAS lui-même d'au moins 2 ETP IRSG pour 7 ETP INFI, mais collabore avec une autre pratique à cette fin.	La pratique compte au moins 2 ETP IRSG pour 7 ETP INFI.	Composition du groupement	1 an

Caractéristiques du financement incitatif de la pratique

3



	Caractéristique	Que signifie un score de 0 pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 2 points pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 4 points pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour justifier le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
12	Patiëntenmix: elke praktijk moet een minimale activiteit hebben in elke categorie (N, FA, FB en FC en palliatief) gedurende een referentieperiode van 1 (kalender)jaar. Het % palliatieve patiënten wordt berekend als het aantal patiënten (koppen) met een palliatief statuut t.o.v. het totaal aantal patiënten in het patiëntenportfolio.	In het patiëntenportfolio is er hoogstens 1 forfaitcategorie (A, B en C) aanwezig EN tijdens het voorbijgaande kalenderjaar waren er geen palliatieve patiënten.	<ul style="list-style-type: none"> - In het patiëntenportfolio is er hoogstens 1 forfaitcategorie (A, B en C) aanwezig en er zijn < 2,5% palliatieve patiënten. OF - In het patiëntenportfolio zijn er minstens 2 van de 3 forfaits aanwezig (A, B en C), maar er zijn geen palliatieve patiënten. 	In het patiëntenportfolio zijn alle forfaits aanwezig (A, B en C) EN er zijn > 2,5% palliatieve patiënten.	Overzicht van een patiëntenpopulatie (lijst KATZ-schalen)	Geen termijn nodig
12	Répartition des patients : chaque pratique doit avoir une activité minimale dans chaque catégorie (N, FA, FB et FC et palliatif) au cours d'une période de référence d'un an (calendrier). Le % de patients palliatifs est calculé comme le nombre de patients (têtes) en statut palliative par rapport au nombre total de patients dans le portefeuille de patients.	Dans le portefeuille de patients, il y a au maximum une catégorie forfaitaire (A, B et C) et, au cours de l'année calendrier écoulée, il n'y a pas eu de patients en soins palliatifs.	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le portefeuille des patients, il y a au maximum une catégorie forfaitaire (A, B et C) et il y a < 2,5% des patients en soins palliatifs. OU - Dans le portefeuille de patients, il y a au moins 2 des 3 forfaits présents (A, B et C), mais il n'y a pas eu de patients en soins palliatifs. 	Dans le portefeuille de patients, tous les forfaits sont présents (A, B et C) ET il y a > 2,5 % de patients palliatifs.	Vue d'ensemble d'une population de patients (liste des échelles de KATZ)	Pas de durée maximale
13	Aanwezigheid van verpleegkundig specialist (master in een domein dat relevant is voor de thuiszorg), die binnen de praktijk een expertiserol opneemt en zo bijdraagt tot de kwaliteit van de zorg	De praktijk beschikt (in de eigen praktijk of in de organisatie waartoe de praktijk behoort) NIET over verpleegkundig specialist, die binnen de praktijk een expertiserol opneemt EN De praktijk kan geen samenwerking aantonen met een praktijk die over dergelijke verpleegkundig specialist beschikt (op gestructureerde basis).	De praktijk beschikt (in de eigen organisatie of in de organisatie waartoe de praktijk behoort) niet over een verpleegkundig specialist, die binnen de praktijk een expertiserol opneemt, maar kan een samenwerking aantonen met een praktijk die over een verpleegkundig specialist beschikt (op gestructureerde basis).	In de eigen praktijk (of in de organisatie waartoe de praktijk behoort), is er minstens één verpleegkundig specialist aanwezig. Zij neemt binnen de praktijk een expertiserol op en verhoogt op die manier de kwaliteit van de zorg, aangeboden door de praktijk.	Naam en diploma van de verpleegkundig specialist	Geen termijn nodig
13	Présence d'une infirmière de pratique avancée (niveau master dans une domaine pertinente pour les soins à domicile) qui remplit un rôle d'expertise en art infirmier et contribue ainsi à la qualité des soins	Il n'y a PAS d'infirmière de pratique avancée, travaillant dans la pratique, ni dans l'organisation à laquelle appartient la pratique, qui remplit un rôle d'expertise en art infirmier. ET La pratique ne peut pas démontrer une collaboration (sur base structurelle) avec une pratique qui dispose d'une infirmière de pratique avancée.	La pratique ne dispose pas (elle-même ou dans l'organisation à laquelle appartient la pratique) d'un infirmier de pratique avancée qui remplit un rôle d'expertise en art infirmier, mais peut démontrer une collaboration avec une pratique qui en dispose (sur une base structurée).	Au moins une infirmière de pratique avancée travaille dans la pratique ou dans le regroupement à laquelle appartient la pratique. Elle remplit un rôle d'expertise en art infirmier, ce qui augmente la qualité des soins offerts par la pratique.	Nom et diplôme de l'infirmière de pratique avancée	Pas de durée maximale

Caractéristiques du financement incitatif de la pratique

3

	Caractéristique	Que signifie un score de 0 pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 2 points pour cette caractéristique ?	Quelles sont les conditions pour obtenir un score de 4 points pour cette caractéristique ?	Quelles informations doivent être enregistrées/transmises pour justifier le score ?	Durée maximale pour le score 2 ?
14	Een beleid rond en inzetten op het organiseren van stages <ul style="list-style-type: none"> Begeleiden van stages Aanwezigheid van een stagementor (per aantal studenten) 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt NIET over een uitgewerkt stagebeleid OF de praktijk stelt GEEN stageplaatsen ter beschikking. 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt over een uitgewerkt stagebeleid EN de praktijk vult ad hoc stageplaatsen in. De aanwezigheid van een stagementor is niet vereist voor deze score. 	<ul style="list-style-type: none"> De praktijk beschikt over een uitgewerkt stagebeleid EN de praktijk vult op structurele basis stageplaatsen in EN de praktijk beschikt over een stagementor, die al dan niet een specifieke opleiding rond mentorschap heeft gevolgd en zich daarin verder blijft verdiepen. 	<ul style="list-style-type: none"> Beleid: aantoonbaar document De praktijk rapporteert over het aantal stageplaatsen dat werd ingevuld in jaar X De praktijk rapporteert over het aantal beschikbare/ingezette stagementoren in jaar X (gelinkt aan het aantal ingevulde stageplaatsen) 	Geen termijn nodig
14	Une politique et un engagement en faveur de l'organisation de <ul style="list-style-type: none"> Supervision les stages Présence d'un superviseur (par nombre d'étudiants) 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique n'a PAS de politique élaborée en matière de stages OU La pratique ne propose PAS d'accueillir des stagiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique dispose d'une politique de stage élaborée ET La pratique remplit des stages ad hoc. La présence d'un mentor n'est pas requis pour ce score. 	<ul style="list-style-type: none"> La pratique dispose d'une politique de stage élaborée ET La pratique organise des stages sur une base structurelle ET La pratique a un mentor, qui peut ou non avoir suivi une formation spécifique sur le mentorat et qui continue à se perfectionner dans ce domaine. 	<ul style="list-style-type: none"> Politique : document démontrable La pratique fait état du nombre de stages effectués au cours de l'année X La pratique fait état du nombre de tuteurs de stage disponibles/déployés au cours de l'année X (lié au nombre de stages effectués). 	Pas de durée maximale

Praktijken die **minder dan 60% van het totaal aantal te verdienen punten** behaald hebben, kunnen **éénmalig 5 punten extra** verdienen indien ze kunnen aantonen dat ze het voorbije jaar stappen vooruit hebben gezet op het vlak van professionalisering. Hiertoe wordt het volgende criterium beoordeeld:

Des pratiques qui ont obtenu **moins de 60% du nombre total de points à gagner** peuvent uniquement obtenir un **supplément de 5 points** s'ils peuvent démontrer qu'ils ont progressé en termes de professionnalisation au cours de l'année écoulée. À cette fin, le critère suivant sera évalué :

Caractéristique	Wat zijn de voorwaarden om score 4 te krijgen voor dit kenmerk?	Welke informatie moet geregistreerd/doorgeven worden ter onderbouwing van de score?	Max.termijn voor score 2?
<ul style="list-style-type: none"> Kleine praktijken (max 6 VTE), ertoe aanzetten om zich te structureren en organiseren. Praktijken die kunnen aantonen dat ze het voorbije jaar stappen vooruit hebben gezet op dit vlak, kunnen hier éénmalig voor beloond worden met 5 punten. 	<ul style="list-style-type: none"> Het voorbije jaar werd er een formeel georganiseerde samenwerking tussen 3 à 6 verpleegkundigen opgezet, waarbij de rollen, verantwoordelijkheden en afspraken schriftelijk vastgelegd werden. Een rol mag niet gedeeld opgenomen worden door meerdere personen, actief in de praktijk. De rollen worden actief toegepast in de werking van de praktijk. 	<ul style="list-style-type: none"> Beschrijving van de samenwerkingsafspraken, met o.a. de beschrijving van de rollen. 	Dit kenmerk kan slechts 1x gevaloriseerd worden
<ul style="list-style-type: none"> Encourager les petites pratiques (maximum 6 ETP) à se structurer et à s'organiser. Les pratiques qui peuvent démontrer qu'ils ont fait des progrès dans ce domaine au cours de l'année écoulée peuvent être récompensés une seule fois pour cela par un nombre de points 5. 	<ul style="list-style-type: none"> Au cours de l'année écoulée, une collaboration formellement organisée entre 3 à 6 infirmières a été mise en place, avec des rôles, des responsabilités et des accords consignés par écrit. Un rôle ne peut pas être répartis entre les différentes personnes actives au sein de la pratique. Les rôles sont activement appliqués dans la pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> Description des modalités de coopération, avec e.a. la description des rôles. 	Cette caractéristique ne peut être valorisée qu'une seule fois