



Rapport annuel SECM

Activités 2019



Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Avant-propos

Nous nous penchons un moment sur 2019, alors que 2020 retient déjà toute l'attention avec un virus qui change radicalement notre vie et notre travail. En tant que service, nous considérons également l'épidémie actuelle de COVID-19 comme un défi, une opportunité dans le développement futur d'un service d'inspection performant. Faire en sorte que nos activités aient un impact sur le comportement de prescription et de facturation des dispensateurs de soins est une motivation permanente. Dans les pages suivantes, vous découvrirez notre contribution à une utilisation plus efficace des ressources disponibles dans le domaine des soins de santé.

Ce rapport annuel du SECM est un instantané. Il montre les résultats des initiatives et des missions qui ont commencé quelques années auparavant. C'est un rapport positif, qui peut en effet être vu et surtout lu. De nombreux résultats ont été obtenus par les différents membres du personnel dans tous les domaines.

Pour la première fois depuis longtemps, nous avons à nouveau eu plus de recrutements que de départs à la pension. Tous ces nouveaux arrivants reçoivent une formation intensive et un encadrement continu. Ils enrichissent à leur tour le service grâce à leur expertise et à leur approche motivée. Depuis mars 2019, nous utilisons la gestion électronique des dossiers (eDos) tant attendue. Beaucoup d'attentes n'ont pas encore été satisfaites, mais nous y travaillons encore pour faire de la digitalisation un véritable outil afin que nos employés puissent travailler plus efficacement.

Outre l'impact financier croissant des actions de sensibilisation, des modifications de la nomenclature ou des règles interprétatives, nous avons également obtenu de très bons résultats des actions de contrôle individuelles et nationales, tant en termes de nombre d'enquêtes que de montants facturés indûment. Tout aussi impressionnante est la grande variété d'études et de missions d'évaluation réalisées avec l'expertise nécessaire. Toutes ces activités ont commencé par un nombre croissant de signalements et de propositions internes chaque année. Il s'agit là aussi de les analyser en temps utile et de faire les bons choix chaque semaine.

En 2019, pas moins de 100 décisions ont été prises dans des dossiers de procédure. Ainsi, les constatations deviennent exécutoires et, le cas échéant, outre un remboursement, il y a également une sanction financière supplémentaire. L'approche face aux infractions intentionnelles (fraude) de dispensateurs de soins récalcitrants reste également un point d'attention. Le seuil de responsabilité des praticiens de l'art infirmier à domicile est un bon exemple de prévention structurelle.

Le SECM n'atteint pas ces résultats à lui seul. Après le projet pilote « chirurgie bariatrique », l'Unité Audit hôpitaux entre dans une nouvelle phase. Dans le cadre du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé, nous avons conclu des accords clairs pour une plus grande synergie avec les O.A. Le travail en commun porte ses fruits à différents niveaux. Les pages suivantes vous permettront d'en savoir plus sur les efforts quotidiens de nombreuses personnes.

Dr. Philip Tavernier
médecin-directeur-général ff du SECM
septembre 2020

Table des matières

Avant-propos	3
Partie 1 - Organisation	7
I. Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)	9
a) Mission	9
b) Objectifs du Contrat d'administration 2016-2018	10
II. Personnel	11
III. Structure organisationnelle	13
IV. Processus de travail	13
Partie 2 – Activités	15
I. SECM, service opérationnel de l'INAMI	17
a) Signalements externes et propres analyses de risques en 2019	17
b) Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020	17
II. Direction Contrôle	23
a) Résultats généraux	23
b) Enquêtes de contrôle nationales	27
c) Pharmaciens	37
d) Le SECM et la lutte contre la fraude	40
III. Direction Évaluation	45
a) Études d'évaluation	45
b) Contrôle primaire des O.A.	52
c) Fonction d'avis/représentation du SECM dans les conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail	54
IV. Direction Information	63
a) Information externe	63
b) Information interne	65
V. Direction Affaires juridiques et Contentieux	67
a) Suivi de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour constitutionnelle	67
b) Article 77 <i>sexies</i> de la loi SSI	67
c) Suivi de la phase de procédure	67
VI. Collaboration avec d'autres services et organisations	79
a) Affaires internationales	79
b) Unité « Audit hôpitaux »	81
c) Collaboration avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN)	82
VII. Impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins	85
VIII. Exemple de projet ICE	87
Approche des profils élevés dans les soins infirmiers à domicile	87
Plus d'informations ?	89

Partie 1 - Organisation

I. SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX (SECM)

a) Mission

En vue d'une utilisation optimale du budget public destiné à l'assurance soins de santé, le SECM veille entre autres à ce que les acteurs concernés remplissent correctement leurs obligations dans le cadre légal et réglementaire. De surcroît, les directives scientifiques doivent être suivies pour garantir des soins efficaces. Les acteurs concernés sont notamment les dispensateurs de soins, les gestionnaires des établissements de soins, les organismes assureurs (O.A.), les assurés sociaux, etc. Leur rôle sociétal est aujourd'hui d'autant plus pertinent : en temps d'économie en particulier, il faut préserver un système de soins de santé financièrement accessible et de qualité tel que le nôtre.

Le SECM est un des acteurs qui veillent à cette utilisation optimale. Le Service remplit dès lors cette mission dans le cadre d'une collaboration constructive avec ses partenaires. La synergie est ici essentielle.

Concrètement, le SECM veut avoir un impact sur le comportement d'un maximum de dispensateurs de soins sur le plan de l'attestation et de la prescription. Le processus de travail se caractérise de plus en plus par trois étapes successives : analyse, action et mesure d'impact. En dépit des ressources restreintes en personnel, ce mode de travail a influencé de façon positive l'impact du Service.

Sur la base de plaintes ou de signaux émanant de l'extérieur et de sa propre initiative, le Service analyse la façon dont les dispensateurs de soins exercent leur activité, tant sur le plan de la conformité et de la réalité que sur le plan de l'efficacité.

Grâce à ces analyses/évaluations, le Service est à même de faire des choix parmi un large éventail d'actions possibles : un contrôle individuel ou national, un courrier de sensibilisation, des propositions de modification de la nomenclature, une invitation à une mise en règle, une suspension provisoire du paiement des factures via le tiers payant, etc. Les directions Information, Contrôle et Évaluation (ICE) coordonnent ces actions. Une « politique ICE » résulte ainsi d'une meilleure harmonisation mutuelle des actions de ces directions.

Enfin, le Service peut, via des mesures d'impact, évaluer les choix opérés quant à l'utilité des actions concrètes et suivre proactivement les dispensateurs de soins obstinés.

Missions légales¹

Le législateur a confié les missions suivantes au SECM :

- ✦ fournir des informations aux dispensateurs de soins afin d'éviter toutes infractions à la réglementation
- ✦ évaluer les prestations, prescrites ou effectuées, de l'assurance soins de santé et examiner la façon dont des groupes de dispensateurs de soins exercent leur activité
- ✦ contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur les plans de la réalité et de la conformité, conformément aux dispositions de la loi, et sur le plan de la surconsommation
- ✦ donner exécution aux décisions du Fonctionnaire dirigeant, du Comité du SECM, des chambres de première instance et des chambre de recours

¹ Art. 139 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

b) Objectifs du Contrat d'administration 2016-2018

Un contrat d'administration est un contrat conclu entre le gouvernement et une institution publique de sécurité sociale. Le Contrat d'administration 2016-2018 a été prorogé par un **Avenant**² pour la période **2019-2020**. Les articles suivants concernent le SECM :

- ✦ article 13 = extension de l'informatisation de la gestion des dossiers au sein du SECM assortie d'une offre de eServices pour des tiers
- ✦ article 37 = analyse de la répétition d'examens techniques prescrits par des dispensateurs de soins pour un même patient : effet de l'utilisation du dossier médical informatisé sur le comportement en matière de prescription
- ✦ article 38 = évaluation et contrôle par le SECM dans la chaîne des processus de l'assurance indemnités
- ✦ article 39 = détection, approche et suivi proactif de la fraude chez les praticiens de l'art infirmier à domicile (évaluation de l'utilisation de la carte eID).

² A.R. 12 juillet 2019, M.B. 20 août 2019.

II. PERSONNEL

En 2019, le SECM comptait 236 agents. Dans le tableau 1, nous présentons une ventilation des membres du personnel suivant leur profil, leur résidence et leur rôle linguistique.

Tableau 1. Nombre de membres du personnel SECM au 31 décembre 2019

		Service central		Services provinciaux		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant / médecin-directeur général*		1				1
Médecin-inspecteur général – A4			2			2
Directeur (Information, Juridique, régions) – A3		1	1	3	2	7
Médecin-coordonateur – A3		6	2			8
Inspecteur social :	médecin (A2-A3-A4)	5	2	25	17	49
	pharmacien (A2)	1		3	2	6
	praticien de l'art infirmier (B)			18	19	37
	attaché scientifique (A1)	1		2	3	6
Auditeur (Audit hôpitaux)		6	4			10
Juriste (A1-A2-A3)		4	6			10
ICT, développement, gestion des connaissances			4			4
Au niveau international		1	1			2
Analyste de données (A1)		2	3			5
Au niveau administratif :	conseiller (A2)	1	1	2	2	6
	expert (B)	3	3	8	5	19
	assistant (C)	6	6	21	18	51
	collaborateur (D)	3	2	4	2	11
Détaché (Cellule stratégique)		2				2
TOTAL		43	37	86	70	236

(*) Fonctions faisant fonction : Fonctionnaire dirigeant.

Le personnel d'inspection, les auditeurs et les juristes ont une mission opérationnelle. Les évolutions numériques et technologiques ont un impact sur la nécessité d'un support administratif.

Membres du personnel SECM en 2019

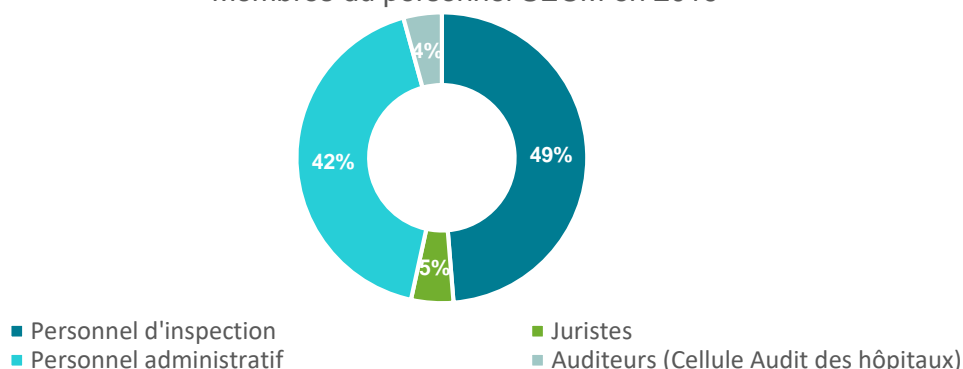


Illustration 1. Répartition des membres du personnel SECM en 2019

Dans les cinq prochaines années, la moitié du nombre de médecins du SECM partira à la pension. Pour garantir la continuité de son fonctionnement, le SECM recherche de nouveaux inspecteurs et contrôleurs.

En 2019, nous avons accueillis 20 nouveaux inspecteurs sociaux. 28 % de notre personnel d'inspection a moins de deux ans d'expérience dans la fonction d'inspecteur social.

Les nouveaux agents ont reçu une formation de base intensive de six semaines. Ils ont bénéficié d'un coaching individuel et d'un suivi mensuel lors des journées de bilan. La formation intensive d'inspecteur social est essentielle pour le transfert des connaissances, pour les aptitudes et les attitudes.

Après la tendance à la baisse due aux réformes, aux fins de carrière, au gel des recrutements et au transfert de certaines missions vers d'autres services, le nombre d'agents du SECM augmente à nouveau (illustration 2).

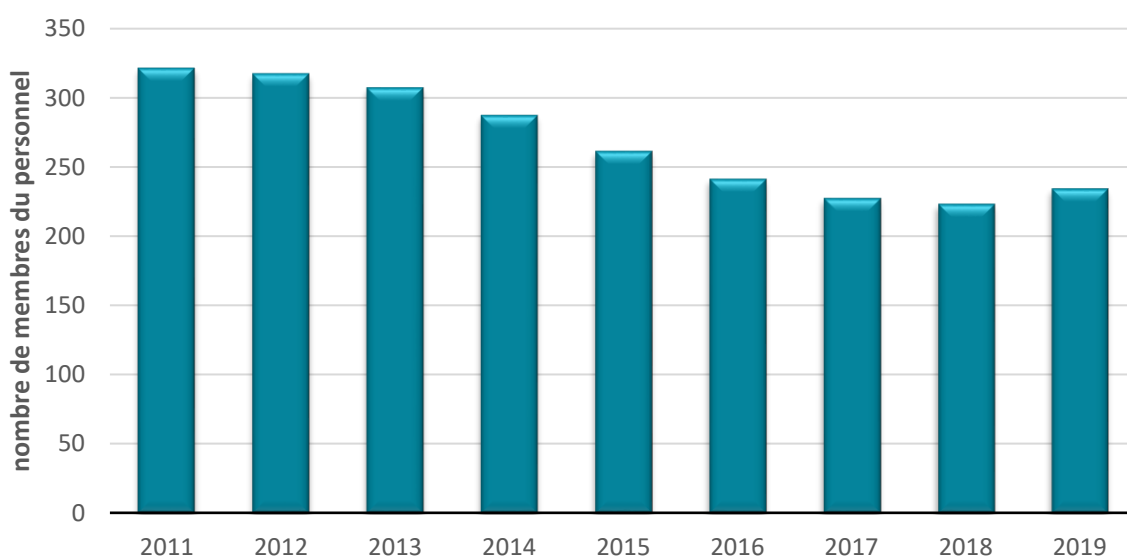


Illustration 2. Évolution du nombre de membres du personnel SECM

III. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Depuis 2016, le SECM est organisé selon la structure suivante :

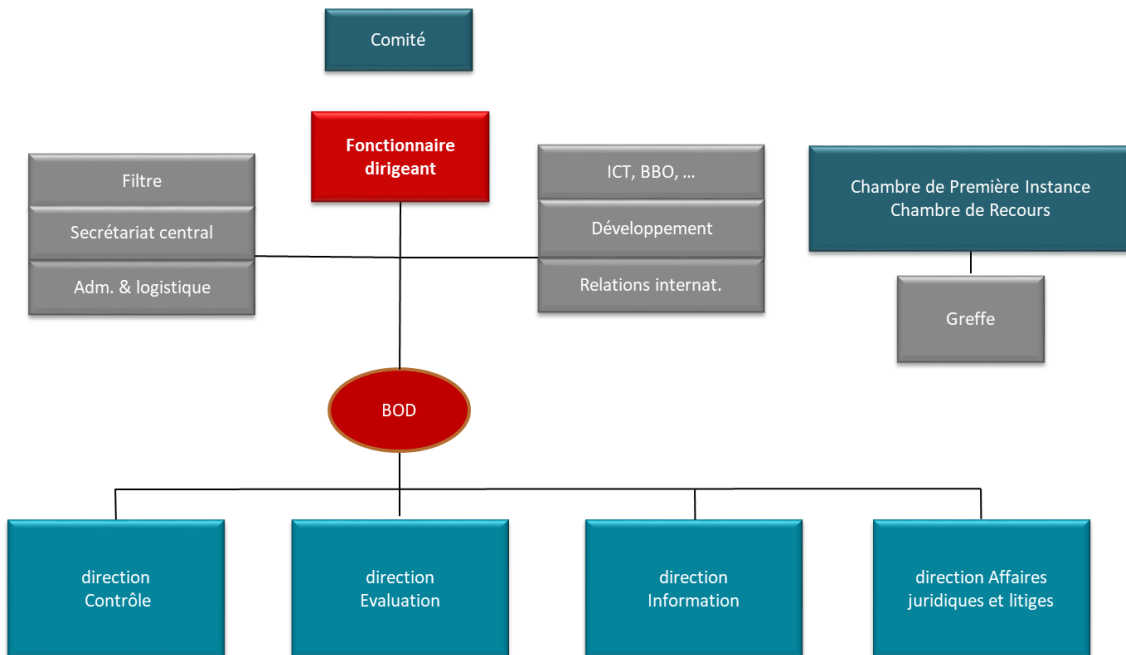


Illustration 3. Structure organisationnelle du SECM

IV. PROCESSUS DE TRAVAIL

L'illustration 4 présente schématiquement le processus de travail interne du SECM.

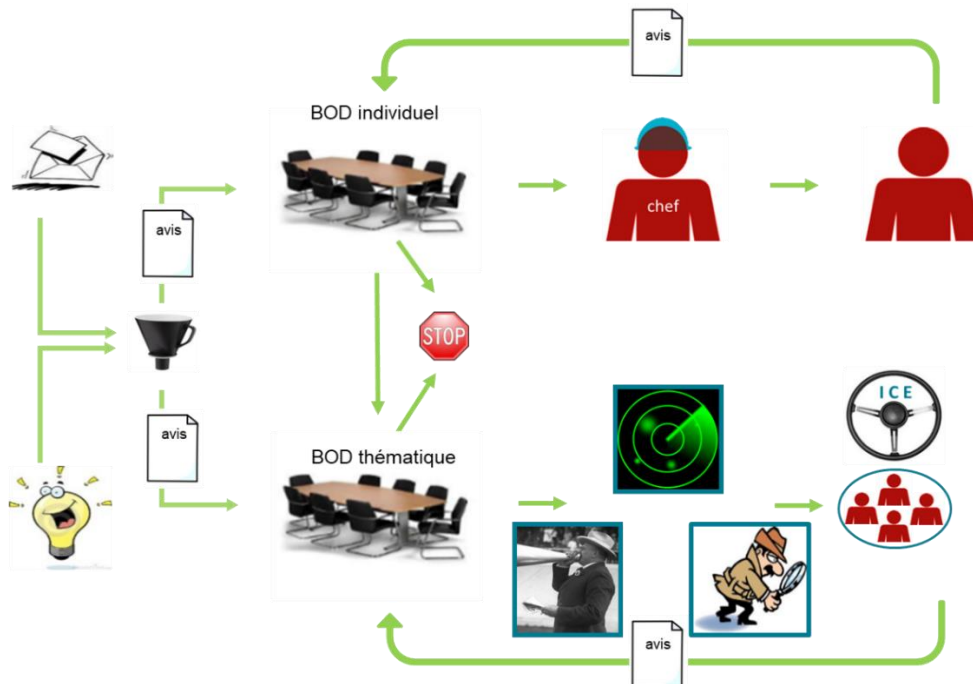


Illustration 4. Processus de travail SECM

Une action du SECM peut résulter d'un **signalement externe ou d'une proposition interne**. Un signalement externe correspond à une plainte, une requête ou une mission émanant de l'extérieur. Une proposition interne provient d'un membre du personnel, au terme de sa propre analyse de risques.

L'**équipe du filtre** reçoit et analyse les signalements externes et les propositions internes. Elle les confronte aux compétences du SECM, aux priorités stratégiques et aux moyens disponibles. L'équipe de filtre émet un avis à l'attention de l'Organe décisionnel/Beslissingsorgaan (BOD). Le BOD est composé des responsables du Filtre et des directions Information, Contrôle, Évaluation et Affaires juridiques et contentieux. Il décide quelle action le SECM entreprendra et quels moyens devront être mis en œuvre à cette fin. Le BOD individuel décide au sujet des actions à finalité individuelle, le BOD thématique ordonne des actions à portée générale ou nationale.

Le **BOD individuel** confie les missions à un dirigeant qui assurera le suivi des travaux du gestionnaire de dossiers. Les actions sont suivies en réunion provinciale.

Le **BOD thématique** confie des missions d'action à portée générale à une équipe multidisciplinaire généralement composée de représentants des directions Information, Contrôle et Évaluation. Pareilles missions peuvent impliquer diverses actions telles qu'une analyse (de risques) supplémentaire, une communication d'informations et/ou une enquête nationale. Les actions peuvent être menées simultanément ou successivement. Le SECM mène en l'occurrence une politique à multiples axes. Il n'est précisé nulle part que le SECM doit préalablement informer ou évaluer et contrôler préventivement. Les circonstances factuelles indiquent généralement quelles actions sont applicables et dans quel ordre.

Les collaborateurs du SECM analysent le comportement de facturation des dispensateurs de soins en fonction :

- ✦ du respect de la nomenclature et de l'application des règles connexes
- ✦ de la conformité aux directives (evidence-based medicine)

La communication d'informations peut se faire sous diverses formes :

- ✦ mise à jour de brochures d'information
- ✦ envoi de lettres de sensibilisation à un groupe de dispensateurs de soins comparables
- ✦ organisation de conférences pour des groupes cibles bien définis
- ✦ rédaction de communiqués de presse

L'enquête nationale a pour objectif de vérifier si les dispensateurs de soins ont commis des infractions et ont indûment facturé des prestations à l'assurance soins de santé. Selon une méthodologie convenue au préalable, nous examinons le comportement de facturation d'un grand groupe comparable de dispensateurs de soins sur la base des mêmes critères. Un contrôle peut avoir des conséquences diverses (cf. descriptions à la page 24) :

- ✦ sans conséquence SECM
- ✦ négatif
- ✦ informatif
- ✦ avertissement
- ✦ renvoi vers des tiers
- ✦ invitation au remboursement volontaire du montant porté à grief
- ✦ remboursement volontaire et procédure éventuelle de récupération du montant porté à grief et/ou d'une sanction supplémentaire

Les actions susmentionnées sont menées par une **équipe multidisciplinaire** dont la méthodologie est suivie, sur la base de projets, par le **groupe de direction ICE**. L'équipe fait ensuite rapport au BOD thématique et peut, par la même occasion, formuler dans un avis des propositions d'actions supplémentaires.

Partie 2 – Activités

I. SECM, SERVICE OPÉRATIONNEL DE L'INAMI

a) Signalements externes et propres analyses de risques en 2019

En 2019, le SECM a reçu 1.481 signalements externes. Parallèlement, les agents du SECM ont eux-mêmes formulé 95 propositions d'actions. Ces propositions s'appuyaient à chaque fois sur leurs propres analyses de risques.

Le nombre de signalements externes a fortement augmenté en 2019 (illustration 5). Il y a plusieurs explications plausibles à cela, notamment une augmentation :

- ✦ de l'accessibilité du SECM via courriel
- ✦ de la notoriété du SECM
- ✦ de la collaboration du SECM avec ses partenaires de l'assurance soins de santé

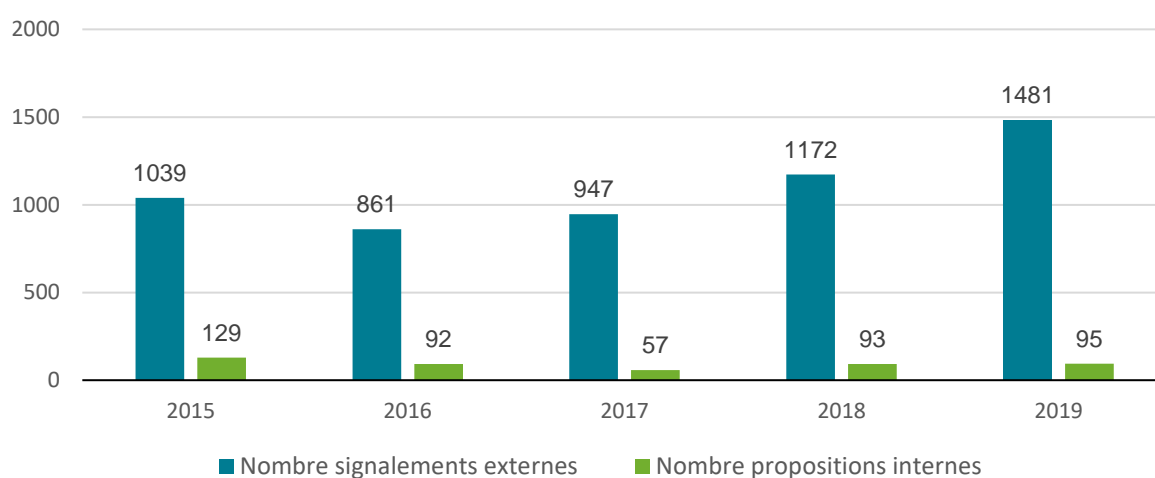


Illustration 5. Évolution du nombre de signalements externes et de propositions internes 2015-2019

b) Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020

I. Description

Début 2016, l'INAMI a créé la task force « Soins efficaces » dans le but d'examiner dans quels domaines des économies étaient possibles ou souhaitables.

À la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, le rapport de cette task force avait servi à la rédaction du « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé ». Ce plan d'action a été appliqué jusqu'à fin 2017.

La nécessité d'une utilisation performante des moyens financiers dans le secteur des soins de santé est de plus en plus cruciale, notamment en raison de la disponibilité restreinte de ces moyens, des évolutions technologiques et des tendances sociétales telles que le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de malades chroniques. C'est la raison pour laquelle un nouveau plan d'action en matière de contrôle de soins de santé a alors été soumis à l'approbation du Conseil général de l'INAMI pour la période 2018-2020.

Le Plan d'action 2018-2020 prévoit les actions suivantes :

- ✦ actions en vue d'une meilleure collaboration entre les différents partenaires dans le secteur des soins de santé
- ✦ mesures structurelles
- ✦ actions en vue d'un meilleur échange de données et d'une meilleure gestion des données
- ✦ actions de lutte contre la fraude
- ✦ actions visant à renforcer l'efficacité des soins de santé

II. Actions du SECM

En 2019, le SECM a travaillé sur les chapitres suivants du Plan d'action 2018-2020.

Chapitre 3 : Collaboration avec les divers partenaires dans le secteur des soins de santé

3.1 Collaboration O.A. – INAMI dans le cadre d'une approche uniforme et efficiente des contrôles, des récupérations et des sanctions, y compris le déploiement des points de contact « fraude »

L'objectif est de créer la transparence et d'organiser une approche uniforme quant aux enquêtes effectuées et aux récupérations financières éventuelles qui s'ensuivent. Pour ce faire, nous comptons sur la collaboration entre les O.A. et le SECM, les O.A. transmettant au SECM les plaintes relatives aux prestations non effectuées. Les points de contact dans les O.A. sont opérationnels depuis le début de l'année 2018.

Le fonctionnement de ces points de contact a fait l'objet d'une première évaluation en 2019. Au total, 321 signalements ont été enregistrés au cours de la première année de fonctionnement. Parmi ces signalements, 101 concernaient le secteur des prestations médicales, 80 la défense des affiliés et 71 l'assurance indemnités. Parmi ces 101 signalements, les O.A. en ont transmis 8 au Collège intermutualiste national (CIN) - commission « Datamining et Contrôle ». Sur ces 8 dossiers, 3 ont été transmis au SECM pour enquête plus approfondie.

Le 10 juillet 2019, une concertation supplémentaire a eu lieu entre le SECM et le CIN. Cette concertation a abouti à la rédaction d'une note définissant et délimitant une répartition des tâches entre les deux parties.

Le calendrier d'accords doit permettre d'obtenir les résultats suivants :

- 1) Chaque O.A. traite identiquement chaque infraction commise par un dispensateur de soins, un groupe de dispensateurs ou un établissement.
- 2) En cas de fraude (= indications claires de l'existence d'une infraction intentionnelle), il convient également d'infliger une amende administrative et de procéder à une surveillance proactive en plus de la récupération effective des montants indûment payés.
- 3) Une communication systématique est mise en place entre les O.A. et le SECM en ce qui concerne les analyses de risques prévues et les actions nationales en cours.

Chapitre 5 : Mesures structurelles

5.3 Audit hôpitaux

Poursuite du développement de l'Unité « Audit hôpitaux » sur la base d'une structure de co-gouvernance du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et de l'INAMI, où le principe de réseau assorti d'une responsabilité et d'un équilibre largement partagés revêt une importance primordiale.

Le projet a été lancé en 2018. Un premier projet-pilote sur la chirurgie bariatrique a été clôturé (étude sur PC de 97 hôpitaux et audit sur place dans 19 hôpitaux). Un rapport est disponible et a été présenté au Comité de management et au Comité du SECM en novembre 2019. Le résumé de cette étude figure à la page 50.

5.4 Détection de surconsommation par les dispensateurs de soins via les profils de patients

5.4.1 Cas : Profils patients – analyse générale

Le but de cette analyse était de découvrir des indicateurs qui permettraient de détecter des profils de patients déviants. Ces indicateurs pour la sélection des patients ont été définis en concertation avec les O.A. Les critères retenus étaient les suivants :

- ✦ l'absence de pathologie connue,
- ✦ plus de 45 contacts avec des dispensateurs de soins sur une base annuelle,
- ✦ au maximum 3 médecins consultés sur une base annuelle.

Une liste d'assurés a été établie après application de ces indicateurs à la banque de données de l'Agence intermutualiste. Nous avons analysé cette liste en détail, l'avons abrégée et soumise au Conseil supérieur des médecins-directeurs. Au terme d'une première analyse globale par les O.A., il a été décidé, à titre de test, de transmettre deux cas par O.A. aux directions médicales afin d'analyser l'exactitude des données et des profils.

Les trois indicateurs utilisés dans cette étude semblent pertinents et peuvent être appliqués aux banques de données de soins de santé au sein des O.A. afin de permettre un contrôle primaire supplémentaire avant de transmettre certains cas au SECM.

5.4.2 Cas : Profils patients – application aux prestations dentaires

Pour cette analyse, le SECM a sélectionné 100 dossiers d'assurés présentant un profil dentaire déviant (min. 10 par O.A.) sur la base de 12 indicateurs. Les cas sélectionnés ont été transmis aux O.A. le 21 octobre 2019 en vue de la vérification des données et de l'analyse des profils. L'objectif était de vérifier si les 12 indicateurs pourront faire office de signal d'alarme en vue d'une détection rapide de profils déviants.

5.6 Seuil de justification attestation AMI – praticiens de l'art infirmier à domicile

Depuis quelques années, des contrôles effectués par le SECM ont révélé un certain nombre de profils annuels élevés, avec des prestations systématiquement non effectuées. Le seuil de justification a été introduit par l'arrêté royal du 29 septembre 2019³, avec entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2019.

Chapitre 6 : Section « Lutte contre la fraude »

6.1 Forfaits d'hôpital de jour

Un forfait d'hôpital de jour est un montant que l'hôpital peut facturer pour 191 prestations ambulatoires différentes. Ces prestations sont mentionnées dans les listes des groupes 1 à 7 de l'annexe I de l'Accord national médico-mutualiste conclu entre les hôpitaux et les O.A.

Dans le cas des prestations qui ont lieu en polyclinique, il n'est pas permis de facturer des forfaits d'hôpital de jour, car la condition de remboursement suivante a été fixée : « [...] *et l'hospitalisation ne se fait ni en salle d'attente, ni dans un local de consultation polyclinique de l'établissement hospitalier* ».

Le couplage des données et des visites d'inspection sur place a confirmé que les hôpitaux facturaient souvent des forfaits pour les prestations effectuées en polyclinique.

Compte tenu des lacunes et du manque de clarté des dispositions de l'Accord national, le SECM a décidé de ne pas rédiger de procès-verbaux de constat pour les infractions constatées.

Le groupe de travail « hôpital de jour » de la Commission de conventions nationale hôpitaux-O.A. a rédigé une note conceptuelle et l'a présentée à la Commission. La note du SECM propose de revoir la liste de certaines prestations polycliniques qui donnent lieu à la facturation d'un forfait d'hospitalisation de jour. Cela peut générer chaque année 16 millions EUR pour le financement du shift de

³ M.B. 11 octobre 2019.

l'hospitalisation traditionnelle vers l'hospitalisation de jour. Ce projet est en cours de traitement au sein du Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI.

6.2 Monitoring cardiaque ambulatoire et hospitalisé : évaluation de l'application de la nomenclature

Le SECM a effectué cette étude en 2018. Les résultats ont été présentés au CTM du 7 mai 2019. Au total, un montant de 1.795.000 EUR a été remboursé pour des prestations non conformes. Ceci aura un impact permanent sur les futures facturations. À la demande du CTM, le SECM a développé et soumis une proposition de modification de la nomenclature. Le résumé de l'étude figure à la page 27.

6.3 Médicaments attestés pendant l'hospitalisation

Ce point d'action est clôturé. Nous n'avons pas constaté d'infractions. Il n'y a pas d'autres actions prévues.

Chapitre 7 : Section « Soins efficaces »

7.2 Thèmes spécifiques « soins efficaces »

7.2.1 Dossier médical global (DMG)

Par ce point d'action, on entend analyser la qualité de l'utilisation du DMG. Une première évaluation a eu lieu en 2018. Sur la base des résultats, le SECM a envoyé, début janvier 2019, une lettre de sensibilisation à l'ensemble des médecins généralistes actifs en attirant spécifiquement leur attention sur le remplissage correct des données pour le DMG et le SUMEHR. Vu le point 5.1.3 de l'Accord national médico-mutualiste pour 2020, ce point d'action est actuellement mis « en suspens », conformément aux dispositions de ce paragraphe.

7.2.2 Dossier dentaire

Ce projet a pour objectif de fournir aux organes consultatifs du secteur dentaire des éléments leur permettant de déterminer le contenu d'un bon dossier patient en dentisterie. Un bon dossier dentaire est non seulement utile pour contrôler les soins prodigués aux patients, mais il offre également toute la transparence nécessaire pour vérifier la certification des services dentaires.

La phase de terrain consistant à collecter les informations disponibles actuellement dans un dossier débute en mars 2020. L'objectif est d'illustrer la réalité sur place sur la base d'éléments objectifs.

7.2.4 Cardiologie

Nous avons effectué une analyse spécifique des prestations fréquemment facturées dans les cabinets de cardiologie en évaluant le cumul de l'échocardiographie et de l'épreuve à l'effort (ambulatoire). L'analyse des données de facturation n'a pas révélé d'anomalie dans l'attestation de l'échocardiographie en combinaison avec l'épreuve à l'effort. Cela vaut pour l'ensemble du groupe des cardiologues. Nous avons décidé de ne pas mener d'enquête de terrain.

7.2.6 Neurologie EEG/Vidéo EEG

Il s'agit d'une analyse de l'utilisation des codes EEG par les neurologues, en prêtant attention aux répétitions à court terme. Le SECM a analysé 20 dossiers de patients provenant de 4 centres différents. Les résultats de cette évaluation figurent à la page 45.

Dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle, une discussion sera entamée sur la façon de porter en compte la vidéo EEG. Il a été proposé de demander au CTM des limitations à l'attestation de la prestation 477142 (au maximum 1 fois par jour par exemple).

7.2.8 Anatomopathologie

Dans un premier temps, nous avons analysé les examens anatomopathologiques en cas de vagotomie, vasectomie, ligature des trompes, amygdalectomie, adénoïdectomie et sympathectomie. Le résumé de cette étude figure à la page 48.

7.2.9 Biologie clinique

Nous avons évalué 5 tests de laboratoire (carboxyhémoglobine et méthémoglobine, chaînes légères, immunoglobulines de type E, troponines et screening toxicologique). Certains tests sont surtout utilisés chez les patients ambulatoires, d'autres davantage chez les patients hospitalisés.

Nous avons analysé les données de facturation. Il ressort de l'étude que certains médecins ne prescrivent ou n'exécutent pas ces tests efficacement. Nous leur avons écrit à ce propos et les avons encouragés à adapter leur comportement. Chez plusieurs médecins, il était question de surconsommation sévère généralisée, et une enquête de contrôle a été lancée. Certains laboratoires contournent manifestement certaines règles de tarification. Nous leur avons écrit à ce propos.

Les conclusions du projet d'évaluation seront également présentées au groupe de travail Biologie clinique du CTM afin de proposer, si nécessaire, des ajustements à la nomenclature.

7.2.10 Ménisectomies arthroscopiques

Plus de 30.000 ménisectomies arthroscopiques sont attestées par an dont 60 % chez des assurés âgés de plus de 55 ans pour un budget de 9.400.000 EUR rien que pour la prestation. Pour une hospitalisation tout compris, on totalise un montant de 30.000.000 EUR. Il n'y a pas d'indication EBM pour au moins la moitié des interventions. Le déroulement et les résultats de cette analyse globale du SECM sont présentés à la page 46.

7.2.11 Audit du secteur de l'imagerie médicale 2.0

Ce point d'action concerne le suivi de l'extension budgétairement neutre des appareils IRM via une diminution du nombre de CT-scans à des fins de diagnostic.

7.2.12 Autorisation de l'AFCN pour les prestations utilisant des rayons X

En 2018 et 2019, le SECM a mené une campagne à l'intention d'un autre groupe de spécialistes qui attestaient des prestations d'imagerie sans autorisation valable de l'AFCN : les chirurgiens orthopédistes. Cette autorisation est une condition légale à remplir pour pouvoir effectuer des prestations utilisant des rayons ionisants. Vu le nombre élevé de médecins concernés (325) et le nombre restreint de places de formation en radioprotection disponibles dans les universités, la campagne s'est déroulée en deux phases. En raison du risque élevé pour la santé publique, nous avons d'abord contacté par écrit les orthopédistes qui ont effectué de nombreuses prestations par rayons X chez de jeunes patients.

En 2019, une mesure d'impact de la première campagne menée en 2016 a également été effectuée. La collaboration entre le SECM et l'AFCN est décrite plus amplement à la page 82.

7.2.15 Médicaments du chapitre IV

Le SECM a effectué une enquête de terrain concernant le médicament Xolair. Il s'agit d'un médicament onéreux du chapitre IV utilisé contre l'asthme après l'échec de thérapies plus courantes. Les dépenses pour l'assurance soins de santé ont évolué de 3 millions EUR en 2007 à 22 millions EUR en 2016. Il existe des critères (cliniques) spécifiques pour le remboursement de ce médicament du chapitre IV.

Nous avons interrogé 20 médecins qui prescrivent régulièrement le Xolair. Nous avons examiné si le dossier médical contenait les preuves requises pour remplir les critères du chapitre IV. L'analyse des résultats est en cours.

II. DIRECTION CONTRÔLE

Dans ce rapport annuel, nous présentons les chiffres de nos activités en 2019 sur la base des données disponibles au 31 janvier 2020. Par conséquent, si nous présentons des évolutions et/ou des comparaisons par rapport aux chiffres d'années précédentes, il se peut que ceux-ci diffèrent légèrement des chiffres des rapports annuels précédents.

Les chiffres peuvent évoluer, car de nouveaux faits se sont entre-temps produits, tels que des remboursements volontaires supplémentaires.

a) Résultats généraux

I. Enquêtes de contrôle clôturées en 2019, par groupe professionnel ou par type d'établissement de soins

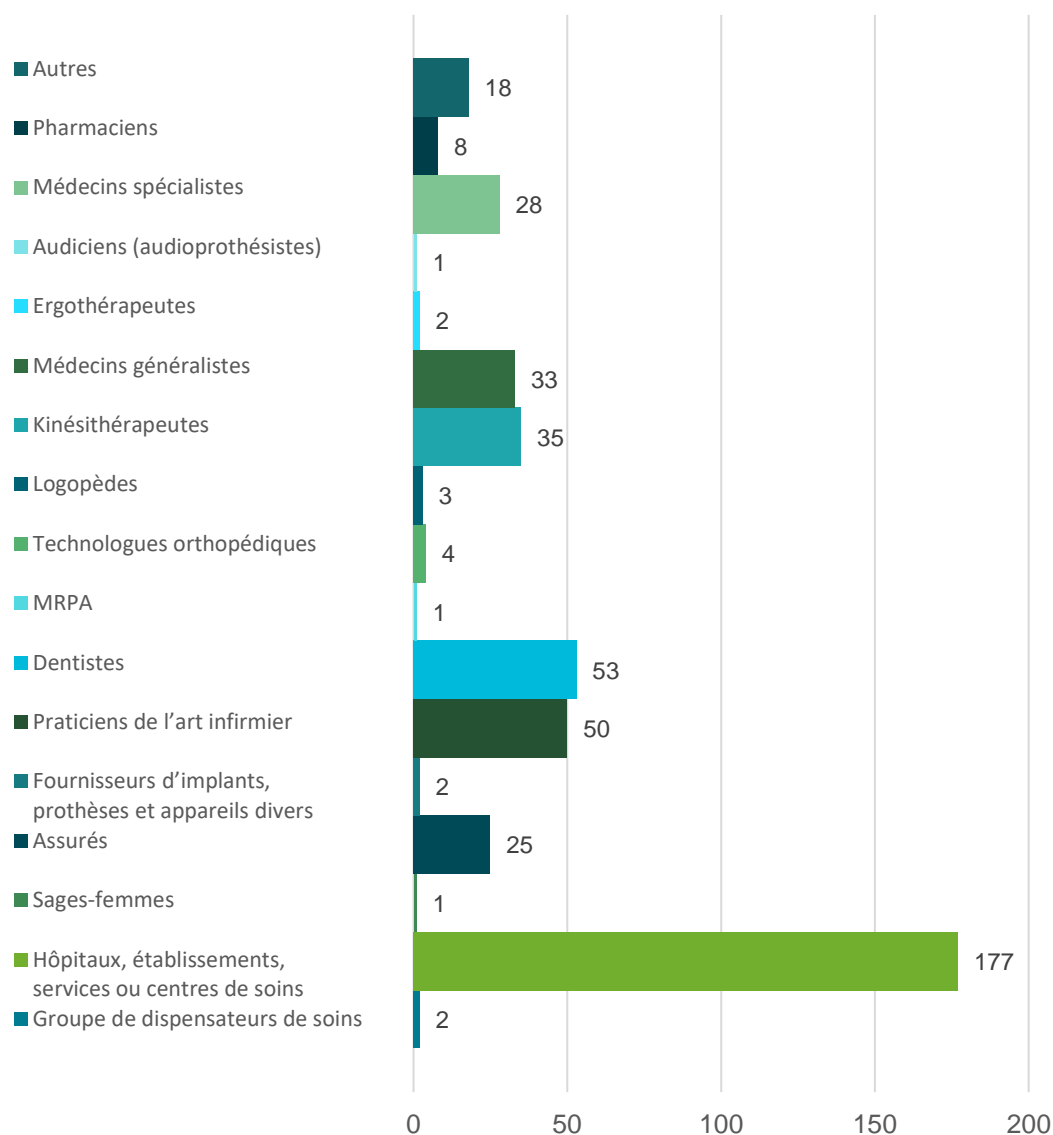


Illustration 6. Nombre d'enquêtes de contrôle clôturées en 2019, par groupe professionnel ou par type d'établissement de soins

II. Enquêtes de contrôle clôturées en 2019, suivant la décision du médecin-inspecteur général de la direction Contrôle

Tableau 2. Enquêtes de contrôle clôturées en 2019, suivant la décision

Type d'enquête	Nombre	%	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
Constat avec procédure SECM	53	11,9	7.741.760,52	379.754,28
Communication après remboursement volontaire	176	39,6	13.548.883,70	13.548.947,20
Action pour tiers	44	9,9	2.365.737,30	0,00
Avertissement	27	6,1	47.862,39	47.862,39
Informatif	44	9,9	0,00	0,00
Négatif	77	17,3	0,00	0,00
Sans suite SECM ⁴	23	5,2	121.739,39	0,00
Total	444	100	23.825.983,30	13.976.563,87

Explications à propos du Tableau 2 :

- ✦ Les enquêtes « sans suite SECM » sont des enquêtes clôturées auxquelles nous ne donnons pas de suite. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela. Le dossier :
 - ✧ ne relève pas de notre compétence ou
 - ✧ n'est pas prioritaire si l'on tient compte des moyens disponibles et des objectifs opérationnels ou
 - ✧ s'appuie sur un signalement qui s'est avéré non fondé par la suite
 - ✧ etc.
- ✦ La catégorie « négatif » comprend les cas pour lesquels les soupçons d'erreurs ou de fraude s'avèrent ne pas être fondés ou prouvés après enquête.
- ✦ La catégorie « informatif » comprend les enquêtes de contrôle auxquelles nous mettons un terme
 - ✧ après audition du déclarant (dispensateur de soins) et
 - ✧ sans que nous n'ayons constaté une infraction et
 - ✧ où nous n'informons la personne concernée que sur la réglementation applicable
- ✦ La catégorie « avertissement » concerne les enquêtes qui sont clôturées et pour lesquelles nous encourageons le dispensateur de soins à se conformer à la réglementation à l'avenir. Si le dispensateur de soins avait commis une infraction, nous lui demandons également parfois de la régulariser en remboursant directement le montant indûment attesté à l'O.A. Un avertissement se réfère toujours à la nomenclature ou à la réglementation applicable.
- ✦ Dans le cadre de la catégorie « avertissement avec remboursement volontaire », nous n'entamons pas de procédure auprès du Fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives, mais nous envoyons au dispensateur de soins/à l'institution de soins une communication après que ce dernier a remboursé volontairement le montant porté à grief. Dans

⁴ Sur les 23 enquêtes « sans suite SECM », il y a une seule enquête avec un montant à charge de 121.739,39 EUR. Dans ce cas, le dispensateur de soins est décédé après le procès-verbal de constat, mais avant que nous ayons entamé une procédure. Par conséquent, nous avons automatiquement mis fin à la poursuite de ce dossier.

cette communication, nous confirmons le remboursement volontaire après le procès-verbal de constat et signalons un éventuel suivi de ses attestations à l'avenir.

- ✦ « Constat avec procédure SECM » : en ce qui concerne les enquêtes pour lesquelles une infraction a été constatée et pour lesquelles le dispensateur de soins n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief, plusieurs traitements sont possibles. Nous pouvons :
 - ✧ introduire une procédure devant le Fonctionnaire dirigeant
 - ✧ introduire une procédure devant la Chambre de première instance
 - ✧ clôturer le dossier sans renvoi après un remboursement total volontaire
- ✦ « Action pour tiers » : si le SECM n'est pas compétent, le dossier est transmis à des tiers (lorsque d'autres instances sont compétentes), tels que :
 - le Service du contrôle administratif
 - l'Auditeur du travail (qui peut transmettre au Procureur du Roi)
 - l'Ordre des médecins
 - l'AFMPS
 - etc.

Une procédure n'est introduite que pour un nombre restreint de dossiers. En 2019, 53 enquêtes de contrôle ont fait l'objet d'une procédure, tandis que 44 dossiers ont été renvoyés à des tiers.

III. Infractions constatées

Le nombre total d'infractions constatées lors des enquêtes de contrôle que nous avons clôturées en 2019 s'élève à **1.557.925**.

Une même prestation peut faire l'objet de plusieurs infractions.

Exemple :

- ✦ un dispensateur de soins a prescrit un médicament hors indication et n'a pas conservé les attestations nécessaires dans le dossier du patient, malgré l'obligation légale. Bien que plusieurs infractions aient été commises, une seule est portée à charge.

IV. Évolution 2015-2019

En 2019, le SECM a clôturé 444 enquêtes de contrôle. L'évolution du nombre d'enquêtes de contrôle connaît pour la première fois une tendance positive depuis 2015 (Illustration 7).

Il y a plusieurs explications à cela :

- ✦ les signalements entrants sont mieux analysés et filtrés
- ✦ les infractions sont plus souvent examinées à l'échelle nationale
- ✦ certaines infractions sont systématiquement contrôlées
- ✦ dans le cadre des enquêtes de contrôle individuelles, il est plus souvent vérifié qu'il n'y a pas d'éléments justifiant une approche nationale
- ✦ etc.

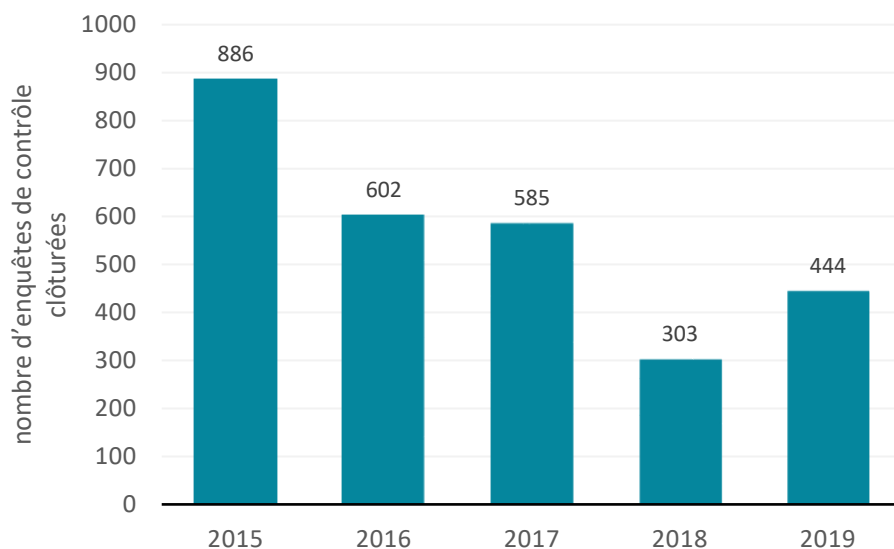


Illustration 7. Évolution du nombre d'enquêtes de contrôle clôturées

L'illustration 8 présente l'évolution du montant porté à grief de 2016 à 2019.

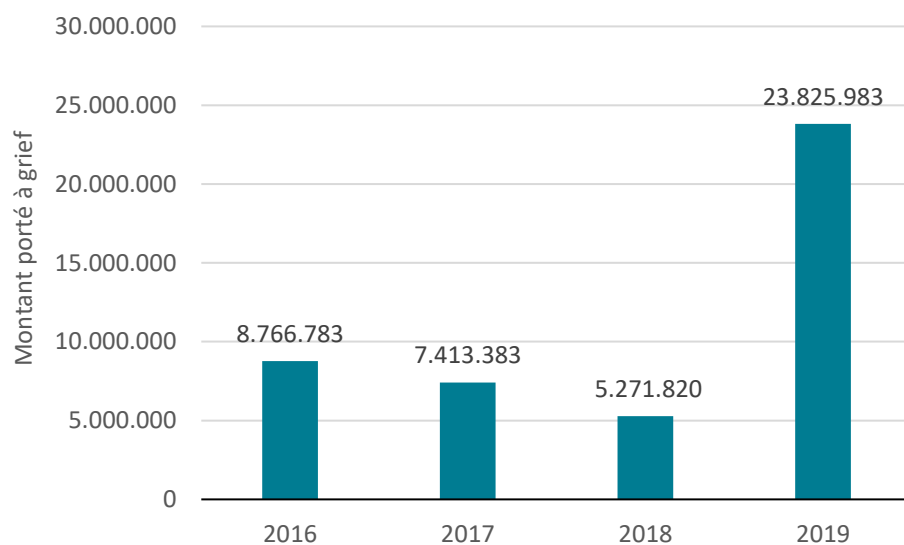


Illustration 8. Évolution montant porté à grief 2016-2019

b) Enquêtes de contrôle nationales

Par rapport aux moyens débloqués, l'impact des enquêtes nationales est plus grand que celui des enquêtes de contrôle individuelles. Par ailleurs, les dispensateurs de soins estiment que cette méthode est plus objective et fait disparaître la « perception du malchanceux ».

Enquête de contrôle 1 : monitoring cardiaque ambulatoire

I. Origine et objectif

De grandes disparités entre hôpitaux ont été constatées en ce qui concerne la facturation du « monitoring cardiaque » ou « surveillance continue des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme y compris les enregistrements éventuels, en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétriques et en dehors des tests fonctionnels cardiaques ».

En ambulatoire, les dispensateurs de soins ne peuvent facturer le monitoring cardiaque qu'au service des urgences. En vertu de l'Accord national médico-mutualiste 2016-2017, le SECM a été chargé d'étudier la facturation de ce monitoring cardiaque. L'enquête de contrôle du SECM s'est donc limitée à la facturation des codes pour le monitoring cardiaque ambulatoire (212015 et 214012).

II. Méthode

Nous avons examiné les prestations 212015 et 214012 attestées par tous les hôpitaux belges disposant d'une fonction de soins urgents spécialisés et/ou d'une fonction agréée de première prise en charge des urgences, pour lesquelles les O.A. ont reçu la facturation du 1^{er} avril 2015 au 30 novembre 2017 inclus.

Comme les règles de facturation électronique ne prévoient pas de code permettant d'identifier de manière fiable un service d'urgences comme lieu de prestation, nous avons utilisé la méthode indirecte suivante :

- ✦ Nous avons examiné si les codes de monitoring 212015 et 214012 ont été facturés en même temps (le même jour ou le lendemain) que
 - ◇ l'un des 16 codes A de l'article 25, § 3bis, de la nomenclature des prestations de santé (NPS) qui peuvent être attestés pour l'accueil des patients dans les locaux des urgences ou
 - ◇ l'un des 6 codes C de l'article 25, § 3bis, qui peuvent être attestés par un spécialiste appelé par le médecin qui assure la permanence aux urgences.
- ✦ Si tel n'était pas le cas, nous avons supposé que le patient n'avait pas été accueilli dans les locaux des urgences. Nous avons dès lors également supposé que la facturation des codes 212015 et 214012 était indue à ce moment-là.

Seuls les hôpitaux pour lesquels le montant indu calculé (tous sites confondus) était supérieur à 9.000 EUR ont été sélectionnés pour une analyse plus approfondie et un remboursement.

III. Résultats

Nous avons constaté différents types d'attestation indue du monitoring cardiaque :

- ✦ **monitoring cardiaque effectué en dehors de l'hôpital (en cas d'intervention SMUR)**
- ✦ **monitoring cardiaque effectué au sein de l'hôpital, mais en dehors des locaux des urgences**

Monitoring facturé en combinaison avec des interventions de gastro-entérologie ou de cardiologie telles qu'une coloscopie, une gastroscopie, une coronarographie, une cardioversion programmée, etc. qui ont eu lieu en dehors des locaux des urgences ou en combinaison avec des prestations effectuées dans une clinique de la douleur, dans une unité de soins intensifs, en salle

d'accouchement, etc. où le patient a été directement amené par le SMUR sans passage aux urgences

- ✦ **monitoring cardiaque sans nécessité médicale**
- ✦ **cumul des prestations 212015 et 212026 le même « premier jour »**

Tant le numéro de nomenclature ambulatoire que le numéro de nomenclature hospitalisé pour le monitoring cardiaque ont été facturés le premier jour.

En outre, nous avons constaté qu'une consultation au service des urgences était parfois facturée comme une consultation au cabinet du médecin. Cette attestation est possible sur la base de la règle interprétative 1 de l'article 2 de la NPS.

Le moment de la consultation détermine le choix de l'article 2 ou de l'article 25, § 3bis : ce n'est qu'en journée pendant le week-end qu'il est financièrement plus intéressant d'attester des honoraires C de l'article 25, exception faite des neurologues pour qui les honoraires de l'article 2 sont toujours supérieurs à ceux de l'article 25.

IV. Actions et propositions

✦ Récupération

Nous avons expliqué l'enquête aux médecins chefs de 50 hôpitaux lors d'un entretien téléphonique. Ils ont ensuite reçu un ou deux procès-verbaux les invitant à procéder au remboursement volontaire des prestations non conformes. Les hôpitaux ont toujours volontairement remboursé le montant indu. Au total, nous avons récupéré **1.795.309,87 EUR**.

✦ Propositions au CTM

Nous avons soumis les propositions suivantes au CTM :

- ✦ supprimer les numéros de nomenclature pour le monitoring cardiaque ambulatoire, à savoir 212015 et 214012
- ✦ harmoniser les tarifs pour la consultation au cabinet et pour un examen dans les locaux des urgences pour le médecin appelé qui n'assure pas la permanence, et ce tant en journée et la nuit que pendant le week-end
- ✦ revaloriser les honoraires pour la prise en charge d'un patient par un médecin de permanence en incorporant une rémunération pour le monitoring cardiaque
- ✦ si les codes 212015 et 214012 ne sont pas supprimés : ajouter « y compris le monitoring en continu des paramètres vitaux » au libellé des codes de nomenclature 590435 et 590472 relatifs aux interventions SMUR
- ✦ prévoir dans les règles de facturation un code spécifique pour le service des urgences comme lieu de séjour
- ✦ imposer l'obligation d'enregistrer les heures d'admission dans un service des urgences et de sortie du service
- ✦ rendre impossible le cumul des codes 212015 et 212026 le même jour

Enquête de contrôle 2 : appareils d'IRM non agréés

I. Origine et objectif

Seules les prestations d'IRM effectuées à l'aide d'appareils d'IRM agréés peuvent être remboursées par l'assurance soins de santé.

Depuis le 1^{er} juin 2016, le numéro d'identification par appareil d'IRM – octroyé par l'INAMI – doit obligatoirement être mentionné sur chaque attestation de prestation d'IRM⁵. L'attestation de prestations

⁵ A.R. 26 mai 2016 portant exécution de l'Art. 64, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi SSI, M.B. 31 mai 2016.

effectuées sur des appareils non agréés est ainsi en principe impossible. L'élaboration simultanée du cadastre national des appareils médicaux lourds⁶, dans le cadre duquel chaque appareil a reçu un numéro de facturation unique, a facilité le contrôle par le SECM tel qu'il avait été planifié dans le protocole d'accord⁷.

II. Méthode

Le SECM a demandé 100 clichés aléatoires d'IRM par hôpital sur la base d'une présélection et d'un échantillon. L'analyse des métadonnées de ces images nous a permis de déterminer avec quel appareil d'IRM les clichés avaient été effectués. Nous avons ensuite comparé, pour chaque appareil utilisé, la programmation et l'agrément dans le cadastre.

Nous avons pu extrapoler les constatations faites sur ces 100 prestations d'IRM aléatoires à l'ensemble de la période étudiée.

III. Résultats

Le SECM a constaté qu'au total, au cours de la période du 7 janvier 2015 au 30 septembre 2016 (réception de l'attestation au sein des O.A.), 96.683 prestations d'IRM avaient été effectuées au moyen de 18 appareils d'IRM non agréés dans 15 hôpitaux.

7.842.871,62 EUR ont été remboursés volontairement (pour 15 appareils d'IRM dans 12 hôpitaux). En sus, 3 procédures administratives ont été introduites pour un montant de 1.980.975,11 EUR (pour 3 appareils d'IRM dans 3 hôpitaux). Ces procédures sont encore en cours.

Le constat de l'utilisation de dix-huit appareils d'IRM non agréés dans quinze hôpitaux et les communications y afférentes ont accéléré les négociations en cours sur des appareils d'IRM supplémentaires.

IV. Actions et propositions

✦ Limitation du nombre d'examens par appareil d'IRM

L'ajout au protocole d'accord sur l'imagerie médicale (fin 2018) prévoit la programmation et l'agrément de 18 nouveaux appareils d'IRM. Lors de l'enquête, il s'est avéré que l'utilisation d'un appareil d'IRM agréé varie énormément d'un hôpital à l'autre. Si l'intention est de rationaliser le nombre de prestations d'IRM par des décisions de programmation et d'agrément, le SECM est d'avis qu'un nombre maximum de prestations d'IRM remboursées par appareil doit également être déterminé.

✦ Shift CT-IRM

Pour de nombreuses indications, un appareil d'IRM permet, par rapport aux CT scans, un meilleur examen. En outre, il n'est pas néfaste pour le patient. Un aspect du protocole d'accord était justement de réaliser ce shift. L'audit du protocole d'accord a démontré que le nombre d'examens CT avait encore augmenté ; de même pour les examens CT qui ne sont pas effectués dans le cadre du suivi d'affections ayant une incidence croissante telles que le cancer. Afin d'obtenir un véritable shift de prestations CT vers des prestations d'IRM, il faudra imposer une condition aux nouveaux agréments afin que le nombre total de prestations d'IRM + CT n'augmente plus. Une augmentation du nombre de prestations d'IRM ne sera alors possible que s'il y a une diminution simultanée du nombre de prestations CT.

⁶ A.R. 19 janvier 2016 déterminant les règles suivant lesquelles les données relatives à l'appareillage médical lourd sont communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, *M.B.* 3 février 2016.

⁷ Protocole d'accord sur l'imagerie médicale du 24 février 2014, *M.B.* 20 juin 2014.

Enquête de contrôle 3 : Matériel pour la chirurgie thoracique et cardiologique et la chirurgie vasculaire

I. Origine et objectif

Le secteur des implants et dispositifs médicaux invasifs, qui représentait des dépenses pour un montant de 737.429.000 EUR en 2017, a été peu contrôlé jusqu'à présent. Dans le cadre d'une première enquête thématique réalisée dans ce secteur, nous avons contrôlé l'application des modalités de remboursement pour l'attestation de dispositifs médicaux invasifs utilisés en électrophysiologie. Nous examinons à présent les implants et les dispositifs médicaux invasifs utilisés en chirurgie thoracique et cardiologique et en chirurgie vasculaire.

Il s'agit d'un matériel très diversifié, allant du cathéter aux stents et aux greffes vasculaires.

Pour rembourser ce matériel, plusieurs numéros de prestation à attester par le médecin sont prévus⁸, couplés ou non à un numéro de nomenclature pour la prestation.

II. Méthode

Nous avons évalué les chapitres « chirurgie thoracique et cardiologique » et « chirurgie vasculaire ». Lors du précédent contrôle thématique concernant le « matériel utilisé en électrophysiologie », nous avons constaté que l'attestation n'était pas toujours correcte. C'est pourquoi nous avons également intégré ces numéros de prestation dans cette série.

Nous avons commencé par sélectionner les prestations à examiner sur la base des données ADH/HJA IMPLANT (version 11)⁹ (uniquement pour la « chirurgie vasculaire ») et des données AZV/SHA IMPLANT (version 22)¹⁰. Ensuite, nous avons analysé de manière générale les données d'attestation des numéros de prestation sélectionnés de tous les hôpitaux belges.

Sur la base des données précitées, nous avons sélectionné les hôpitaux qui avaient commis des infractions pour un montant égal ou supérieur à 10.000 EUR au cours des périodes de prestation du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2016 inclus (« chirurgie thoracique et cardiologique »), du 1^{er} novembre 2014 au 30 juin 2016 inclus (« chirurgie vasculaire ») et du 1^{er} novembre 2014 au 31 juillet 2016 inclus (« matériel utilisé en électrophysiologie »), en vue d'un contrôle plus approfondi.

III. Résultats

Pour le chapitre « chirurgie thoracique et cardiologique » (à l'exception de l'électrophysiologie), ainsi que pour les chapitres « chirurgie vasculaire » et « matériel utilisé en électrophysiologie » conjointement, nous avons contrôlé respectivement 13 et 21 hôpitaux ayant commis des infractions pour un montant égal ou supérieur à 10.000 EUR. 8 des ces hôpitaux étaient présents dans les deux enquêtes.

Pour les 26 hôpitaux sélectionnés au total, nous avons constaté 6 types d'infractions. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'erreurs administratives. L'infraction la plus fréquente était l'« attestation indue d'un numéro de prestation plusieurs fois par jour ».

IV. Actions et propositions

Nous avons dressé un procès-verbal de constat pour tous les hôpitaux. Le total de l'indu s'élevait à 872.611,97 EUR. Tous les hôpitaux ont spontanément remboursé le montant qu'ils avaient indûment attesté.

⁸ A.R. 25 juin 2014.

⁹ ADH/HJA : anonieme daghospitalisatie – hospitalisation de jour anonyme édition 11 – données comptabilisées entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 juin 2015. La partie « implant » contient toutes les données pertinentes concernant les implants et les dispositifs médicaux invasifs.

¹⁰ AZV/SHA : anoniem ziekenhuisverblijf - séjour hospitalier anonyme édition 22 - données comptabilisées entre le 1^{er} juillet 2013 et le 30 juin 2015. La partie « implant » contient toutes les données pertinentes concernant les implants et les dispositifs médicaux invasifs.

Enquête de contrôle 4 : RMN (IRM) et honoraires d'urgence

I. Origine et objectif

Les hôpitaux qui réalisent des examens par résonance magnétique nucléaire (les examens par RMN) le font aussi de plus en plus souvent en dehors des heures « normales ». Souvent ces examens sont programmés après 21 heures, avant 8 heures ou le week-end. Pour ces examens programmés, les radiologues ne peuvent évidemment pas attester de codes de la NPS pour prestations urgentes.

La nomenclature stipule en effet que les suppléments pour prestations techniques urgentes ne peuvent être portés en compte que dans les cas où l'état du patient nécessite de dispenser ces soins en urgence aux heures et jours mentionnés. Les honoraires d'urgence ne peuvent donc pas être attestés pour des examens effectués en dehors des heures « normales » pour des raisons personnelles du médecin ou à la demande du patient.

Nous avons mené une enquête de contrôle individuelle dans un hôpital du Brabant flamand. Elle a montré que les honoraires d'urgence avaient effectivement été portés en compte indûment à cause d'un problème de logiciel.

L'enquête de contrôle nationale avait pour objectif d'étudier quels hôpitaux belges portent indûment en compte des honoraires d'urgence pour des examens par RMN programmés.

II. Méthode

Nous avons demandé les données relatives aux codes d'urgence 599572/599583 et 599594/599605 pour toute la Belgique, pour la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 octobre 2017.

Il s'agit des honoraires d'urgence pour les codes suivants :

- ✦ 459395/459406 N 180 Examen d'IRM de la tête
- ✦ 459491/459502 N 180 Examen d'IRM du rachis cervical ou thoracique ou lombosacré
- ✦ 459513/459524 N 100 Examen d'IRM d'un membre.

Nous avons décidé, dans une première phase, d'étudier les hôpitaux situés en Région flamande qui avaient attesté des honoraires d'urgence pour un montant supérieur à 30.000 EUR au cours de la période étudiée.

Nous avons procédé à une audition dans chaque hôpital sélectionné pour demander au radiologue ou éventuellement à la direction de fournir une explication sur l'attestation erronée de ces honoraires d'urgence.

L'enquête de contrôle auprès des hôpitaux flamands sélectionnés a montré que l'attestation était presque toujours due à un problème de logiciel et que les examens par RMN étaient rarement vraiment effectués en urgence. C'est pourquoi le SECM a décidé d'élargir l'enquête lors d'une deuxième phase. Il a ajouté les hôpitaux belges qui avaient attesté des honoraires d'urgence pour plus de 10.000 EUR pour la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 août 2018. Nous ne sommes pas allés dans ces hôpitaux. Les échanges se sont déroulés par téléphone et par courrier.

III. Résultats

83 hôpitaux ont attesté des honoraires d'urgence pour un nombre d'examens par RMN variant entre 4.826 et un seul (pour un montant variant entre 423.387,63 EUR et 65,29 EUR). Nous avons procédé à une audition dans onze hôpitaux flamands. Nous avons en outre pris contact avec 40 hôpitaux. Au total, au cours de la première et de la deuxième phase, nous avons inclus 51 hôpitaux dans l'enquête.

Dans 49 d'entre eux, nous avons constaté que des honoraires d'urgence avaient été attestés à tort pour des examens par RMN programmés. Pour 22 de ces hôpitaux, nous avons tenu compte des demandes et protocoles motivant l'attestation d'honoraires d'urgence qui nous avaient été transmis. Pour deux de ces 51 hôpitaux, l'attestation était correcte.

La période de constat couvrait 29 mois.

Selon les données d'attestation, les 51 hôpitaux sélectionnés ont porté en compte 42.606 prestations d'urgence pour un montant de 3.521.570,09 EUR.

Certains de ces honoraires d'urgence avaient été attestés à juste titre puisque les examens par RMN ont effectivement été effectués en urgence (preuve fournie par la demande et le protocole). Cela concerne 1.307 prestations pour un montant de 153.878,79 EUR.

Les hôpitaux ont remboursé volontairement les 41.299 autres prestations pour un montant de 3.367.691,30 EUR.

Tableau 3. Attestations honoraires d'urgence RMN indûment facturées

Code NPS	Nombre d'attestations indues	Montant du grief
599572	22.846	2.026.998,75 EUR
599583	1.737	236.160,40 EUR
599594	16.653	1.098.123,37 EUR
599605	63	6.408,78 EUR
Total	41.299	3.367.691,30 EUR

IV. Propositions

Lors de nos contacts avec les hôpitaux, nous avons demandé aux dispensateurs de soins de veiller scrupuleusement à l'attestation correcte des honoraires d'urgence pour les examens par RMN programmés dans le but d'éviter des « erreurs de logiciel » à l'avenir.

Le SECM prévoit de procéder en 2022 à une nouvelle analyse de l'attestation des honoraires d'urgence pour des examens par RMN, et ce dans tous les hôpitaux.

Enquête de contrôle 5 : cathétérisme cardiaque

I. Origine et objectif

La nomenclature pour la coronarographie et le cathétérisme cardiaque a été profondément revue à partir de 2012. Selon la nouvelle définition, le cathétérisme cardiaque gauche fait intégralement partie de la prestation de coronarographie.

Il n'est donc plus possible d'attester la prestation 476070-476081 (cathétérisme cardiaque par voie veineuse (droite) et artérielle (gauche, K 266) avec la coronarographie, étant donné que ces deux prestations se recoupent clairement.

Toutefois, les dispensateurs de soins peuvent attester le code pour le cathétérisme cardiaque par voie veineuse (cathétérisme cardiaque droit, code 476011-476022) avec une coronarographie pour autant qu'ils soient effectués conformément aux recommandations de la nomenclature. Le cathétérisme cardiaque droit n'est en effet pas repris dans la nomenclature de la coronarographie.

Cette enquête avait pour objectif de détecter à l'échelon national les prestations qui se recoupent et de les mettre à charge des hôpitaux qui ne les avaient pas attestées correctement.

II. Méthode

Nous avons d'abord mené une étude pilote dans un hôpital. Après une audition et un grief, cet hôpital a reconnu ce que nous avons constaté et a procédé volontairement au remboursement.

Nous avons recherché dans les données authentifiées des O.A. l'attestation erronée des codes 476070-476081 (cathétérisme cardiaque par voies veineuse et artérielle, K 266) avec le code 464170-464181 N 793 ou 464192-464203 N 886 (coronarographie) pour tous les hôpitaux belges. Nous avons utilisé

les données relatives aux prestations en question attestées entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 septembre 2017 (date de réception par l'O.A.)

Nous avons étudié plus en détail les hôpitaux ayant cumulé à tort ces codes pour un montant égal ou supérieur à 10.000 EUR. Après avoir pris contact avec l'hôpital par téléphone, nous avons envoyé au médecin-chef un procès-verbal de constat accompagné d'une invitation au remboursement volontaire. L'hôpital (personne morale) a reçu une copie¹¹ en tant qu'institution perceptrice pour le régime du tiers payant, ainsi qu'une invitation au remboursement volontaire.

Nous avons envoyé un troisième exemplaire au chef du service de cardiologie de l'hôpital pour qu'il puisse en prendre connaissance.

Certains hôpitaux ont remboursé volontairement. Les autres ont envoyé chacun séparément une lettre de défense qu'ils avaient manifestement rédigée ensemble.

Dans certains cas, nous avons procédé à une audition supplémentaire du chef du service de cardiologie et nous avons discuté de quelques cas à partir des protocoles. Ces auditions et la discussion des cas avec les cardiologues n'ont pas modifié le constat basé sur la facturation.

III. Résultats

Le grief était le suivant : attestation non conforme de prestations 476070-476081 (cathétérisme cardiaque par voies veineuse et artérielle, K 266) avec des prestations de coronarographie (464170-464181 N 793 ou 464192-464203 N 886).

Nous avons appliqué une règle différentielle par rapport au cathétérisme cardiaque droit (476011-476022 K 80 par voie veineuse), pour autant que cette prestation n'ait pas encore été attestée.

Au total, 41 hôpitaux ont attesté les codes ci-dessus ensemble. Sur les 26 hôpitaux qui ont reçu un procès-verbal de constat, 11 dont l'hôpital pilote (hôp. 5 dans le tableau 4) ont remboursé le montant intégral du grief. Nous avons clôturé ces dossiers par un avertissement.

Les 15 autres hôpitaux ont contesté le constat. Par conséquent, une procédure a été lancée devant la chambre de première instance (CPI) pour 14 dossiers ou devant le Fonctionnaire dirigeant (FD) pour un dossier. Sur les 2.838.576,67 EUR mis à charge, 691.153,00 EUR ont été remboursés volontairement et 2.147.423,67 EUR sont contestés.

¹¹ Conformément à l'article 164, deuxième alinéa, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Tableau 4. Aperçu des montants par hôpital

Hôp.	Montant grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)	Solde (EUR)	Procédure
1	452.008,64	120.548,97	331.459,67	CPI
2	234.659,84	0,00	234.659,84	CPI
3	225.685,03	0,00	225.685,03	CPI
4	217.700,14	0,00	217.700,14	CPI
5	178.842,66	178.842,66	0,00	-
6	165.090,23	0,00	165.090,23	CPI
7	162.532,45	0,00	162.532,45	CPI
8	159.568,27	0,00	159.568,27	CPI
9	138.601,95	0,00	138.601,95	CPI
10	101.809,23	0,00	101.809,23	CPI
11	97.697,98	0,00	97.697,98	CPI
12	92.388,49	0,00	92.388,49	CPI
13	89.739,64	89.739,64	0,00	-
14	84.233,51	84.233,51	0,00	-
15	74.047,59	0,00	74.047,59	CPI
16	59.339,87	0,00	59.339,87	CPI
17	53.628,14	0,00	53.628,14	CPI
18	50.830,63	50.830,63	0,00	-
19	33.214,79	0,00	33.214,79	FD
20	31.869,77	31.869,77	0,00	-
21	27.178,90	27.178,90	0,00	-
22	27.174,76	27.174,76	0,00	-
23	26.417,40	26.417,40	0,00	-
24	22.415,58	22.415,58	0,00	-
25	16.709,05	16.709,05	0,00	-
26	15.192,13	15.192,13	0,00	-
TOTAL	2.838.576,67	691.153,00	2.147.423,67	

IV. Actions et propositions

Une procédure sera bientôt lancée pour les 15 hôpitaux qui n'étaient pas d'accord.

Nous pouvons demander au CTM d'ajouter dans la nomenclature une interdiction explicite de cumuler les codes de nomenclature pour la coronarographie et pour le cathétérisme cardiaque par voies veineuse et artérielle.

Par ailleurs, on peut aussi se demander s'il est encore opportun que, dans la nomenclature, le cathétérisme cardiaque gauche fasse obligatoirement partie de la coronarographie, étant donné qu'il y a déjà un grand hôpital qui effectue une échographie plutôt qu'un cathétérisme cardiaque.

Enquête de contrôle 6 : arthrographie

I. Origine et objectif

En 2016, en Belgique, les radiologues ont attesté 69.942 radiographies d'une articulation après administration d'un liquide de contraste (= arthrographie RX) pour un montant total de 4.075.211 EUR. Il existe pourtant peu d'indications pour l'arthrographie RX. Dans les recommandations de la Société royale belge de radiologie du 1^{er} octobre 2010, l'arthrographie RX est uniquement mentionnée comme examen spécialisé en cas de prothèse douloureuse : « En cas de doute diagnostique ou de forte suspicion d'infection, une aspiration à visée bactériologique couplée à l'arthrographie est indiquée. »

Il a été remarqué qu'en hôpital, la plupart des arthrographies RX ont été attestées en cumul avec une tomographie commandée par ordinateur d'un ou de plusieurs membres (= CT d'un membre) ou en cumul avec un examen d'IRM d'un membre.

Le but de ce contrôle national était de déterminer dans quels hôpitaux une arthrographie est attestée à tort en cumul avec un examen CT et/ou un examen d'IRM.

La nomenclature décrit « l'arthrographie RX » comme « arthrographie ».

II. Méthode

Le SECM a analysé les données d'attestation des arthrographies, des examens CT et d'IRM attestés au cours de la période du 1^{er} décembre 2015 au 31 mai 2018 (soit 30 mois) pour l'ensemble des hôpitaux belges. Nous avons inclus dans l'enquête les codes de nomenclature suivants (ambulatoire – hospitalisé) :

- ✦ 458872-458883 : tomographie commandée par ordinateur, d'un ou de plusieurs membres, avec et/ou sans moyen de contraste (N 100)
- ✦ 458894-458905 : tomographie commandée par ordinateur, d'une articulation d'un ou de plusieurs membres, y compris l'injection du produit de contraste sous contrôle scopique et les clichés éventuels (N 190)
- ✦ 459513-459524 : examen d'IRM d'un membre, avec ou sans contraste (N 100)
- ✦ 455711-455722 : arthrographie (N 120)

Nous avons sélectionné les hôpitaux qui ont attesté des arthrographies pendant la période considérée et nous avons étudié les cumuls avec des examens CT et d'IRM le même jour, pour un même assuré. Pour les hôpitaux où nous avons constaté le cumul de l'arthrographie et de l'examen CT et qui ont attesté des arthrographies en même temps que le CT d'un membre pour un montant supérieur à 5.000 EUR, nous avons pris contact avec tous les chefs du service de radiologie par téléphone et par courriel. Nous avons discuté de notre constat et communiqué les chiffres. Dans une deuxième phase, 30 jours plus tard environ, si l'établissement n'avait pas transmis de remarque, nous avons à nouveau téléphoné au chef du service de radiologie pour discuter des modalités de remboursement.

Nous avons envoyé un avertissement avec une demande de mise en conformité aux hôpitaux qui avaient exclusivement facturé la combinaison de l'arthrographie et de l'examen d'IRM et avaient attesté plus de 10.000 EUR d'arthrographies au cours de la période examinée.

III. Résultats

96 hôpitaux ont attesté des arthrographies au cours de la période observée. Dans un certain nombre d'hôpitaux, répartis uniformément entre la Flandre et la Wallonie, nous avons uniquement retrouvé la combinaison de l'arthrographie et d'un examen CT. La combinaison de l'arthrographie et d'un examen d'IRM a presque exclusivement été observée dans des hôpitaux flamands.

Dans 76 hôpitaux, nous avons constaté qu'une arthrographie et un examen CT avaient été combinés le même jour pour le même assuré. 24 hôpitaux ont attesté des arthrographies en même temps que des examens CT d'un ou plusieurs membres pour plus de 5.000 EUR :

- ✦ 12 en Région flamande
- ✦ 1 dans la Région de Bruxelles-Capitale
- ✦ 11 en Région wallonne

Tous les hôpitaux concernés ont volontairement remboursé le montant attesté à tort pour un total de 639.192,94 EUR (pour 52.386 arthrographies attestées à tort – règle différentielle¹²).

Dans 70 hôpitaux, nous avons constaté qu'une arthrographie et un examen d'IRM avaient été combinés le même jour pour le même assuré. Nous avons fixé à 10.000 EUR la limite pour l'enquête à titre informatif avec mise en conformité. Un courrier devait dès lors être adressé à 28 hôpitaux :

- ✦ 27 en Région flamande
- ✦ 1 dans la Région de Bruxelles-Capitale.

La mise en conformité concernait des attestations d'arthrographie combinées à des examens d'IRM pour un montant total de 1.955.086 EUR (45.744 arthrographies). La mise en conformité signifie qu'en attendant l'introduction d'un code de la NPS spécifique pour un examen d'IRM d'une articulation avec liquide de contraste, aucune prestation supplémentaire « d'arthrographie » ne peut être facturée pour un examen d'IRM d'une articulation après l'administration d'un liquide de contraste.

IV. Actions et propositions

Le SECM a entrepris les actions suivantes afin de lutter contre les cumuls injustifiés :

- ✦ sensibilisation par téléphone des hôpitaux/radiologues concernant l'arthrographie lors d'un examen CT
- ✦ récupération de l'arthrographie lors d'un examen CT par le calcul de l'indu différentiel
- ✦ demande de mise en conformité par les dispensateurs de soins pour une arthrographie lors d'un examen d'IRM
- ✦ proposition d'adaptation de la NPS dans le groupe de travail radiologie, plus précisément création d'un numéro spécifique pour un examen d'IRM d'une articulation avec liquide de contraste, mais limité à des blessures spécifiques de l'épaule.

¹² Si une tomographie commandée par ordinateur d'une articulation d'un ou de plusieurs membres est demandée, il faut attester le code 458894-458905 (CT d'une articulation). Il ne peut pas être remplacé par l'attestation combinée du code 458872-458883 (CT des membres) et du code 455711-455722 (arthrographie). Les hôpitaux concernés ont remboursé la différence.

c) Pharmaciens

I. Contrôle des codes sur le conditionnement des médicaments

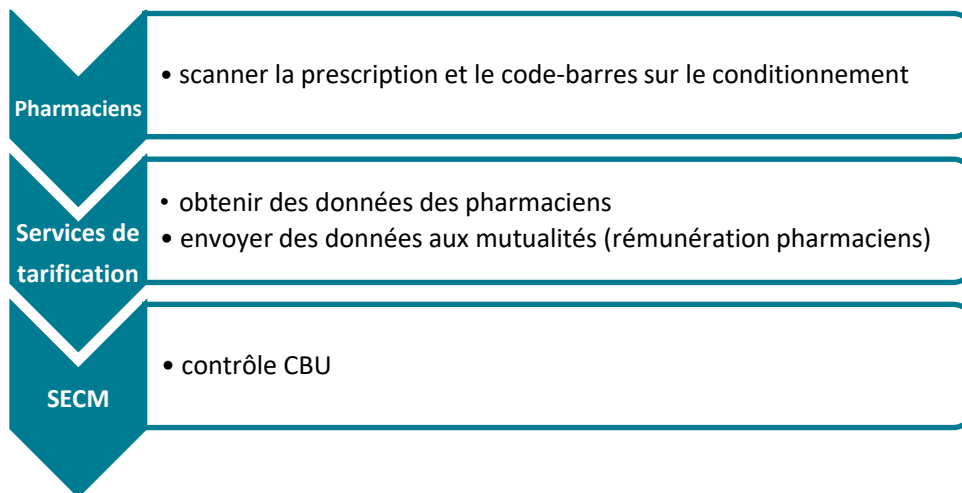
Le SECM veille à ce que les médicaments attestés

- ✦ soient effectivement délivrés et/ou
- ✦ ne soient pas attestés plus d'une fois, soit par le même pharmacien soit par différents pharmaciens

Contrôle du code-barres unique (CBU)

Le SECM a joué un rôle actif dans la mise en œuvre du code-barres unique. Ce code est un numéro unique qu'on retrouve sous forme de code-barres sur chaque conditionnement de spécialités pharmaceutiques remboursées par l'assurance soins de santé.

Présentation schématique de la procédure :



Code matriciel (code QR)

Le 9 février 2019, la directive européenne sur la lutte contre les médicaments falsifiés est entrée en vigueur dans (presque) tous les États membres européens, dont la Belgique¹³. Cela signifie que le code-barres unique a été remplacé par un code 2D (ou code QR).

Le projet de code matriciel 2D pour la Belgique a été réalisé par un groupe de travail composé :

- ✦ de la BeMVO (Belgian Medicines Verification Organisation)
- ✦ de l'AFMPS
- ✦ du Service des soins de santé (SdSS) et du SECM de l'INAMI

¹³ Directive 2011/62/UE du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/UE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement légale.

Méthode de travail

Les firmes pharmaceutiques doivent apposer des dispositifs de sécurité sur le conditionnement des médicaments, qui se composent :

- ✦ d'une caractéristique d'identification unique (code matriciel)
- ✦ d'un dispositif antieffraction (scellement de l'emballage)

La matrice de données (le code d'identification unique) se compose des éléments suivants :

- ✦ code produit = code GTIN = (Global Trade Item Number)
- ✦ date de péremption
- ✦ numéro de lot
- ✦ numéro de série (numéro au hasard)

Les firmes pharmaceutiques enregistrent toutes les matrices de données dans une base de données.

À partir du 9 février 2019, le pharmacien doit scanner la matrice de données, et le logiciel de la pharmacie vérifiera alors directement si le code d'identification unique scanné se trouve effectivement dans la base de données. Le cas échéant, on peut supposer que ce conditionnement est un conditionnement authentique, mis sur le marché par la firme en question. Le code d'identification unique est alors « décommissionné » (désactivé) : il n'est donc plus disponible dans la base de données.

Les firmes pharmaceutiques doivent apposer une matrice de données (code 2D) sur tous les médicaments soumis à prescription et médicaments remboursables.

Exceptions :

- ✦ médicaments radiopharmaceutiques, gaz médicaux, par exemple O₂, perfusions, alimentation parentérale, produits de contraste, homéopathie, extraits d'allergènes (= « liste blanche »)
- ✦ médicaments en vente libre (OTC) soupçonnés d'être dangereux (« liste noire »)

Le numéro de code national (CNK) est conservé, mais n'est pas inclus dans la matrice de données. Le logiciel de pharmacie devra donc convertir un GTIN scanné en CNK correspondant sur la base de tableaux de conversion.

Le GTIN et le numéro de série du code seront enregistrés dans le fichier de facturation par le pharmacien.

Phase transitoire

Pendant plusieurs années encore, il subsistera sur le marché des conditionnements de médicaments avec l'ancien code-barres unique. En effet, les entreprises pouvaient encore commercialiser ce type de conditionnement jusqu'au 8 février 2019. Les deux types de codes-barres sont enregistrés dans les fichiers de facturation.

Comme c'était déjà le cas auparavant, des contrôles peuvent également être effectués sur la matrice de données. Le code 2D est un code bien plus complexe que l'ancien code-barres unique. Il est donc beaucoup plus difficile pour le pharmacien de frauder, par exemple en créant de faux codes.

En cas de problème avec une matrice de données, le pharmacien est immédiatement informé, et le médicament ne peut pas être délivré. Les doubles lectures entraînent également un signal d'alarme.

En 2018, 98,83 % des CBU étaient corrects et étaient lus correctement par les pharmaciens. Le pourcentage de codes correctement lus et de codes corrects a diminué (voir Tableau 5). Cela est dû à l'introduction des codes 2D. Dans la phase initiale, il y a eu quelques maladies de jeunesse (les pharmaciens ne disposaient pas des appareils de lecture adaptés, les logiciels n'étaient pas prêts à temps).

Tableau 5. Résultats contrôles CBU et matrice de données en 2019

Contrôle codes de conditionnement des médicaments en 2019	
Nombre d'officines concernées	4.841
Nombre de lignes de tarification qui doivent être pourvues d'un CBU/d'une matrice de données	101.531.477
% de conditionnements sans CBU/matrice de données	2,43 %
% de CBU/matrices de données lus deux fois dans la même pharmacie	0,08 %
% du nombre de CBU dont le check digit n'est pas correct	0,01 %
% de CBU/matrices de données lus correctement et de CBU/matrice de données corrects	97,47 %

Les pharmaciens du SECM continuent à suivre les lectures des CBU via les fichiers intégrés. Le CBU reste donc un instrument efficace qui permet :

- ✦ de contrôler la délivrance effective de médicaments
- ✦ d'identifier des profils déviants entre les officines

II. Autres projets des pharmaciens-inspecteurs

- ✦ Analyse des données des hospitalisations de jour anonymisées : détection des outliers dans les attestations
- ✦ Détection des profils pharmaceutiques déviants (PharmaOT) sur la base des fichiers intégrés : pharmaciens, médecins, assurés
- ✦ Enquête thématique sur les médicaments sensibles à la fraude (opioïdes)
- ✦ Enquête thématique sur les implants et dispositifs médicaux invasifs (uro-gynéco)
- ✦ Screening et contrôle des attestations de médicaments, de bandagisterie
- ✦ Évaluation du respect par les prescripteurs des conditions de remboursement prévues au Chapitre IV médicaments
- ✦ Répondre aux questions et transmettre des informations :
 - ◇ à l'AFMPS
 - ◇ à la CMP
 - ◇ à l'Ordre des médecins
 - ◇ à la Justice

d) Le SECM et la lutte contre la fraude

Dans cette partie, nous décrivons brièvement les principales activités du SECM en 2019 dans le cadre de la lutte contre la fraude dans le secteur des soins de santé. Nous travaillons avec les autres services de l'INAMI et avec les O.A. à des enquêtes de fraude concrètes et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude.

Après analyse, seule une petite partie des enquêtes de contrôle portent sur la fraude telle qu'elle est définie ci-après.

I. Définition de la fraude

Le 19 avril 2017, la commission anti-fraude de l'INAMI a approuvé les directives concernant la définition de la notion « indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies de la loi SSI¹⁴. La directive explicite ce que la notion « **dol/fraude** » signifie exactement :

- ✦ La fraude implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers et cela au détriment de l'assurance soins de santé.
- ✦ De simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion.

Le caractère délibéré est donc essentiel pour pouvoir parler de fraude mais, dans la pratique, il n'est pas aussi simple de l'établir. Ce caractère intentionnel n'est pas non plus une condition légale pour clôturer nos enquêtes de contrôle ni pour déterminer une sanction supplémentaire via une procédure administrative.

Étant donné que des dispensateurs de soins ou des assurés fraudeurs ont par définition l'intention de frauder, nous pouvons nous attendre, dans une plus large mesure, à une récurrence dans le chef de ceux-ci. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière proactive.

Afin de concrétiser le suivi des fraudeurs, le SECM qualifie entre autres les cas suivants de fraude :

- ✦ prestations non effectuées pour plus de 3.000 EUR (à l'exception des erreurs administratives) ;
- ✦ prestations non conformes pour plus de 25.000 EUR avec des indications claires de facturation illégale intentionnelle ;
- ✦ fraude commise par des assurés dans le cadre de laquelle un montant est imputé par ces assurés, par exemple en cas de falsification d'une prescription médicale pour des médicaments (traité par le Service du contrôle administratif) ;
- ✦ récurrence de surconsommation.

À partir de cette sélection, le SECM évalue par enquête de contrôle s'il existe des indications claires de facturation illégale délibérée et donc de fraude.

II. Enquêtes en matière de fraude clôturées en 2019

Des 444 enquêtes de contrôle au total qui ont été clôturées, 23 concernent des enquêtes en matière de fraude pour un indu total de 4.694.549,06 EUR (Tableau 6). 82,92 % du montant total imputé pour les enquêtes en matière de fraude en 2019 concerne principalement des montants mis à charge pour des prestations non effectuées.

¹⁴ Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'Art. 13bis, § 2, 6°, de la loi SSI, M.B. 15 septembre 2017.

Tableau 6. Aperçu des enquêtes en matière de fraude clôturées en 2019, suivant le type de fraude

Type de fraude	Nombre d'enquêtes	Indu (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
Prestations non conformes	5	801.900,98	263.954,21
Prestations non effectuées	18	3.892.648,08	44.614,57
Total	23	4.694.549,06	308.568,78

Les enquêtes en matière de fraude représentent 5,18 % des enquêtes de contrôle clôturées, 19,70 % du montant imputé et 2,21 % du montant remboursé volontairement (Illustration 9).

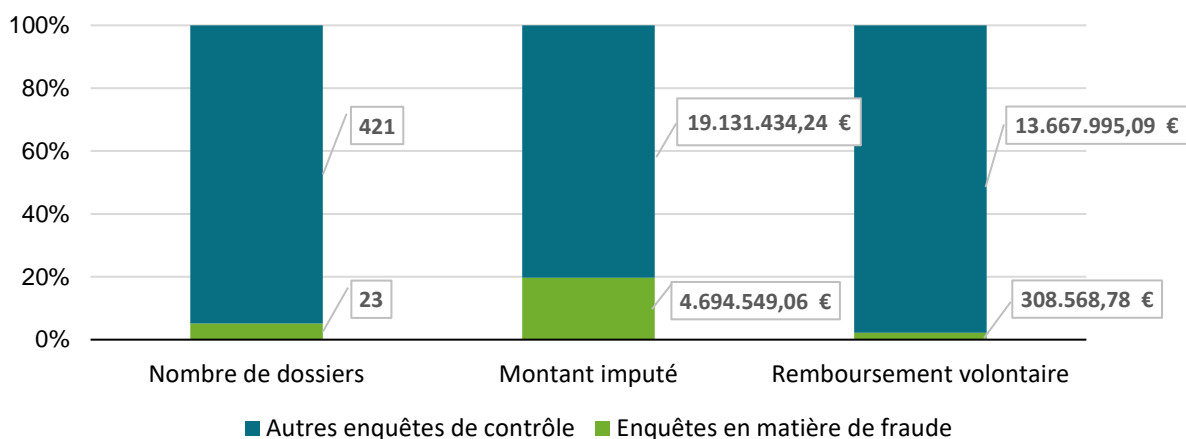


Illustration 9. Enquêtes en matière de fraude vs autres enquêtes de contrôle en 2019

Le nombre total d'enquêtes de contrôle a augmenté par rapport à l'année dernière. Le nombre d'enquêtes en matière de fraude diminue en 2019, mais le montant imputé dans des dossiers de fraude reste plus ou moins le même. Cela montre que nous contrôlons les dossiers de fraude les plus lourds. Nous clarifions cela dans les Illustrations 10 et 11.

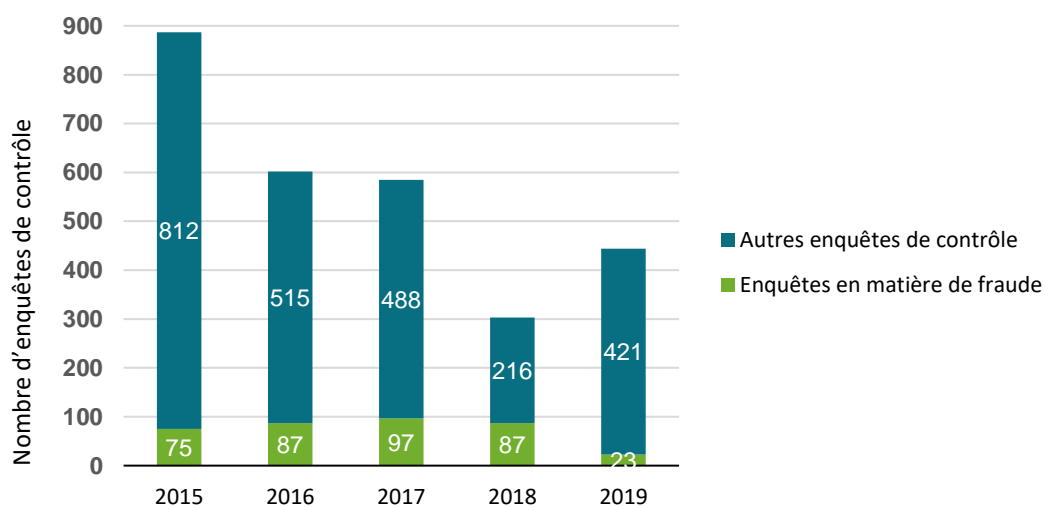


Illustration 10. Nombre d'enquêtes en matière de fraude vs autres enquêtes de contrôle en 2015

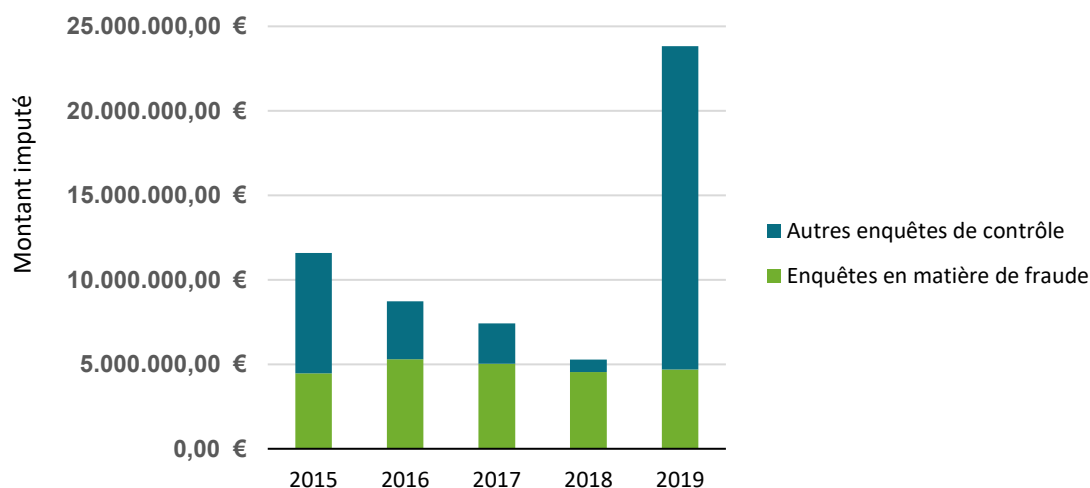


Illustration 11. Montant imputé dans les enquêtes en matière de fraude vs autres enquêtes de contrôle 2015-2019

III. Qui fraude ?

15 praticiens de l'art infirmier à domicile représentent 65,22 % du nombre d'enquêtes en matière de fraude et 90,74 % du montant imputé dans toutes ces enquêtes en matière de fraude (Tableau 7). Il y a 3 enquêtes en matière de fraude (13,04 %) d'assurés (fausses prescriptions et fausses attestations de soins donnés), mais dans chaque enquête, il ne s'agit que d'un montant à charge relativement limité.

Tableau 7. Enquêtes en matière de fraude clôturées en 2019, suivant le type de fraude et le type d'intéressé

Type de fraude	Nombre de dossiers	Montant imputé (EUR)	Remboursé volontairement au 31.12.2019 (EUR)
Prestations non conformes			
bandagiste	1	32.606,87	32.606,88
kinésithérapeute	1	157.436,48	
praticien de l'art infirmier à domicile	3	611.857,63	231.347,33
	5	801.900,98	263.954,21
Prestations non effectuées			
pharmacien	1	28.747,71	28.608,97
dentiste	2	211.965,81	7.000,00
praticien de l'art infirmier à domicile	12	3.648.006,28	9.005,60
assuré	3	3.928,28	
	18	3.892.648,08	44.614,57
Total	23	4.694.549,06	308.568,78

IV. Suspension temporaire du paiement en tiers payant

L'article 77sexies de la loi SSI offre la possibilité de suspendre temporairement le paiement de prestations via le régime du tiers payant pour une période maximale de 12 mois.

Il s'agit là d'une mesure supplémentaire qui permet de mettre un frein aux fraudeurs entêtés – qui font volontiers usage du régime du tiers payant – tandis que le personnel d'inspection mène l'enquête sur le fond et formule, le cas échéant, un grief formel.

En 2019, le Fonctionnaire dirigeant du SECM a suspendu temporairement le paiement de quinze numéros de tiers payant concernant 8 fraudeurs. Ils concernent principalement des praticiens de l'art infirmier à domicile (Tableau 8).

Tableau 8. Aperçu des suspensions du paiement via le régime du tiers payant (art. 77sexies)

Suspension	Début suspension	Fin suspension	Type	Responsable présumé*
1	04.03.2019	03.03.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	A
2	04.03.2019	03.03.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	A
3	04.03.2019	03.03.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	A
4	04.03.2019	03.03.2020	Praticien de l'art infirmier à domicile	A
5	04.03.2019	03.03.2020	Praticien de l'art infirmier à domicile	B
6	18.04.2019	17.04.2019	Spécialiste (radiologue)	C
7	11.07.2019	10.07.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	D
8	11.07.2019	10.07.2020	Praticiens de l'art infirmier à domicile	D
9	15.07.2019	14.07.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	E
10	15.07.2019	14.07.2020	Praticien de l'art infirmier à domicile	E
11	05.11.2019	04.11.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	F
12	05.11.2019	04.11.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	F
13	05.11.2019	04.11.2020	Praticien de l'art infirmier à domicile	F
14	15.11.2019	14.11.2020	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	G
15	10.12.2019	09.12.2020	Médecin généraliste	H

* Les fraudeurs responsables présumés ont parfois plusieurs numéros de tiers payant à leur nom. Dans la dernière colonne de ce tableau, chaque lettre reflète un fraudeur individuel différent.

V. Suivi proactif des fraudeurs : impact

Nous suivons les fraudeurs identifiés (dispensateurs de soins) de façon proactive. Nous comparons le montant de prestations attestées de l'année après un constat avec le montant de prestations attestées avant le constat. Si ce montant n'a pas diminué, cela peut indiquer que le dispensateur de soins n'a pas adapté son comportement et fraude encore/de nouveau.

Nous possédons entre-temps des données de 226 dispensateurs de soins fraudeurs (Tableau 9). Nous voyons que leur attestation globale baisse de 19.677.876,15 EUR après le constat par rapport à l'année précédant le constat.

Nous pouvons également déjà observer une baisse l'année du constat jusqu'à concurrence de 7.265.279,32 EUR (par un constat en début d'année et impact financier par des auditions antérieures).

Tableau 9. Aperçu de l'impact financier des actions de contrôle sur le groupe de fraudeurs

Nombre fraudeurs	Attestation annuelle à l'INAMI (profil annuel)						
	1 an avant le constat (EUR)	année de constat (EUR)	1 an après le constat (EUR)	2 ans après le constat (EUR)	3 ans après le constat (EUR)	4 ans après le constat (EUR)	5 ans après le constat (EUR)
226	53.909.544,46	46.644.265,14	34.231.668,31				
157	36.396.647,36	31.811.444,06	27.479.906,41	25.546.011,21			
107	24.228.287,47	21.322.590,19	18.792.577,04	17.447.112,68	16.160.343,54		
45	8.274.134,01	7.541.328,37	6.987.854,68	6.533.456,21	5.894.934,88	5.872.438,36	
4	834.514,62	674.297,26	686.352,43	628.988,89	535.796,65	599.359,17	549.488,72

Sur les 226 fraudeurs que nous suivons de façon proactive, 157 ont déjà fait l'objet d'un suivi 2 ans après le constat et 107, 3 ans après le constat. Pour 4 fraudeurs, nous avons même un suivi jusqu'à 5 ans après le constat. Sur la base des données de facturation, nous pouvons conclure que l'impact financier dure plusieurs années (Tableau 9).

VI. Mesures structurelles

Le SECM a fait des propositions concrètes dans le cadre du « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 » pour introduire un seuil de responsabilité pour les praticiens de l'art infirmier à domicile (voir p. 87). L'arrêté royal introduisant un nombre maximum de valeurs W a été publié le 11 octobre 2019 et est entré en vigueur le 1^{er} décembre 2019.

Le SECM élabore un projet national pour suivre le nombre maximum de valeurs W.

III. DIRECTION ÉVALUATION

L'objectif de la direction Évaluation est d'améliorer l'efficacité dans le domaine des soins de santé et des indemnités. Pour atteindre cet objectif, elle sélectionne des groupes cohérents de dispensateurs de soins sur la base de leur pratique (selon leurs attestations et/ou prescriptions) dans un thème donné.

Leur pratique est ensuite confrontée aux règles de bonne pratique (EBM, *guidelines*, nomenclature, etc.) issues de la littérature et/ou de la réglementation et/ou à des éléments statistiques par le biais d'analyses de données ou d'observations de terrain.

Les résultats des évaluations permettront ensuite de prendre des mesures pour modifier les pratiques des dispensateurs de soins afin d'accroître l'efficacité, en :

- ✦ sensibilisant les dispensateurs de soins
- ✦ adaptant la réglementation
- ✦ demandant à la direction Contrôle de procéder à des enquêtes de contrôle.

a) Études d'évaluation

Évaluation 1 : vidéo-EEG

I. Origine et objectif

Dans différents hôpitaux, plusieurs prestations d'électroencéphalographie (EEG) ont été attestées à un assuré en une journée, et ce souvent plusieurs jours de suite.

L'analyse des données a montré qu'il y a 10 hôpitaux belges où cette attestation en série d'EEG a eu lieu. Une série est définie comme l'attestation d'au moins 3 prestations EEG (477142) le même jour et/ou des jours consécutifs.

Nous suspectons que ces hôpitaux ont attesté la prestation de vidéo-EEG, pour laquelle il n'existe pas de numéro de nomenclature, comme plusieurs prestations EEG. Toutefois, la prestation de santé vidéo-EEG est prévue dans la convention de rééducation fonctionnelle avec les centres de référence pour les bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire.

Nous avons effectué une étude de terrain pour vérifier si nos soupçons correspondaient à la réalité et pour évaluer dans quelle mesure une adaptation de la réglementation actuelle était nécessaire dans le contexte de la vidéo-EEG.

II. Méthode

Nous avons réalisé une étude de terrain dans 4 hôpitaux, dont 3 avec un contrat de revalidation et 1 sans. Nous avons sélectionné les 2 hôpitaux qui ont attesté le plus de séries EEG en 2017, tant pour les hôpitaux francophones que pour les hôpitaux néerlandophones.

Dans le service de neurologie des hôpitaux sélectionnés, nous avons posé des questions à propos de 20 cas pour lesquels des prestations EEG (477412) avaient été attestées en série.

III. Résultats

Dans 71 cas sur 80, les prestations attestées correspondaient à la réalisation d'une vidéo-EEG. L'enregistrement à long terme de l'EEG était lié à l'enregistrement vidéo simultané de l'assuré. Tous ces cas concernaient le diagnostic et/ou le traitement de l'épilepsie. Pour les 9 autres cas, nous avons constaté un enregistrement à long terme de l'EEG dans le cadre d'une opération ou d'une autre pathologie, qui n'impliquait pas toujours un enregistrement vidéo.

Nous avons réparti les indications pour la vidéo-EEG comme suit :

- ✦ diagnostic et/ou thérapie de l'épilepsie. Il s'agissait de diverses interventions qui ne faisaient pas partie d'une évaluation préopératoire (57 cas).
- ✦ vidéo-EEG dans le cadre d'une évaluation préopératoire de l'épilepsie réfractaire (14 cas).

Dans 14 cas, nous avons constaté une combinaison d'un forfait de rééducation et d'une vidéo-EEG attestée. 9 cas se situaient dans le cadre de l'évaluation préopératoire de l'épilepsie réfractaire. La combinaison du forfait de rééducation et de l'attestation de prestations EEG individuelles n'avait jamais lieu simultanément. Dans 7 cas, le montant forfaitaire a été attesté au début ou après la série d'EEG. Dans 2 cas, le montant forfaitaire a été attesté un an avant la série.

Le nombre moyen de prestations 477142 attestées par assuré variait considérablement, tant entre les différents établissements qu'entre les différentes indications.

I. Actions et propositions

Nous pourrions plaider en faveur de l'introduction d'un code de nomenclature spécifique pour la vidéo-EEG. Bien sûr, un certain nombre de questions doivent être posées :

- ✦ Quelle doit être la valeur de compensation de ce code ?
- ✦ Faut-il faire une distinction en fonction des indications ?
- ✦ Doit-il s'agir d'un code par jour et, le cas échéant, pendant combien de temps peut-il être attesté ?
- ✦ Un tel code est-il accessible à tous les neurologues ?
- ✦ L'installation des électrodes (à forte intensité de main-d'œuvre) doit-elle être attestée séparément ?
- ✦ Quid de la vidéo-EEG dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle ?
- ✦ Quid de l'enregistrement EEG à long terme sans enregistrement vidéo et de l'EEG préopératoire ?

Nous avons présenté ce projet au Collège des médecins directeurs le 5 mai 2019 avec des représentants du SdSS et du CTM.

Évaluation 2 : ménissectomie arthroscopique

I. Origine et objectif

La ménissectomie arthroscopique ou « endoscopie » du genou pour une lésion méniscale est une intervention courante. La prestation est remboursée sous le numéro de nomenclature 276636-276640, « ménissectomie interne ou externe du genou, quelle que soit la technique », N250. Les honoraires s'élèvent à 259,94 EUR.

En 2018, 34.006 prestations ont été facturées, ce qui représente une dépense de 9,4 millions EUR. L'intervention a principalement lieu en hôpital de jour (95 %). Le prix d'une hospitalisation de jour pour une ménissectomie s'élevait, en 2015, à 778 EUR en moyenne (tous frais compris, soit le coût de l'opération et celui des autres prestations telles que l'anesthésie, le matériel, les médicaments, les journées de soins). Les dépenses en hospitalisations de jour pour les « ménissectomies » ont été estimées, en 2015, à 30 millions EUR par an. Vu les montants non négligeables pour la ménissectomie, le SECM a décidé de procéder, dans le cadre d'un screening, à une analyse globale de cette intervention (y compris la facturation et l'efficacité).

L'objectif de cette analyse était de justifier scientifiquement si la ménissectomie arthroscopique constitue un traitement indiqué pour une affection dégénérative. Nous voulions aborder la facturation incorrecte de cette intervention et éviter des traitements inappropriés.

II. Méthode

L'approche de notre évaluation était quadruple :

- 1) Nous avons rassemblé les données EBM (evidence-based medicine) relatives à la méniscectomie arthroscopique
- 2) Nous avons analysé les données de facturation relatives aux méniscectomies (276636-276640), ainsi que les soins dispensés au cours de l'hospitalisation (principalement les Doc HJA, P et N pendant la période 2017-2018) pour tous les hôpitaux belges
- 3) Nous avons comparé le nombre d'interventions dans différents pays européens via le European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN)
- 4) Nous avons interrogé quelques orthopédistes sur leur pratique et avons parcouru quelques dossiers

III. Résultats

Nous avons constaté que 60 % des méniscectomies effectuées en Belgique concernent des personnes de plus de 50 ans. C'est étonnant, car la méniscectomie pour une affection dégénérative ne constitue pas un traitement efficace. D'après les directives, un traitement conservateur associé, entre autres, à de la kinésithérapie est préférable à cette intervention. Notre étude a révélé encore d'autres éléments qui suggèrent une utilisation inappropriée de la méniscectomie. En Belgique, on effectue beaucoup plus de méniscectomies qu'en Suède et en Norvège. Nous observons en outre une grande disparité géographique dans notre pays. La mini-étude réalisée sur le terrain indiquait également une utilisation à mauvais escient de la méniscectomie arthroscopique. Ainsi, la plupart des chirurgiens interrogés ne disposaient pas d'un trajet clinique et/ou étaient mal documentés sur le traitement conservateur préalable.

IV. Actions et propositions

Compte tenu de ces constats, le SECM a formulé plusieurs propositions pour parvenir à une utilisation plus efficace de la méniscectomie arthroscopique.

- 1) Début septembre 2019, le SECM a mené une campagne d'information pour rappeler les directives en matière de méniscectomies arthroscopiques aux chirurgiens orthopédiques.
- 2) Le SECM a formulé une proposition au CTM visant à limiter le remboursement de la chirurgie arthroscopique du genou chez les plus de 50 ans conformément aux directives (absence d'une affection dégénérative, thérapie d'essai préalable associée à de la kinésithérapie, présence de blocages manifestes, traumatisme majeur, etc.)

Évaluation 3 : analyse de terrain : activités non autorisées en cas d'incapacité de travail

I. Origine et objectif

À la demande du Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI, le SECM a réalisé une analyse de terrain en 2018-2019 concernant les dossiers relatifs aux activités non autorisées (ANA) en 2017.

L'objectif de cette étude était de recenser les activités du médecin-conseil (M.C.) et de l'organisme assureur (O.A.) dans ces dossiers spécifiques. Nous voulions recueillir des informations sur, entre autres, l'efficacité du contrôle de l'incapacité de travail par le M.C. de l'O.A. dans ces cas.

II. Méthode

28 mutualités réparties sur les cinq plus grands O.A. et les différentes provinces ont été visitées en 2018-2019. Tous les dossiers ANA de la mutualité visitée ont été étudiés. Nous avons vérifié si les dispositions légales étaient respectées, et plus particulièrement si l'examen prévu par la réglementation avait été effectué par le M.C. (dans les 30 jours ouvrables qui suivent la communication de l'ANA à l'O.A.) et quels en avaient été les résultats.

III. Résultats

Le SECM a constaté d'importantes différences entre les différents O.A. en ce qui concerne le traitement des dossiers ANA. La contribution du personnel administratif de la mutualité est ici d'une importance cruciale. Ce personnel doit veiller à la transmission correcte des dossiers ANA au M.C. Dans certaines mutualités, nous avons constaté que cette transmission ne s'était pas toujours déroulée correctement. De ce fait, le M.C. n'a pas examiné les assurés comme prévu par la réglementation.

Le nombre de cas où un examen par le M.C. était planifié comme prévu par la réglementation pour les ANA représentait 60 % de tous les dossiers ANA ouverts par le SCA. En effet, plusieurs assurés n'étaient pas (plus) en incapacité de travail à la date du transfert du procès-verbal de constat. Soit l'assuré a repris spontanément le travail, soit le M.C. a signifié une reprise de travail obligatoire sans lien avec l'ANA.

Dans 25 % des cas, l'assuré n'a pas été examiné par le M.C., bien que cela soit prévu par la réglementation. Nous avons constaté également de grandes différences entre les mutualités.

Lorsque le M.C. avait effectivement examiné l'assuré, nous avons remarqué que le nombre de reprises du travail obligatoires ne représentait qu'un faible pourcentage (17 %). Ce pourcentage est même retombé à 12 % en tenant compte de tous les dossiers ANA. Bien que le M.C. eut constaté une activité (parfois importante) au cours de son examen, la plupart des assurés ont néanmoins bénéficié d'une prolongation de leur incapacité de travail.

IV. Actions et propositions

Nous avons donné du feed-back aux O.A. afin d'optimiser l'efficacité du contrôle de l'incapacité de travail. Nous avons mis l'accent sur les points suivants :

- ✦ une transmission correcte des dossiers ANA par les services administratifs des O.A. au service du M.C. ;
- ✦ un procès-verbal de constat du personnel d'inspection (SCA) facilement et clairement identifiable dans le dossier du M.C. ;
- ✦ une exécution efficace des examens médicaux par le M.C. en personne comme la loi le prévoit et dans le délai réglementaire, prenant en compte l'activité non autorisée constatée lors de l'évaluation du degré d'incapacité de travail ;
- ✦ la prise en compte du fait que l'inspecteur social constate (presque) toujours les faits d'ANA le premier jour, à la première heure ;
- ✦ la transmission des flux nécessaires dans IDES.

Évaluation 4 : autorisations RX – AFCN

Le résumé de cette évaluation est présenté à la page 82 (collaboration avec d'autres services et organisations).

Évaluation 5 : examen anatomopathologique pour vagotomie, vasectomie, ligature des trompes, amygdalectomie, adénoïdectomie et sympathectomie

I. Origine et objectif

Le secteur des examens anatomopathologiques (EAP) a été peu étudié à ce jour. Ce secteur a dès lors été inclus dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 afin de détecter le gaspillage et de formuler des propositions en vue d'une meilleure efficacité.

II. Méthode

Nous avons commencé par l'analyse de la prestation 588232-588243. Il s'agit du code de la NPS pour l'examen histologique en cas de vasectomie, ligature des trompes, amygdalectomie, adénoïdectomie

(avant 18 ans), vagotomie et sympathectomie. En 2016, cette prestation représentait la plus faible dépense pour l'ensemble des examens anatomopathologiques (653.887 EUR).

Les prestations exécutées en 2016 et attestées avant le 31 décembre 2017 pour une vasectomie, une ligature des trompes, une amygdalectomie et une adénoïdectomie (avant 18 ans), une vagotomie et une sympathectomie constituaient le point de départ. Pour chaque intervention, nous avons évalué le comportement prescripteur d'anatomopathologie par hôpital belge et éventuellement par chirurgien, ainsi que les attestations pour l'examen histologique.

III. Résultats

L'analyse montre que la prestation 588232-588243 est attestée principalement en cas de vasectomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie. En cas de ligature des trompes, de vagotomie ou de sympathectomie, elle est négligeable.

Dans 73 % des amygdalectomies et/ou adénoïdectomies (avec ou sans placement de drains auriculaires) et dans 13 % des vasectomies, les chirurgiens ne demandent pas d'EAP. Le pourcentage d'EAP varie d'un hôpital à l'autre, allant de 0 % à 99 %, et n'est pas lié au nombre d'interventions ni au type d'hôpital. L'attestation de l'examen histologique est généralement correcte.

Bien que l'assurance soins de santé prévoit une intervention depuis 20 ans déjà, les directives internationales indiquent que l'EAP de routine des parties enlevées des canaux déférents n'est pas nécessaire. Nous n'avons pas non plus trouvé de recommandations pour les EAP dans le cas d'autres interventions.

IV. Actions et propositions

- ✦ Le SECM propose de prendre en considération les instructions de facturation suivantes :
 - ✧ créer un champ pour la prestation relative à l'article 32 de la NPS
 - ✧ définir la date de prélèvement de l'échantillon en tant que date de prestation
- ✦ Nous souhaitons que la prestation 588232-588243 soit supprimée de la NPS.

Évaluation 6 : Next Generation Sequencing

I. Origine et objectif

Les tests Next Generation Sequencing (NGS) sont des tests de laboratoire complexes qui permettent de déterminer simultanément la séquence d'un large panel de gènes. Cette technologie permet de traiter des tumeurs de manière ciblée en fonction des variations de l'ADN des cellules cancéreuses. Les prestations sont énumérées aux articles 33, 33*bis* et 33*ter* de la nomenclature. L'annonce qu'un laboratoire donné faisait peut-être un usage inadéquat de certains tests NGS est à l'origine de cette étude documentaire restreinte. Elle avait pour objectif d'examiner si les laboratoires médicaux belges facturaient correctement les tests NGS.

II. Méthode

Nous avons principalement examiné deux prestations NGS réalisées sur des tumeurs des tissus solides :

- ✦ 588534-588545 : dépistage d'anomalies chromosomiques ou géniques acquises au moyen d'une méthode de biologie moléculaire, dans la phase d'investigation diagnostique d'une tumeur solide non-lymphoïde et non-myéloïde
- ✦ 589713-589724 : dépistage d'une anomalie acquise du gène K-RAS par méthode de biologie moléculaire. Cette prestation est dispensée dans le cadre de la prescription d'un traitement par anticorps monoclonaux spécifiques à la tumeur chez les patients atteints de carcinome colorectal métastatique

La nomenclature prévoit un certain nombre de règles diagnostiques et de cumul pour ces prestations. Par exemple, la prestation 588534-588545 ne peut pas être attestée plus de deux fois par phase d'investigation diagnostique.

Nous avons demandé les données de facturation de tous les laboratoires médicaux belges et comparé le profil d'attestation des différents laboratoires. Nous avons utilisé les données d'attestation des prestations dispensées en 2017 et comptabilisées jusqu'au 30 novembre 2018 inclus.

III. Résultats

En 2017, un nombre limité de laboratoires effectuaient ces tests régulièrement. Ainsi, seuls 22 laboratoires ont effectué le test 588534-588545 plus de 100 fois en 2017.

L'étude a montré que ces laboratoires utilisaient quasi systématiquement le nombre maximum de prestations autorisées par phase d'investigation diagnostique selon la NPS. Il en va de même pour le cumul des deux prestations examinées. Il n'y avait que peu de différences entre les laboratoires. Du point de vue du prescripteur, la NPS a donc généralement été utilisée de manière « optimale ». Les règles de nomenclature applicables n'ont été qu'occasionnellement violées de manière directe.

Entre-temps, la nomenclature a été adaptée, et une convention est également entrée en vigueur (le 1^{er} juillet 2019), ce qui a entraîné une modification radicale des modalités de remboursement. Par conséquent, le profil d'attestation constaté pour ces tests ne s'applique plus. La nouvelle convention prévoit également un remboursement plus ciblé du test 588534-588545 en fonction du type et du stade de la tumeur.

IV. Actions et propositions

Compte tenu de l'adaptation de la NPS ainsi que de la convention entrée en vigueur récemment, le SECM ne prend aucune mesure supplémentaire pour le moment.

Le SECM propose d'ajouter dans les instructions relatives à la facturation électronique un code norme « prescripteur » pour les articles 33*bis* et 33*ter* de la NPS dont relève le NGS. Ce code norme s'applique déjà à l'article 24 (biologie clinique) et à l'article 32 (anatomopathologie). Ce code norme pourrait permettre de se faire une meilleure idée du rôle du prescripteur en ce qui concerne ces prestations.

Évaluation 7 : audit hôpitaux – chirurgie bariatrique : trajet de soins et données de séjours hospitaliers

I. Origine et objectif

Ces dernières années, l'obésité et les comorbidités qui lui sont associées ont connu une augmentation significative. Cette augmentation entraîne une charge financière considérable pour la sécurité sociale. En outre, il existe en Belgique d'importantes variations sur le plan des pratiques au niveau du trajet de soins et de l'organisation pratique de la chirurgie bariatrique.

L'Unité Audit hôpitaux – sous une structure de co-gouvernance fédérale de trois institutions (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement et INAMI) – a analysé ce sujet dans le cadre de son 'Proof of Concept'.

Avec ce premier audit, l'équipe d'audit a voulu mettre en évidence les différents aspects du trajet de soins multidisciplinaire du patient obèse admis pour une chirurgie bariatrique et évaluer le respect des règles de nomenclature et des procédures de codification des données hospitalières minimales.

II. Méthode

L'équipe d'audit a sélectionné les hôpitaux belges où il y a des hospitalisations pour chirurgie bariatrique avec une date de sortie en 2016, sur la base des critères suivants :

- ✦ attestation d'un des trois codes de la nomenclature (241780, 241824 of 241846), et/ou
- ✦ séjours classés sous APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 'Procedures for obesity', et/ou
- ✦ séjours avec un diagnostic principal de la catégorie E66 'Overweight and obesity' et classés sous APR-DRG chirurgical

Nous avons sélectionné les 30 hôpitaux ayant le plus grand nombre de séjours hospitaliers pour obésité pour un audit sur place. Nous avons exclu les hôpitaux dont un dispensateur était impliqué dans une enquête de contrôle en cours sur la chirurgie bariatrique au niveau fédéral pendant la période d'audit.

Dans ces hôpitaux, nous avons observé le trajet de soins du patient obèse. En outre, nous avons vérifié le respect des règles de nomenclature et des directives de codification de la CIM-10-BE sur la base d'une analyse de dossier. Il s'agissait de 12 séjours hospitaliers pour obésité sélectionnés au hasard par hôpital pour lesquels, outre les données médicales (MG-MZG), les données infirmières des données hospitalières minimales étaient également enregistrées.

Les hôpitaux où il y a eu des séjours de chirurgie bariatrique avec une date de sortie en 2016 ont reçu un rapport général anonymisé avec les résultats de l'audit.

III. Résultats

97 des 101 hôpitaux belges répondaient aux critères. Nous avons sélectionné 19 hôpitaux belges pour un audit sur place.

Concernant le trajet de soins de la chirurgie bariatrique, nous avons constaté des différences entre les hôpitaux quant à :

- ✦ l'organisation de l'accompagnement multidisciplinaire pré- et postopératoire du patient obèse
- ✦ les examens supplémentaires effectués
- ✦ les consultations pré- et postopératoires effectuées systématiquement
- ✦ l'utilisation d'une pompe à analgésique contrôlée par le patient
- ✦ la technique de l'intervention bariatrique

Le suivi des patients deux ans après la chirurgie bariatrique est rare selon les équipes bariatriques multidisciplinaires. Les obstacles à moyen et long terme sont de nature financière ou organisationnelle ou sont liés au manque d'observance thérapeutique du patient.

L'analyse des 12 hospitalisations pour obésité montre le score moyen obtenu par les hôpitaux pour 9 caractéristiques liées à la NPS et à la codification CIM-10-BE. Cela montre, entre autres, que la documentation dans le dossier médical de la thérapie diététique (au moins pendant un an, sans succès durable) et la tenue d'une consultation bariatrique multidisciplinaire avec un rapport d'accompagnement signé et daté sont des points d'amélioration pour les hôpitaux.

IV. Actions et propositions

Il est souhaitable de développer un trajet de soins multidisciplinaire transmurale bien coordonné pour l'obésité avec un suivi longitudinal du patient. La standardisation du bilan pré- et postopératoire est importante.

Le rapport d'audit devrait aider les hôpitaux à corriger, si nécessaire, l'ensemble du trajet de soins et les traitements de l'obésité, à améliorer son efficacité et à optimiser le respect de la législation. À un stade ultérieur, nous voulons fournir à chaque hôpital audité un rapport individuel détaillé.

Il convient que les autorités compétentes continuent à suivre la nomenclature relative aux techniques de chirurgie bariatrique et l'adaptent si nécessaire (nouvelles techniques, techniques obsolètes, réinterventions, etc.)

Le registre tel qu'exigé par la NPS est dépassé dans sa forme actuelle. Afin de mieux évaluer la pertinence, la qualité et l'efficacité du traitement médical et chirurgical de l'obésité, il est important d'établir un registre national permettant de comparer avec les personnes obèses non traitées.

Il est important de renforcer la mobilisation des patients et de les motiver à suivre le trajet de soins complet. La possibilité de rembourser certains examens, consultations, compléments alimentaires ou rééducations peut être explorée et éventuellement reliée à la participation du patient au trajet de soins.

En ce qui concerne l'informatisation du dossier du patient et des données enregistrées, il est nécessaire que les hôpitaux poursuivent leurs efforts, et nous les encourageons à poursuivre leur mise en œuvre.

b) Contrôle primaire des O.A.

La composition et le montant des frais d'administration que les O.A. et la Caisse des soins de santé de HR Rail reçoivent chaque année sont décrits à l'article 195 de la loi SSI. Ce montant est ventilé entre les différents O.A. Le montant qu'un O.A. reçoit est fonction de ses dépenses réelles et du type d'affiliés (âge, malades chroniques, statut socio-économique, etc.)

Depuis 2004, 10 % du montant qu'un O.A. reçoit annuellement est lié à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ce pourcentage de 10 % (près de 100 millions EUR) est connu sous le nom de « **frais d'administration variables** ». Le 11 avril 2019, l'article 195 de la loi SSI a été adapté. À partir de 2019, les frais d'administration variables seront augmentés annuellement de 2,5 % jusqu'à ce qu'ils atteignent un maximum de 20 % en 2022.

Tous les services de l'INAMI et de l'Office de contrôle des mutualités (OCM) réalisent des analyses qui portent sur la qualité de la façon dont les O.A. remplissent leur mission légale. L'INAMI transmet les résultats de ces analyses à l'OCM. Au moyen d'échelles de scores, ils convertissent les résultats des analyses en valeurs pécuniaires et diminuent par O.A. les frais d'administration variables de cette valeur pécuniaire.

À noter que cette responsabilisation des O.A. est un système de sanction. Si les O.A. obtiennent de mauvais scores, une partie des 10 % de frais variables est retenue. En revanche, si les O.A. obtiennent de bons scores, ils profitent des 10 % complets (pas de récompense). L'évaluation de la performance des O.A. est décrite dans l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

En 2019, le SECM a participé à l'évaluation des indicateurs suivants :

1. Tout d'abord, le SECM a examiné s'il arrivait que des assurés, reconnus comme étant invalides et souffrant de dépression ou de burnout comme pathologie principale, ne bénéficient pas d'examen médical auprès d'un médecin-conseil (et/ou son équipe) au cours des douze premiers mois d'incapacité de travail. La dépression est une pathologie dans le cadre de laquelle un contact et un encadrement intenses sont essentiels. Les résultats étaient en faveur d'un bon fonctionnement des O.A. Tous les assurés de l'échantillon ont été examinés au moins une fois par un médecin-conseil.
2. Nous avons également examiné si la réglementation relative à certains produits pharmaceutiques du Chapitre IV était correctement appliquée avant que les O.A. ne remboursent ces médicaments onéreux.

§ 474 relatif à l'ostéoporose – Aclasta

En cas d'ostéoporose, le médicament Aclasta peut être administré annuellement. Un seul conditionnement est remboursé par an. Le remboursement simultané d'Aclasta avec une ou

plusieurs spécialités appartenant au groupe de remboursement B-230 ou avec un bisphosphonate appartenant au groupe de remboursement B-88 n'est jamais autorisé pendant les douze mois suivant l'administration d'Aclasta.

Bien que cette réglementation ait été mise en place avec l'approbation des O.A., dans plus de 20 % des cas, ceux-ci ne se sont pas opposés à la délivrance d'un nouvel Aclasta et/ou d'un médicament des groupes de remboursement B88 et/ou B230 dans les 365 jours suivant la date de délivrance d'un Aclasta précédent.

§ 566 relatif au diabète – Victoza

En cas de diabète, le médicament Victoza peut sauver les assurés qui prennent simultanément de la metformine et chez qui la metformine seule ne permet pas de réguler suffisamment la glycémie.

Le traitement simultané par metformine, qui est une condition *sine qua non* pour le remboursement du médicament coûteux du chapitre IV Victoza, n'est pas respecté chez plus de 5 % des assurés.

§ 916 relatif à la BPCO – Trimbow/Trelegy

La dernière analyse du Chapitre IV a évalué le rôle de l'O.A. dans l'application des conditions de remboursement de Trelegy Ellipta ou Trimbow en cas de BPCO conformément au § 9160000 du Chapitre IV.

Ces spécialités coûteuses sont remboursées si elles sont utilisées pour le traitement de la BPCO, de stade IV ou du groupe D de la classification GOLD, avec un risque élevé d'exacerbation (au moins deux exacerbations au cours de l'année précédente ou une exacerbation ayant entraîné une hospitalisation) et une charge de morbidité élevée.

Le remboursement simultané avec d'autres formes d'anticholinergiques à action prolongée (cat. B-267), de bêta-agonistes à action prolongée (cat. B-216 et cat. B-245) ou de stéroïdes par inhalation (cat. B-245) n'est jamais autorisé.

La stricte interdiction de cumul des médicaments des groupes de remboursement B-267, B 216 et/ou B-245 avec Trelegy Ellipta ou Trimbow n'est pas respectée dans environ 10 % des cas (jusqu'à 15 % pour certains O.A.) et n'est pas corrigée par les O.A.

3. Nous avons évalué si les O.A. assuraient le suivi de la perte de l'accréditation d'un médecin. L'accréditation est un agrément pour la participation des dispensateurs de soins à des activités de formation continue et à des sessions de *peer-review*. Dans certains cas, ces médecins ont droit à des honoraires plus élevés. Les médecins doivent avoir reçu au moins 20 unités d'accréditation (*credit points* ou CP) au cours d'une période de référence de 12 mois en suivant des activités de formation continue agréées dans le cadre de l'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes. Ils doivent également avoir participé à au moins deux sessions de leur groupe local d'évaluation médicale (GLEM) pendant cette période.

Seul un groupe limité de médecins perd son accréditation chaque année.

Dans cette analyse, nous avons évalué si les O.A. avaient correctement vérifié si les médecins qui ont perdu leur accréditation ont facturé de manière appropriée au cours des trois premiers mois suivant leur perte d'accréditation.

Les O.A. ont assuré un suivi presque parfait des médecins individuels ayant perdu leur accréditation.

4. Nous avons vérifié la qualité des données envoyées par les O.A. au SECM via la plateforme NewAttest. Nous avons effectué un contrôle de qualité des zones liées :
 - ✦ au statut des malades chroniques
 - ✦ aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation

- ✦ au régime du tiers payant
- ✦ au code norme
- ✦ à l'identification des établissements et/ou services de soins
- ✦ à l'identification du lieu et/ou du service de prestation
- ✦ au transport urgent de patients
- ✦ à l'appareil d'imagerie médicale

L'évaluation de huit zones de données de NewAttest nous a montré ce qui suit :

- ✦ Les données étaient disponibles à temps et dans les cinq jours
- ✦ Les dossiers se sont avérés complets dans tous les O.A. Aucune période ne manquait
- ✦ (La mise en page de) l'interface avec laquelle le SECM doit demander les données de NewAttest n'était pas encore prête pour certains sujets. Cela ne résulte pas d'une faute des O.A. De ce fait, nous n'avons pas pu effectuer certaines analyses de qualité

5. Enfin, nous avons évalué la qualité des données transmises à l'INAMI via le flux CIT 3.0, ainsi que le respect des délais quant à leur envoi. Le flux CIT 3.0 est un flux de statistiques sur les dossiers d'incapacité de travail que les O.A. transmettent au SECM sur support magnétique depuis 1997. Les décisions prises par les médecins-conseils dans les dossiers d'incapacité de travail y sont communiquées et codées.

Nous avons évalué le respect des délais d'envoi des enregistrements, le remplissage de certaines zones, la relation entre certaines zones et la relation entre une zone et un dossier de référence.

Les résultats de cette évaluation qualitative du flux CIT 3.0 n'étaient pas bons. Ils allaient de normaux (O.A. 300 et O.A. 400) à mauvais (O.A. 100), voire très mauvais (O.A. 200, O.A. 500 et O.A. 600).

c) Fonction d'avis/représentation du SECM dans les conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail

Le SECM siège avec voix consultative dans 34 conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail. Le SECM a pour mission de donner son avis sur les propositions d'adaptation de la nomenclature et d'autres textes réglementaires ou de faire lui-même des propositions. Il fait usage de sa représentation pour contribuer à une information correcte des partenaires de l'assurance, ainsi qu'à l'élaboration de dispositions légales claires et applicables par tous.

I. Apport du représentant du SECM

Il y a 3 types d'apport différents, à savoir :

- 1. Soumission d'une proposition élaborée et motivée de changements de nomenclature** (suppression / modification / ajout de code de nomenclature, modification d'une règle d'application ou création d'une nouvelle règle interprétative, etc.)

Une proposition fait toujours suite aux résultats d'un constat sur le terrain ou d'une étude réalisée par le SECM.

Les propositions peuvent être

- ✦ acceptées
- ✦ toujours en cours de discussion avec demande d'analyse complémentaire
- ✦ refusées

2. Aide active à l'étude des propositions concrètes des différents projets soumis à la réflexion ou à l'étude du groupe de travail

Le SECM donne des conseils concernant les propositions concrètes qui ont été mises à l'agenda du groupe de travail. Ils sont basés sur la connaissance du terrain et l'analyse des données.

3. Voix consultative lors de la séance plénière du Conseil technique médical ou lors des différentes commissions de convention

Toutes les décisions des groupes de travail sont soumises à la séance plénière du Conseil technique médical ou des commissions de conventions pour approbation définitive. Le représentant du SECM y a une voix consultative. Toutes ses remarques doivent être consignées dans les procès-verbaux de réunion. Elles sont ainsi visibles par toutes les parties concernées, y compris le ministère des Affaires sociales, le Conseil d'État, etc.

II. Bilan 2019 : quelques exemples

Dans les rapports d'activités de 2017 et de 2018, nous avons illustré l'apport du représentant du SECM au sein des groupes de travail de chirurgie et *ad hoc* spine. Cette année nous avons choisi de nous focaliser sur d'autres organes de concertation.

Le tableau 10 reprend la liste des conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail dans lesquels le SECM est actif.

Tableau 10. Conseils techniques, commissions des conventions et groupes de travail dans lesquels le SECM est actif

Technische Geneeskundige Raad (TGR) / Conseil technique médical (CTM)	Plenair / plénière
	WG Algemene geneeskunde / GT Médecine générale
	WG Interne Geneeskunde / GT Médecine interne
	WG Heelkunde / GT Chirurgie
	Ad hoc WG Spine / GT Spine
	WG Medische Beeldvorming / GT Imagerie médicale
	Ad hoc WG MOC/ GT COM
	WG Klinische Biologie / GT Biologie clinique
	WG Hervorming ziekenhuisfinanciering /GT Réforme du financement
	Algemene Werkgroep / GT général
Technische Tandheelkundige Raad (TTR) / Conseil technique dentaire (CTD)	Plenair / plénière WG / GT
Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen / Commission de conventions des infirmiers	
Technische Raad Ziekenhuisverpleging / Conseil technique de l'hospitalisation	
Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten / Commission de conventions des kinésithérapeutes	
Overeenkomstencommissie Logopedisten / Commission de conventions des logopèdes	
	Plenair / plénière WG Bandagisten / GT Bandagistes

Overeenkomstencommissie bandagisten en orthopedisten / Commission de conventions des bandagistes et orthopédistes	WG Orthopedisten / GT Orthopédistes
Overeenkomstencommissie gehoorprothesisten / Commission de conventions des audiciens	
Overeenkomstencommissie opticiens / Commission de conventions des opticiens	
Overeenkomstencommissie vroedkunde / Commission de conventions des sages-femmes	
Technische Raad Kinesitherapie / Conseil technique de la kinésithérapie	
Technisch Farmaceutische Raad / Conseil technique pharmaceutique	
Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen / Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins	Plenair / plénière
	WG Medische voeding / GT Nutrition médicale
	WG Voedsel afkeer / GT Aversion alimentaire
	WG Extramuraire zorg parenterale voeding / GT Soins ambulatoires nutrition parentérale
Overeenkomstencommissie apothekers-V.I. / Commission de conventions des pharmaciens O.A.	
WG Tarificatiediensten – V.I. / GT Offices de tarification – O.A.	
Technische raad voor radio-isotopen / Conseil technique des radio-isotopes	
Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) / Commission de remboursement des médicaments (CRM)	
Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (CTIIMH) / Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (Cridmi)	Plenair / plénière
	Gemengde WG ad hoc CTIIMH - TGR / GT mixte ad hoc CRIDMI - CTM
Federale Raad voor Paramedische Beroepen (FRPB) / Conseil fédéral des professions paramédicales (CFPP)	

Exemples d'apport du SECM dans les commissions, conseils et groupes de travail

Groupe de travail Médecine interne du CTM

Le SECM a participé à 4 réunions.

- ✦ Cardiologie interventionnelle – TAVI

Activités

La procédure TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) est l'implantation moins invasive d'une valve aortique. Sur la base de l'analyse du *outcome*, le SECM a analysé dans quelle mesure les directives pour l'implantation percutanée de valves aortiques sont respectées. Les prestations supplémentaires facturées en même temps que la procédure TAVI ont également

été étudiées. Par extension, une étude sur les cumuls lors des autres procédures cardiologiques interventionnelles des articles 34 et 20 de la NPS a été réalisée. Il s'agit des prestations qui font partie intégrante de la prestation de base.

Propositions de modification

La création d'un numéro de nomenclature pour le TAVI (y compris les procédures associées) et l'élaboration de règles d'interdiction de cumul, en concertation avec les représentants de la profession, sont prévues pour 2020.

- ✦ Psychiatrie : cumul consultation et séjour dans une maison de soins psychiatriques

Activités

Il s'agit de prestations ambulatoires effectuées chez les patients résidents. Ce phénomène a été signalé dans la Région de Bruxelles-Capitale. L'analyse des données par le SECM montre que le cumul de ces prestations se fait sur l'ensemble du territoire national, mais de façon plus réduite en Flandre et en Wallonie.

Propositions de modification

L'impact d'une éventuelle dérogation sur l'interdiction de cumul sera évalué plus en détail.

- ✦ Vidéo-EEG

Activités

Une étude du SECM a montré que, dans un certain nombre d'hôpitaux, la prestation 477142 (électroencéphalographie – EEG) pour une personne assurée est facturée plusieurs fois en une journée et souvent plusieurs jours de suite. Il s'agit de la vidéo-EEG où un enregistrement EEG continu est lié à un enregistrement vidéo simultané. Il n'y a pas de code de nomenclature pour ce service. Le programme de rééducation prévoit déjà une vidéo non invasive – EEG, mais pas de série d'EEG comme c'est le cas ici.

Propositions de modification

Des représentants de la profession seront invités en 2020. Le SECM propose d'adapter la nomenclature. Les O.A. conviennent que le logiciel des programmes de tarification relatif à cet article peut être adapté.

Commission de conventions des audiciens

Le SECM a participé à 3 réunions.

- ✦ Transparence des prix

Activités

Le SECM suit les discussions sur la transparence des prix.

- ✦ Nomenclature – nouvelle prestation : « ancrage osseux pour enfants avant 7 ans »

Activités

Le SECM a remis un avis au groupe de travail concernant les conditions de remboursement de cette nouvelle prestation.

Propositions de modification

Il a été proposé de préciser dans le dossier médical du patient l'impossibilité médicale d'ancrage osseux. Cet élément devra être transmis, sur demande, au médecin-conseil ou au SECM.

Conseil technique dentaire

Le SECM a participé à 10 réunions.

- ✦ Modifications de la nomenclature

Activités

Le SECM apporte un avis sur la lisibilité des textes de la nomenclature, par exemple concernant la nouvelle prestation « soins dentaires chez les patients atteints de cancer ou avec de l'anodontie » (publication de novembre 2019).

Commission de conventions des logopèdes

Le SECM a participé à 8 réunions.

- ✦ Dyslexie et autisme

Activités

La Commission a demandé au SECM de préciser sa position sur les possibilités d'accord des médecins-conseils des mutualités pour une rééducation de langage écrit dans les cas d'autisme. Cette question se posait en raison des décisions prononcées par les tribunaux du travail lors des recours contre les refus des mutualités.

Le SECM a demandé un état des lieux de la situation aux directions médicales des mutuelles via le Conseil supérieur des médecins-directeurs.

- ✦ Mue faussée

Activités

Le SECM a été saisi par la Commission pour qu'il y ait une possibilité de rembourser les soins dans ce type de situation via une règle interprétative. Or, dans la nomenclature, la mue constitue une exclusion de remboursement.

En raison de l'impossibilité de modifier la nomenclature via une règle interprétative, un groupe de travail a été créé afin d'étudier la question et de modifier éventuellement la nomenclature.

Commission de conventions et Conseil technique de la kinésithérapie

Le SECM a participé à 10 réunions.

- ✦ MoveUp

Activités

Il s'agit d'une application numérique de revalidation orthopédique postopératoire (après une prothèse de hanche ou de genou) pour laquelle un remboursement était sollicité. Le SECM participe au groupe de travail en cours.

Commission de conventions des infirmiers

Le SECM a participé à 10 réunions.

- ✦ Seuil de justification W

Activités

Le SECM a proposé d'introduire le seuil de justification W.

Modifications

Pour pouvoir garantir la qualité des soins et lutter contre les pratiques frauduleuses, un nombre maximal d'attestations par année civile est instauré pour les infirmiers et les aides-soignants.

- ✦ Soins de plaies

Activités

Le SECM participe à un groupe de travail sur la révision de la nomenclature concernant les soins de plaies.

- ✦ Facturation hospitalière de prestations infirmières (article 8)

Activités

La Commission a demandé au SECM de réaliser une analyse sur la facturation des prestations de l'article 8 en milieu hospitalier.

Modifications

Cette étude a abouti à l'interdiction de facturer 4 codes en milieu hospitalier, concernant les perfusions intraveineuses et l'alimentation parentérale.

Commission de conventions des sages-femmes

Le SECM a participé à 10 réunions.

- ✦ Rééducation périnéale

Activités

Le SECM a fait une enquête sur l'attestation des prestations dans le cadre des soins du post-partum. L'enquête a révélé qu'il s'agissait d'un traitement préventif de l'incontinence. Or, ce type de prestation ne peut être attesté par les sages-femmes.

Cette enquête a provoqué de nombreuses réactions chez les dispensateurs, et la Commission a demandé au SECM de venir expliquer la nomenclature. Par ailleurs, via le Conseil supérieur des médecins-directeurs, le SECM a attiré l'attention des directions médicales des mutualités sur l'information de ses membres à ce sujet.

Commission de conventions et Conseil technique des bandagistes-orthopédistes

Le SECM a participé à 10 réunions de la Commission de conventions des bandagistes-orthopédistes et à 8 réunions du groupe de travail Nomenclature.

- ✦ Présence physique des dispensateurs de soins

Activités

Après l'envoi d'un courrier du SECM sur la présence physique des bandagistes-orthopédistes lors de la délivrance du matériel, les dispensateurs ont demandé des précisions à ce sujet.

- ✦ Nomenclature

Modifications

Suite à une question des O.A., la règle interprétative 9 de l'article 27, qui porte sur l'accord préalable du médecin-conseil pour le remboursement, a été clarifiée, sur la base d'une proposition du SECM.

Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Le SECM a participé à 17 réunions.

- ✦ Facturation du matériel utilisé dans les procédures TAVI

Activités

Le SECM n'a pas proposé de modifications à la réglementation.

Le SdSS a demandé au SECM de mener une étude sur les valves utilisées dans la procédure TAVI (cf. Groupe de travail Médecine interne du CTM). L'AMI ne rembourse ces valves coûteuses que dans certaines situations cliniques. Le SECM a débuté une analyse des données de facturation afin de vérifier, dans la mesure du possible, si ces conditions sont remplies.

Groupe de travail Hôpital de jour de la Commission de conventions hôpitaux et organismes assureurs

Le SECM a participé à 4 réunions.

- ✦ Document d'orientation « Hospitalisation de jour »

Activités

Le SECM a participé à l'élaboration du document d'orientation « Hospitalisation de jour », dans lequel une réforme est proposée. Il s'agirait de supprimer le forfait hôpital de jour pour 6 prestations. Cette proposition s'appuie sur une étude de terrain ayant montré que ces opérations se déroulaient souvent en dehors du cadre d'un hôpital de jour. Les prestations sont les suivantes : cystoscopie masculine, lithotripsie, curetage d'ostéite, apectomie, amniocentèse / examen des flocons et thérapie des flegmes profonds. En 2016, les dépenses des forfaits d'hospitalisation de jour pour ces procédures s'élevaient à 16.380.000 EUR. Le comité d'assurance a approuvé ce document de vision le 12 novembre 2019.

Propositions de modification

Dans l'accord national de 2020 entre les hôpitaux et les O.A., la définition de l'hôpital de jour à l'article 2 a été modifiée en « hospitalisation de jour ». Une liste des tâches à réaliser, liées à la réforme prévue de l'hospitalisation de jour, est reprise à l'article 14.

Cet accord a été limité à 2020 afin de parvenir à l'adaptation de la liste des prestations en nature (cf. 6 prestations ci-dessus) à court terme.

Groupe de travail Biologie clinique du CTM

Le SECM a participé à 1 réunion.

- ✦ Anatomopathologie

Activités

Une étude du SECM sur la prestation 588232-588243 a été présentée. Il s'agit d'un petit numéro de la nomenclature d'anatomie pathologique pour l'examen des prélèvements, par exemple pour la vasectomie, la ligature des trompes, l'amygdalectomie / adénoïdectomie chez les jeunes patients et la sympathectomie. En 2016, les dépenses pour ce numéro se sont élevées à 653.887 EUR.

Propositions de modifications

Le SECM a proposé de supprimer la prestation en raison de sa valeur ajoutée médicale limitée.

En outre, le SECM a proposé deux adaptations de la facturation des prestations anatomopathologiques (instructions pour la facturation électronique) :

- ✦ la mention de l'opération au cours de laquelle l'échantillon anatomopathologique est prélevé dans le champ « prestation relative »
- ✦ la mention de la date du prélèvement de l'échantillon dans le champ « date de prestation »

Groupe de travail Imagerie médicale du CTM

Le SECM a participé à 5 réunions.

✦ Arthro-IRM

Activités

Le SECM a constaté qu'une IRM d'une articulation après injection intra-articulaire de produit de contraste au gadolinium donne souvent lieu à une prestation arthrographique. Cela peut être considéré comme une arthrographie fictive. Il a également été constaté que, malgré l'augmentation du nombre d'arthro-IRM, le nombre de scans arthro-CT n'a pas du tout diminué.

On s'attendrait également à ce que le nombre d'arthrographies réelles (c'est-à-dire sans cumul ni avec la CT-scan ni avec l'IRM chez un même patient le même jour) diminue car, depuis l'arrivée des arthro-CT et des arthro-IRM, il y a de moins en moins d'indications pour cet examen traditionnel. Néanmoins, ce nombre reste constant avec 35.000 arthrographies ambulatoires en 2017.

Propositions de modifications

Le SECM a pris contact avec le terrain à ce sujet par le biais d'une campagne d'alerte. Un cumul d'IRM d'un membre avec une arthrographie pourrait être considérée comme une surconsommation. Enfin, le groupe de travail Imagerie médicale du CTM a accepté une adaptation de la nomenclature.

Une proposition d'un nouveau numéro de nomenclature pour l'arthro-IRM avec injection intra-articulaire directe a été formulée (l'arthro-IRM intraveineuse semble obsolète). Ce nouveau numéro est limité à une seule indication : l'épaule instable.

✦ Honoraires de consultance du radiologue en cas d'intervention par un anesthésiste sous imagerie médicale

Activités

Le SECM s'est prononcé contre la proposition des honoraires de consultance à percevoir par un radiologue présent lorsqu'un anesthésiste intervient sous imagerie médicale. Les honoraires de consultance sont en fait des honoraires intellectuels liés au choix, par un radiologue, de l'examen le plus appropriée. Le groupe de travail a suivi cet avis.

✦ Échographies de grossesse en cas de grossesse multiple

Activités

Afin d'obtenir un remboursement plus élevé pour les échographies de grossesse multiple, il a été proposé de faire utiliser par le prestataire un pseudocode « grossesse multiple » en même temps que celui de l'échographie. Le SECM a indiqué que cette proposition ne devrait pas être acceptée, car elle constitue un contournement de la nomenclature.

✦ Mammographies

Activités

Les mammographies effectuées sur des patientes présentant un risque élevé de carcinome du sein sont des prestations spécifiques avec une nomenclature et une réglementation distinctes. Le prescripteur doit le signaler à l'O.A. au moyen d'une notification. Il n'y a pas d'obligation de notification au radiologue. En cas de changement de prestataire de soins de santé, ce transfert d'informations est donc problématique.

Le SECM a élargi cette problématique et demandé une réflexion à ce sujet. Ce problème de communication est courant dans notre système de santé. D'autres exemples sont la reconnaissance d'un statut palliatif par les infirmières ou la consultation de la liste des

médicaments déjà consommés par les patients, qui peut être importante comme condition de remboursement au chapitre IV ou dans les prescriptions d'opioïdes.

Conseil technique pharmaceutique

Le SECM a participé à 3 réunions.

- ✦ Préparations magistrales

Activités

Le SECM a présenté un projet démontrant que la dose de matières dans les préparations magistrales n'est pas toujours codée de façon correcte. C'est un point d'attention pour les pharmaciens.

IV. DIRECTION INFORMATION

La direction Information s'occupe de la communication tant interne qu'externe.

a) Information externe

Nous informons les dispensateurs de soins sur les réglementations pertinentes par différents canaux. Nous fournissons également un feedback sur les résultats de nos études d'évaluation et de nos enquêtes de contrôle nationales. Notre objectif est d'informer les dispensateurs de soins afin de prévenir les infractions par ignorance. Nous voulons ainsi obtenir un impact positif supplémentaire sur le comportement des dispensateurs de soins et des établissements de soins en matière d'attestation et de prescription.

I. Brochures d'information

Les brochures d'information, publiées sous le nom d'« Infobox », apportent des réponses aux questions juridiques et administratives essentielles que se posent les dispensateurs de soins, en particulier les débutants, dans leur pratique quotidienne. Cela leur permet d'avoir une vue d'ensemble de leurs obligations administratives, sans avoir à consulter différentes sources juridiques.

Chaque année, nous mettons à jour quelques brochures (tableau 11). Les brochures sont publiées sur le site web de l'INAMI, et les groupes cibles sont informés de ces publications.

Tableau 11. Brochures publiées en 2019

2019	Brochure
janvier	Vadémécum juridique
janvier	Infobox généralistes
septembre	Rapport annuel SECM – activités 2018
décembre	Missions & procédures

II. Campagnes par voie postale

Par le biais de campagnes par voie postale, le SECM transmet des informations sur des matières spécifiques à des dispensateurs de soins ciblés.

Nous menons généralement ces campagnes sur la base d'une proposition interne. Par exemple, nous informons certains groupes de dispensateurs de soins des résultats marquants identifiés par le personnel d'inspection lors d'une enquête nationale de contrôle ou d'une étude d'évaluation. C'est une conséquence directe de la coopération plus intégrée entre les directions du SECM. Les lettres ont souvent une fonction d'information et de sensibilisation. Elles encouragent les dispensateurs de soins à adapter leur comportement et mettent parfois aussi en garde contre d'éventuels contrôles ultérieurs.

Nous menons parfois une campagne par voie postale à la demande de l'un de nos partenaires de l'assurance soins de santé. Cela se fait souvent en collaboration avec ces partenaires. Cela nous permet de cerner le groupe cible de manière plus précise et de formuler notre message avec plus d'exactitude.

En 2019, la direction Information a participé activement aux campagnes suivantes, adressées aux :

- ✦ bandagistes et orthopédistes et directeurs médicaux des hôpitaux concernant les conditions de délivrance de matériel fabriqué « sur mesure » au patient. La présence physique des orthopédistes et des bandagistes est obligatoire pour la délivrance de ce matériel, et ces dispensateurs de soins doivent avoir le bon profil de compétence
- ✦ radiologues dans les hôpitaux concernant l'attestation correcte d'arthrographies.

- ✦ chirurgiens orthopédistes concernant l'efficacité de la chirurgie arthroscopique du genou dans les lésions dégénératives du genou et les déchirures méniscales chez les patients de plus de 50 ans. Dans cette lettre de sensibilisation, nous avons attiré l'attention sur les directives cliniques récentes
- ✦ dentistes qui ont dépassé la limite des valeurs P. Dans cette lettre d'avertissement, nous avons informé les dentistes concernés de leur dépassement du nombre autorisé de valeurs P. Nous leur avons demandé de ne plus dépasser le plafond autorisé
- ✦ spécialistes qui dispensent des prestations impliquant l'utilisation de radiations ionisantes sans toutefois disposer de l'autorisation individuelle d'utilisation de l'AFCN
- ✦ infirmiers à domicile qui ont facturé plus de 90.000 EUR au cours du premier semestre 2018. Nous les avons informés de la réglementation et avons recueilli des informations sur leur profil et leur pratique. Après avoir évalué leurs réponses, nous avons pris des mesures ciblées. Vous en lirez plus à la page 87
- ✦ hôpitaux qui attestent quotidiennement les tests en laboratoire carboxy- et methemoglobine en soins intensifs. Nous avons donné aux hôpitaux concernés un feedback sur leur position d'« outlier » et leur avons demandé de ne facturer ces tests qu'en cas d'indication médicale
- ✦ généralistes pour les sensibiliser à l'importance d'un dossier médical global bien rempli. Nous leur avons communiqué les résultats de notre analyse de terrain, qui nous a permis d'évaluer la qualité de ces dossiers à travers un échantillon représentatif de 200 médecins
- ✦ infirmiers à domicile qui ont indûment attesté des soins comme des prestations délivrées dans le lieu de résidence ou de séjour du bénéficiaire alors qu'ils les avaient délivrés dans un lieu commun de résidence ou de séjour temporaire ou permanent pour personnes handicapées. Nous avons demandé aux infirmiers de facturer correctement ces prestations à présent, et nous avons fait référence aux règlements applicables
- ✦ O.A. belges et infirmiers à domicile pour éviter que l'assurance soins de santé belge rembourse indûment des soins infirmiers pour des patients français handicapés situés dans un centre d'accueil spécialisé ou dans un centre d'accueil médical belge. Ces soins sont inclus dans le « forfait » que la France alloue déjà à ces établissements

III. Presse

Le SECM dialogue régulièrement avec les journalistes au sujet de ses actions, des résultats constatés et des mesures qu'il propose. Par les contacts avec la presse générale et médicale, nous visons une information claire à travers les médias. Les soins de santé et la réglementation de l'assurance sont des sujets complexes. Une communication claire à ce sujet et sur les actions du SECM contribue à une meilleure conscientisation des soignants et des citoyens sur l'importance d'une application correcte de la réglementation. Ceci est une condition nécessaire pour le maintien de l'accessibilité de nos soins de santé de haute qualité. Si les soins ne sont pas facturés correctement, la viabilité financière de l'assurance soins de santé sera compromise.

En 2019, nous avons surtout répondu à des questions sur la consommation croissante d'opioïdes en Belgique, l'utilisation du dossier médical global par les médecins généralistes et l'efficacité de la méniscectomie chez les personnes de plus de 50 ans souffrant de lésions dégénératives du genou.

Le 26 juin 2019, le SECM a publié un communiqué de presse concernant le rapport annuel 2018. Cela a suscité des questions des journalistes sur la fraude par des dispensateurs de soins.

IV. Conférences

Le SECM donne régulièrement des conférences sur l'assurance soins de santé, le fonctionnement général du service et sur des sujets d'actualité spécifiques. Nos groupes cibles sont surtout des institutions d'enseignement et des organismes professionnels agréés, les GLEM's, etc.

Nos orateurs soulignent l'importance d'une attestation correcte des prestations afin d'assurer la durabilité de soins accessibles et de qualité.

Ils fournissent aux dispensateurs de soins des informations pertinentes sur les réglementations qui leur sont applicables. À l'aide d'exemples pratiques, ils expliquent comment prévenir les infractions, comment une enquête de contrôle est menée et quels sont leurs droits et obligations au cours d'une procédure de recouvrement.

Au cours des conférences, les dispensateurs de soins apprennent également qu'outre des enquêtes de contrôle, le SECM prend également des mesures préventives et analyse leur comportement d'attestation. Les orateurs illustrent comment le SECM développe une politique à plusieurs axes en vue d'une utilisation optimale des moyens financiers de l'assurance soins de santé.

La possibilité d'un dialogue direct entre les intervenants et les dispensateurs de soins favorise leur coopération mutuelle.

En 2019, le SECM a donné entre autres des conférences sur les sujets suivants :

- ✦ l'évolution de la consommation et de l'abus possible d'opioïdes en Belgique
- ✦ la réglementation pour infirmiers à domicile : article 8 de la NPS, dossier infirmier, etc.
- ✦ le fonctionnement du SECM, le déroulement d'enquêtes de contrôle et les infractions possibles par les dentistes
- ✦ la nomenclature des prestations de soins : une introduction ophtalmologique
- ✦ How to make big healthcare data useful to detect wasted spending? Cette présentation a été donnée dans le cadre des activités EHFCN

b) Information interne

I. Informations pour le personnel du SECM

Le SECM vise à avoir un impact plus important sur le comportement des dispensateurs de soins en matière de prescription et de tarification. Le renforcement de la coopération entre les différentes directions sur la base d'une stratégie bien réfléchie devrait y contribuer. Cela implique une plus grande concertation interne lors de la définition des priorités et de la décision des actions, mais aussi lors de la réalisation des missions. En résumé, le partage des connaissances devient de plus en plus important pour le SECM.

Afin de tenir tous les membres du personnel informés des développements continus, la direction Information a introduit une nouvelle application SharePoint en 2019 sous le nom révélateur de « Synergie ». Cette application donne au personnel accès :

- ✦ aux communications au personnel
- ✦ à la notification des modifications apportées à la législation et aux règlements
- ✦ aux décisions relatives aux actions nouvelles et en cours du SECM
- ✦ aux rapports sur les enquêtes de contrôle et les études d'évaluation achevées, accompagnés de présentations
- ✦ au matériel de formation
- ✦ aux applications et modèles fréquemment utilisés
- ✦ aux bulletins d'information électroniques
- ✦ etc.

Outre le canal de communication susmentionné, la direction Information organise également des séances d'information dans les bureaux centraux et provinciaux. Au cours de ces sessions, les membres du personnel ont amplement l'occasion de mettre eux-mêmes des sujets à l'ordre du jour et d'entrer en dialogue direct avec les responsables.

II. Encadrement pour des rapports d'études

Après la réalisation d'une enquête de contrôle nationale ou d'une étude d'évaluation, il est important que les résultats et les conséquences possibles soient clairement publiés dans un rapport d'étude.

La direction Information assiste les inspecteurs dans l'élaboration de leurs rapports d'étude afin d'assurer le meilleur impact possible de leur travail. Les conclusions des rapports d'étude sont souvent le point de départ pour :

- ✦ l'amélioration de la nomenclature ou l'adaptation des règlements
- ✦ la sensibilisation des dispensateurs de soins
- ✦ des enquêtes de contrôle ciblées

Vous trouverez l'aperçu de tous les rapports auxquels la direction Information a collaboré aux pages 27 et 45.

V. DIRECTION AFFAIRES JURIDIQUES ET CONTENTIEUX

La direction juridique du SECM travaille en étroite collaboration avec les autres directions. Elle a un éventail de tâches diverses :

- ✦ donner des avis
- ✦ collaborer à des enquêtes en cours
- ✦ élaborer des propositions d'amendement législatif nécessaires
- ✦ finaliser la phase procédurale d'enquêtes concrètes

Pour l'année 2019, nous voulons mettre en évidence les points suivants.

a) Suivi de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour constitutionnelle

La direction juridique suit toujours la jurisprudence du Conseil d'État en ce qui concerne les litiges opposant des dispensateurs de soins et le SECM. En 2019, il en est notamment ressorti que la jurisprudence constante du Conseil d'État avait été confirmée. Le Conseil d'État a répété en effet que la Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme¹⁵.

La Cour constitutionnelle a confirmé que la composition des chambres de recours répond aux exigences d'indépendance et d'impartialité¹⁶. La Cour constitutionnelle a examiné l'interprétation du dispensateur de soins selon laquelle les deux médecins qui siègent à la Chambre de recours avec voix consultative doivent être considérés comme des « représentants des organismes assureurs ». Les médecins-conseils siégeant à la Chambre de recours ne traitent les dossiers que sur la base des éléments des dossiers et ne reçoivent pas d'instructions des O.A. où ils travaillent en tant que médecins-conseils selon la Cour constitutionnelle. Les O.A. se limitent à proposer des candidats pour la double liste à partir de laquelle le Roi nomme les médecins qui siégeront dans les chambres de recours.

b) Article 77sexies de la loi SSI

L'article 77sexies de la loi SSI a été modifié¹⁷. De ce fait, les chambres de première instance sont devenues compétentes pour connaître des recours contre la décision du Fonctionnaire dirigeant en vertu de l'article 77sexies de la loi SSI. Cela signifie également que la direction juridique peut gérer elle-même ces litiges et ne doit plus être représentée par un avocat devant le tribunal du travail.

c) Suivi de la phase de procédure

La direction juridique est coresponsable du traitement de la phase de procédure des enquêtes de contrôle. Cela signifie, entre autres, que les juristes, en concertation avec les inspecteurs sociaux, rédigent les conclusions qui sont déposées au greffe des tribunaux administratifs au nom du SECM. Une autre conséquence est que le SECM sera en principe représenté devant les chambres de première instance et de recours par un juriste accompagné d'un inspecteur social.

¹⁵ Conseil d'État (7^e C.) 9 mai 2019, n° 244.420 ; Conseil d'État (7^e C.) 8 juillet 2019, n° 245.104.

¹⁶ CC 31 janvier 2019, arrêt n° 15/2019, numéros de rôle 6777 et 6778.

¹⁷ Art. 6 de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 30 octobre 2018, *M.B.* 16 novembre 2018.

Les enquêtes de contrôle clôturées par un « constat avec procédure SECM » (comme indiqué dans le tableau 2) sont introduites devant l'organe compétent. L'infraction(s) constatée(s) détermine(nt) l'organe et le trajet. L'illustration 12 montre les trajets possibles.

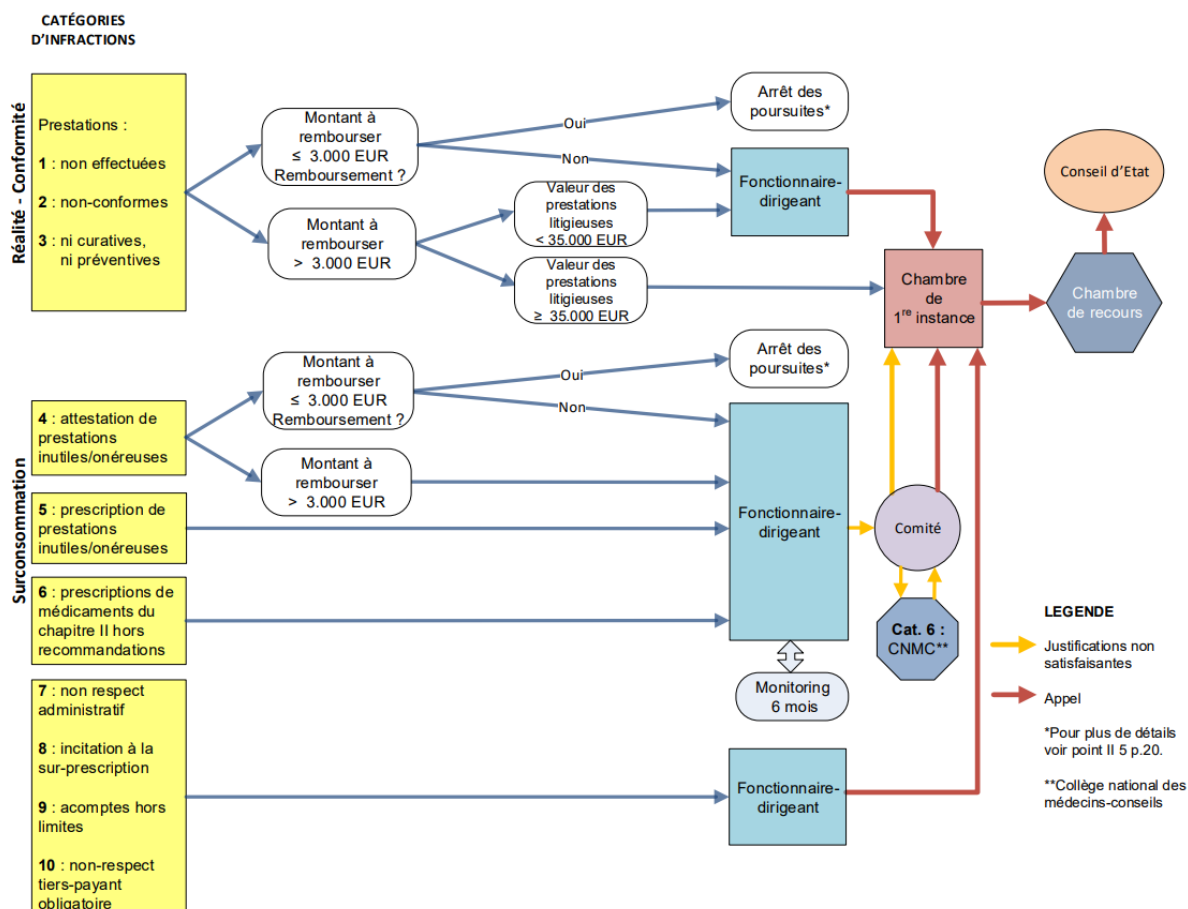


Illustration 12. Procédures administratives en fonction des types d'infraction

Le type d'infraction détermine quelle procédure administrative doit être suivie. Par **valeur des prestations contestées**, on entend le montant des prestations indûment facturées que le dispensateur de soins n'a pas encore remboursé au moment du lancement de la procédure.

Si le montant **porté à grief** est inférieur ou égal à 3.000 EUR, le remboursement total dans les deux mois qui suivent le jour de la notification du procès-verbal de constat entraîne l'extinction des poursuites administratives, et le dossier est clôturé.

Les différents organes et leurs décisions sont détaillés dans les schémas ci-dessous.

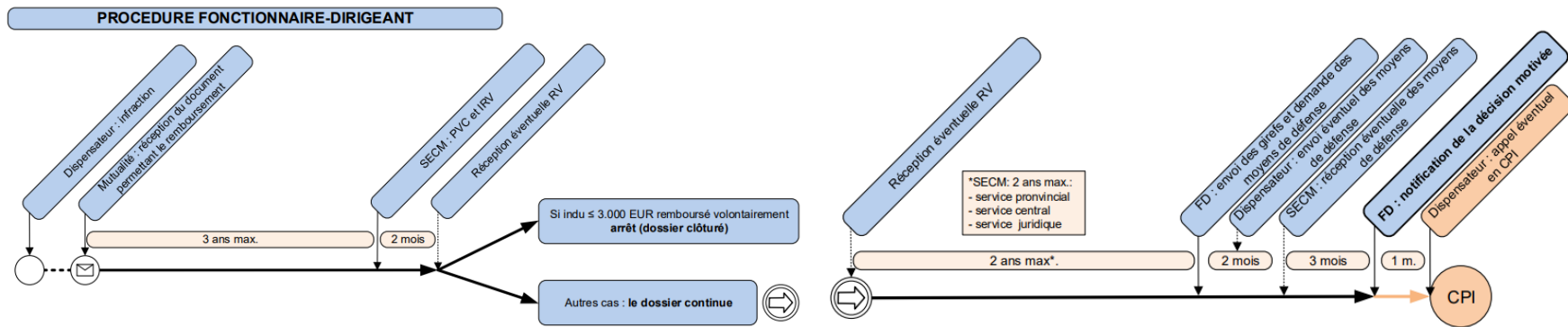


Illustration 13. Procédure Fonctionnaire dirigeant

PROCEDURE CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE

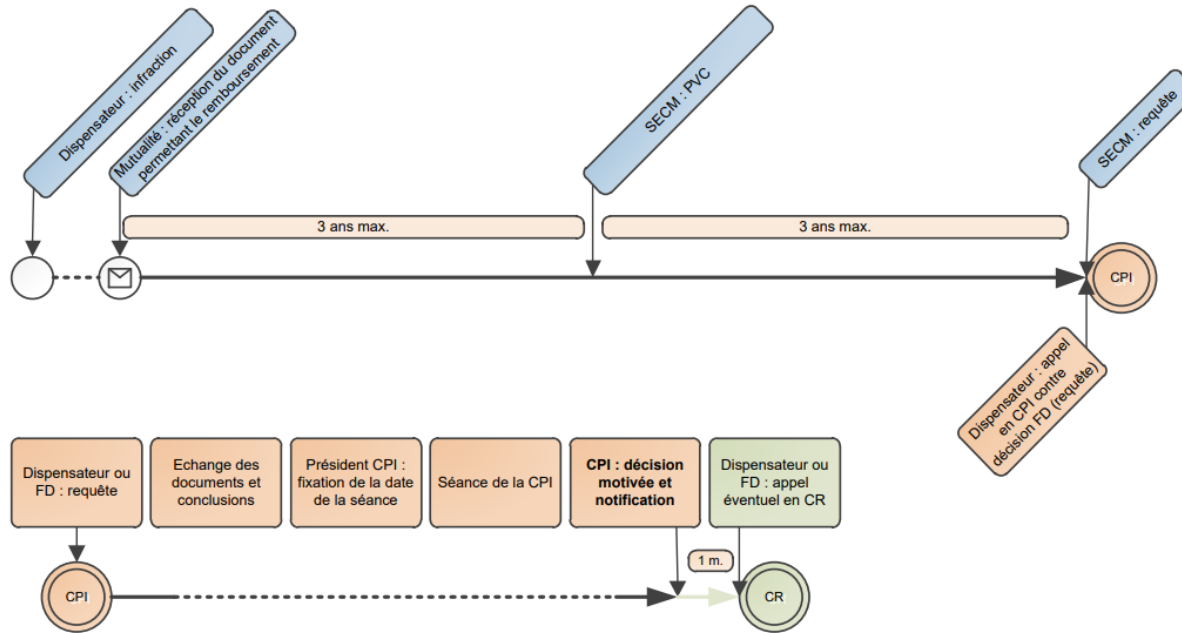


Illustration 14. Procédure Chambre de première instance

PROCEDURE CHAMBRE DE RECOURS

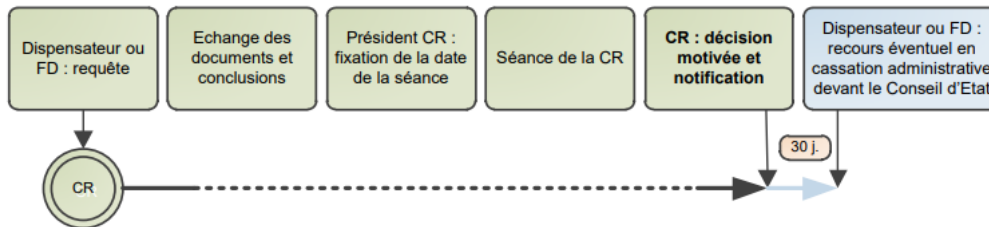


Illustration 15. Procédure Chambre de recours

I. Organes de gestion actifs

Décisions du Comité du SECM

Les enquêtes de contrôle qui contiennent des indications de surconsommation¹⁸ sont soumises au Comité, afin qu'il puisse prendre la décision de :

- ✦ les classer sans suite
- ✦ les clôturer par un avertissement
- ✦ charger le Fonctionnaire dirigeant d'introduire l'affaire devant la Chambre de première instance

Nombre de séances : 4

Cas de surconsommation : 1

Décisions du Fonctionnaire dirigeant du SECM

Le Fonctionnaire dirigeant est compétent, entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, et si la valeur des prestations contestées est inférieure au montant de 35.000 EUR¹⁹.

Le Fonctionnaire dirigeant peut, selon le cas, ordonner le remboursement des attestations indues à l'assurance soins de santé et/ou infliger une amende administrative, avec sursis ou non.

Le tableau 12 présente les données relatives aux décisions prises par le Fonctionnaire dirigeant en 2019. Certaines de ces décisions portent sur des enquêtes de contrôle déjà clôturées en 2017.

Bien entendu, il n'est pas exclu qu'un recours puisse être introduit contre certaines de ces décisions.

L'illustration 16 indique le nombre de décisions du Fonctionnaire dirigeant contre lesquelles le dispensateur de soins concerné a interjeté appel.

¹⁸ Réaliser ou prescrire des prestations de santé qui sont superflues ou inutilement onéreuses, comme visé à l'article 73bis, 4° et 5°, de la loi SSI.

¹⁹ Art. 73bis, 1° et 2°, et art. 143, § 1^{er}, 1°, de la loi SSI. En outre, le Fonctionnaire dirigeant est compétent si le dispensateur de soins a attesté à l'assurance soins de santé des prestations non préventives, non curatives, à condition que la valeur des prestations contestées soit inférieure à 35.000 EUR (art. 73bis, 3°, et 143, § 1^{er}, 1°, de la loi SSI), si le dispensateur de soins a rédigé des documents irréguliers sans qu'il soit porté préjudice aux conditions de remboursement (art. 73bis, 7°, et 143, § 1^{er}, 2°, de la loi SSI) et si le dispensateur de soins a incité un autre dispensateur de soins à prescrire ou à réaliser des prestations superflues ou inutilement onéreuses (art. 73bis, 8°, et 143, § 1^{er}, 2°, de la loi SSI).

Tableau 12. Décisions prises par le Fonctionnaire dirigeant en 2019

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Décisions				Montants	
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Révocation d'un sursis accordé dans un dossier antérieur	Payés en exécution de la décision	Totaux payés
	1	2	3	4	5	1 + 5			
	Nombre	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins spécialistes	2	€ 57.517,07	€ 57.517,07	€ 57.517,07	€ 22.905,53	€ 34.611,54	€ -	€ 22.905,53	€ 80.422,60
Pharmaciens	2	€ 62.163,75	€ 62.163,75	€ 62.163,75	€ 83.390,18	€ -	€ -	€ 55.582,17	€117.745,92
Dentistes	8	€ 348.781,94	€ 309.466,72	€ 311.412,86	€ 541.063,10	€ 25.474,47	€ -	€ 23.867,58	€333.334,30
Infirmiers	20	€ 348.248,35	€ 178.169,59	€ 348.248,35	€ 143.202,84	€ 166.075,26	€ -	€ 50.686,66	€228.856,25
Kinésithérapeutes	2	€ 45.949,30	€ 45.949,21	€ 45.949,30	€ 8.490,82	€ 8.490,82	€ -	€ 3.600,00	€ 49.549,21
Orthopédistes	1	€ 7.240,67	€ 6.240,67	€ 7.240,67	€ 7.240,67	€ -	€ -	€ 8.240,67	€ 14.481,34
TOTAL	35	€ 869.901,08	€ 659.507,01	€ 832.532,00	€ 806.293,14	€ 234.652,09	€ -	€ 164.882,61	€824.389,62

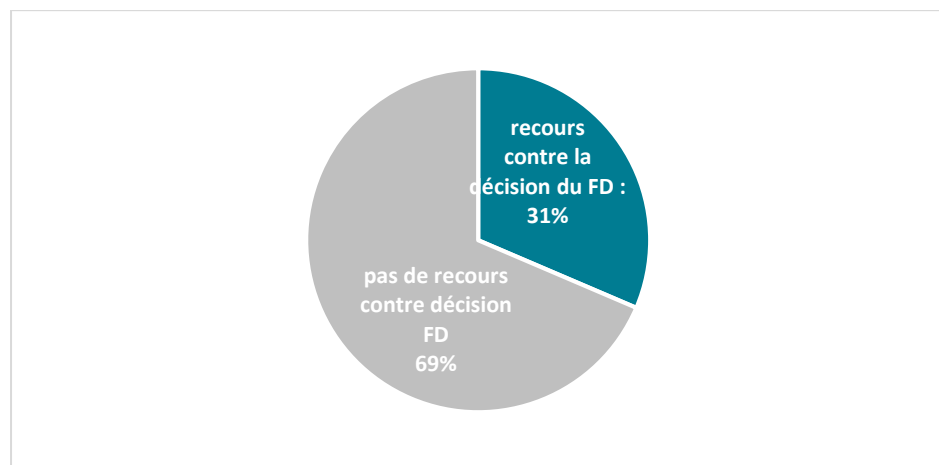


Illustration 16. Part des décisions FD contre lesquelles un recours a été introduit

II. Juridictions administratives

Décisions des chambres de première instance

Les chambres de première instance sont des juridictions administratives²⁰. Elles se composent d'une chambre qui juge toutes les affaires qui doivent être traitées en néerlandais et d'une chambre qui juge les affaires qui doivent être traitées en français et en allemand²¹.

Les chambres de première instance sont constituées d'un président ayant voix délibérative, qui est magistrat (ou magistrat retraité), et de quatre membres ayant voix délibérative, dont deux membres, médecins, sur proposition des O.A. et deux membres sur proposition du groupe professionnel du dispensateur de soins concerné²². Les membres siègent toujours en leur nom propre, et non comme représentant de l'organisation qui les a présentés. Ils jugent donc librement et à leur discrétion, et n'ont pas d'instructions à recevoir de l'O.A. ou du groupe professionnel qui les a présentés²³.

Les chambres de première instance peuvent rendre un jugement à la fois en degré de recours et en première instance.

En degré de recours, les chambres de première instance se prononcent sur les recours introduits contre les décisions prises par le Fonctionnaire dirigeant²⁴. En première instance, elles se prononcent sur les constats à charge des dispensateurs de soins qui ont attesté indûment des prestations à l'assurance soins de santé, si elles ne relèvent pas de la compétence du Fonctionnaire dirigeant. Les chambres de première instance sont compétentes, entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, à condition que la valeur des prestations contestées soit supérieure au montant de 35.000 EUR²⁵.

À l'instar du Fonctionnaire dirigeant, les chambres de première instance, selon le cas, peuvent ordonner le remboursement des attestations indues à l'assurance soins de santé et/ou infliger une amende administrative, avec sursis ou non.

Le tableau 13 présente les données relatives à toutes les décisions prises par les chambres de première instance durant l'année 2019. Les tableaux 14 et 15 scindent ces décisions en décisions que les chambres de première instance ont prises en degré de recours (tableau 14) et en première instance (tableau 15).

L'illustration 17 indique le nombre de décisions de la Chambre de première instance contre lesquelles un recours a été introduit.

²⁰ Art. 144, § 1^{er}, de la loi SSI.

²¹ Art. 145, § 1^{er}, de la loi SSI.

²² Art. 145, § 1^{er}, deuxième alinéa, de la loi SSI.

²³ Conseil d'État (7^e C.) 29 janvier 2018, n° 240.601 ; Conseil d'État (7^e C.) 18 octobre 2018, n° 242.690.

²⁴ Art. 144, § 2, 2^o, de la loi SSI. Les Chambres de première instance rendent également un jugement en degré de recours dans les (rares) cas où le Fonctionnaire dirigeant introduit un recours contre une décision du Comité visant à clôturer une enquête de contrôle sans suite ou par un avertissement.

²⁵ Art. 73bis, 1^o et 2^o et art. 144, § 2, 1^o, de la loi SSI. En outre, les Chambres de première instance sont compétentes si le dispensateur de soins a attesté à l'assurance soins de santé des prestations non préventives, non curatives si la valeur des prestations contestées est supérieure au montant de 35.000 EUR (art. 73bis, 3^o et 144, § 2, 1^o, de la loi SSI), si le dispensateur de soins a effectué ou prescrit des prestations qui sont superflues ou inutilement onéreuses (art. 73bis, 4^o et 5^o et 144, § 2, 1^o, de la loi SSI) et si le dispensateur de soins a prescrit des médicaments au-delà de certains seuils (art. 73bis, 6^o et 144, § 2, 1^o, de la loi SSI).

Tableau 13. Décisions en CPI en 2019

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Décisions				Montants	
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Révocation d'un sursis accordé dans un dossier antérieur	Payés en exécution de la décision	Totaux payés
	1	2	3	4	5	1 + 5			
	Nombre	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins spécialistes	14	€ 1.361.298,05	€ 315.585,31	€ 841.166,72	€ 1.034.458,35	€ 75.950,27	€ -	€ -110.231,61	€ 205.353,70
Pharmaciens	2	€ 60.660,16	€ 5.922,76	€ 31.934,80	€ -	€ 7.983,70	€ -	€ 26.012,04	€ 31.934,80
Dentistes	1	€ 94.331,24	€ -	€ 94.331,24	€ 1.500,00	€ -	€ -	€ 95.831,24	€ 95.831,24
Logopèdes	1	€ 18.043,78	€ 211,72	€ 10.799,80	€ 823,70	€ 7.874,93	€ -	€ 3.850,00	€ 4.061,72
Infirmiers	19	€ 1.136.602,30	€ 105.748,99	€ 840.388,62	€ 691.277,17	€ 310.700,97	€ 79.792,23	€ 266.687,78	€ 372.436,77
Kinésithérapeutes	1	€ 38.369,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 122.357,60
TOTAL	39	€ 2.831.662,54	€ 549.826,38	€ 1.940.978,78	€ 1.728.059,22	€ 402.509,87	€ 79.792,23	€ 282.149,45	€ 831.975,83

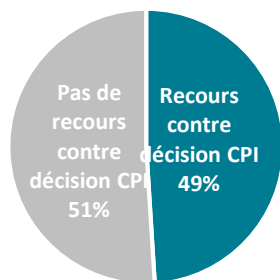


Illustration 17. Part des décisions CPI contre lesquelles un recours a été introduit

Tableau 14. Décisions de la CPI en 2019, en instance de recours

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Révocation d'un sursis accordé dans un dossier antérieur
Médecins spécialistes	8	€ 239.561,85	€ 266.156,30	€ 123.798,89	€ 32.550,12	€ 75.950,27	€ -
Pharmaciens	2	€ 60.660,16	€ 5.922,76	€ 31.934,80	€ -	€ 7.983,70	€ -
Logopèdes	1	€ 18.043,78	€ 211,72	€ 10.799,80	€ 823,70	€ 7.874,93	€ -
Infirmiers	8	€ 150.141,69	€ 21.927,63	€ 145.468,90	€ 64.305,52	€ 62.001,14	€ 15.928,51
TOTAL	19	€ 468.407,48	€ 294.218,41	€ 312.002,39	€ 97.679,34	€ 153.810,04	€ 15.928,51

Tableau 15. Décisions de la CPI en 2019, en première instance

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Révocation d'un sursis accordé dans un dossier antérieur
Médecins spécialistes	6	€ 1.121.736,20	€ 49.429,01	€ 717.367,83	€1.001.908,23	€ -	€ -
Infirmiers	11	€ 986.460,61	€ 83.821,36	€ 694.919,72	€ 626.971,65	€ 248.699,83	€ 63.863,72
Dentistes	1	€ 94.331,24	€ -	€ 94.331,24	€ 1.500,00	€ -	€ -
Kinésithérapeutes	1	€ 38.369,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ 122.357,60	€ -	€ -	€ -
TOTAL	20	€ 2.363.255,06	€ 255.607,97	€ 1.628.976,39	€1.630.379,88	€ 248.699,83	€ 63.863,72

Décisions des chambres de recours

À l'instar des chambres de première instance, les chambres de recours sont des juridictions administratives, qui se composent d'une chambre qui juge toutes les affaires qui doivent être traitées en néerlandais et d'une chambre qui juge toutes les affaires qui doivent être traitées en français et en allemand²⁶. Leur composition est identique à celle des chambres de première instance, si ce n'est que le président est le seul ayant voix délibérative. Les autres membres ont voix consultative²⁷.

Les chambres de recours jugent en degré de recours les recours introduits contre les décisions de la Chambre de première instance²⁸.

Le tableau 16 présente les données relatives aux décisions prises par la Chambre de recours durant l'année 2019.

Bien entendu, il n'est pas exclu qu'un recours en cassation puisse être introduit auprès du Conseil d'État contre certaines de ces décisions.

²⁶ Art. 145, § 1, de la loi SSI.

²⁷ Art. 145, § 1, 3^e alinéa, de la loi SSI.

²⁸ Art. 144, § 3, 1^o, de la loi SSI. Les Chambres de recours rendent également un jugement dans les (rares) recours contre des décisions du Comité dans des affaires disciplinaires (Art. 144, § 3, 2^o, de la loi SSI).

Tableau 16. Décisions des chambres de recours durant l'année 2019

Compétence du dispensateur de soins	Décisions		Indu	Remboursements volontaires avant la décision					Montants	
					Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Révocation d'un sursis accordé dans un dossier antérieur	Payés en exécution de la décision	Totaux payés
	1	2	3	4	5	1 + 5				
	Nombre	%	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins généralistes	1	4 %	€ -	€ -	€ -	€ 15.000,00	€ 35.000,00	€ -	€ -	€ -
Médecins spécialistes	5	19 %	€ 903.596,27	€ 11.106,85	€ 276.312,31	€ 1.942,60	€ -	€ -	€ 8.257,72	€ 19.364,57
Pharmaciens	1	4 %	€ 7.194,04	€ 7.194,04	€ 7.194,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 7.194,04
Dentistes	3	12 %	€ 825.143,33	€ 286,19	€ 107.509,79	€ 107.509,79	€ 53.754,90	€ -	€ -	€ 286,19
Infirmiers	12	46 %	€ 666.425,66	€ 90.216,65	€ 555.628,15	€ 578.110,18	€ 182.949,63	€ -	€ 201.698,78	€ 291.915,43
Orthopédistes - prothésistes	3	12 %	€ 564.736,20	€ -	€ 223.757,83	€ -	€ -	€ -	€ 223.757,83	€ 223.757,83
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	4 %	€ 230.544,29	€ 29.193,64	€ 136.916,10	€ -	€ -	€ -	€ 107.722,46	€ 136.916,10
TOTAL	26	100 %	€ 3.197.639,79	€ 137.997,37	€ 1.307.318,22	€ 702.562,57	€ 271.704,53	€ -	€ 541.436,79	€ 679.434,16

VI. COLLABORATION AVEC D'AUTRES SERVICES ET ORGANISATIONS

a) Affaires internationales

L'objectif de la **Cellule « Affaires internationales »** est d'introduire les missions et les thèmes internationaux au SECM et de les ancrer dans le fonctionnement de celui-ci. En outre, la Cellule partage les connaissances (procédures, processus, expériences, etc.) du SECM avec les partenaires externes et les organisations en tant que contribution à l'approche qu'ils doivent développer. L'objectif de la Cellule est de contribuer à ce que les décisions soient exécutées conformément à la réglementation nationale et internationale lors de l'utilisation des ressources du système de soins de santé belge.

En 2019, la Cellule « Affaires internationales » a notamment réalisé les missions suivantes :

1. Depuis 2005, elle est responsable de la **gestion financière et du management** du **European Healthcare Fraud & Corruption Network** (EHFCN). Elle représente le réseau auprès de partenaires nationaux et étrangers dans un contexte européen et international²⁹. En 2019 aussi, la Cellule a continué à assurer le fonctionnement quotidien de l'EHFCN (finances, gestion et organisation quotidiennes et suivi des décisions prises lors des réunions du Conseil d'administration de l'EHFCN).
2. La Cellule agit en tant que **représentant de l'INAMI** dans les consultations et négocie avec les partenaires externes et les organisations dans le cadre d'une collaboration par projets. Ainsi, en 2019, la Cellule a assuré le **pilotage** du **projet du Benelux CERBEUROS sur la fraude transfrontalière dans le domaine des soins de santé** en collaboration avec le Secrétariat général de l'Union Benelux.

Ce projet du Benelux figure dans le Plan pluriannuel 2017-2020 du Benelux³⁰ et est réalisé en collaboration avec l'EHFCN. Le projet CERBEUROS a été lancé en 2017. Les représentants des trois pays ont signé une déclaration d'intention dans laquelle ils s'engagent à lutter ensemble de manière préventive et efficace contre la fraude transfrontalière dans le domaine des soins de santé. L'accent est mis sur trois domaines :

- ✦ l'échange d'informations sur les dispensateurs de soins sanctionnés qui demandent une reconnaissance professionnelle dans un autre État membre
- ✦ l'utilisation abusive de la carte européenne d'assurance-maladie lors de la prestation de soins dans un autre État membre
- ✦ l'éventuel préjudice de la fraude pour les flux financiers entre les pays du Benelux dans le cadre de la mobilité des patients.

Pour chacun de ces domaines, un projet sera développé avec la mission suivante : lancer une étude ciblée sur le sujet, mettre en place et utiliser un encadrement légal ainsi qu'une plateforme en réseau pour l'échange d'informations.

En 2019 ont eu lieu une réunion des groupes de travail techniques et une réunion de concertation stratégique sur la « fraude transfrontalière dans le domaine des soins de santé » au cours

²⁹ Partenaires internationaux : l'Association internationale de la sécurité sociale, le Global Healthcare Anti-Fraud Network, l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques.

³⁰ Programme de travail commun | 2017-2020, <http://www.benelux.int/fr/publications/publications/programme-de-travail-commun-2017-2020/>

desquelles l'état d'avancement des trois sous-projets a été présenté aux hauts représentants des trois pays qui avaient signé la déclaration d'intention.

En 2019, les réunions et consultations suivantes ont été organisées au Secrétariat général de l'Union Benelux :

- ✦ des réunions préparatoires les 28 janvier et 21 octobre 2019 pour développer les pistes identifiées ;
- ✦ la réunion des deux groupes de travail techniques (IMI et EHIC/Financial Fluxes) qui a eu lieu le 5 novembre 2019. Ces groupes de travail ont échangé des informations sur l'étude et la faisabilité d'une « white alert » dans le Benelux. La typologie des infractions (cf. EHFCN Waste Typology Matrix) a également été exposée. Les groupes de travail ont échangé leur expertise sur le cadre juridique du contrôle des dispensateurs de soins (bonnes pratiques) entre les trois pays et sur les indicateurs.

3. La Cellule organise des réunions bilatérales, des ateliers et des conférences dans un contexte international pour promouvoir le partage des connaissances et la concertation. En 2019, la Cellule a organisé :

- ✦ La concertation bilatérale INAMI-CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie, France). Celle-ci a eu lieu le 24 janvier 2019 à l'INAMI. Les bonnes pratiques de travail y ont été échangées, et des SPOCS ont été nommés dans les deux organisations.
- ✦ La 10^e Open House. Il s'agit d'un événement organisé en interne au cours duquel un membre de l'EHFCN ouvre son organisation aux membres de l'EHFCN et aux nouveaux membres potentiels. Cet événement a eu lieu les 13 et 14 juin 2019 à l'Autorité néerlandaise des soins de santé (NZa – Nederlandse Zorgautoriteit) sur le thème « **supervision innovante des soins de santé** » (*“innovative healthcare supervision”*). Il a réuni 75 participants de 15 pays (Allemagne, Australie, Belgique, France, Grèce, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Serbie, Slovénie, Turquie), ainsi que des représentants de la Commission européenne.
- ✦ La treizième conférence internationale EHFCN. Celle-ci s'est tenue les 18 et 19 novembre 2019 à Berlin au GKV-Spitzenverband (Association nationale des caisses maladie) sur le thème : “**Bytes without borders: preventing and countering healthcare fraud and corruption in the digital age**”. L'expertise sur la prévention et la lutte contre la fraude, la corruption et le gaspillage dans les soins de santé à l'ère numérique a été partagée de manière interactive.

Cette conférence a réuni 160 participants de 20 pays (Allemagne, Autriche, Australie, Belgique, Chypre, États-Unis, France, Grèce, Indonésie, Italie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pologne, Portugal, Slovénie, Ukraine, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse).

Une expérience très utile a également été partagée par :

- ✦ le SECM (Philip Tavernier et Nick Deswaef)
 - ✦ des représentants de la Commission européenne
 - ✦ l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS)
 - ✦ l'Organisation mondiale de la Santé
 - ✦ l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
- ✦ La Cellule a pris une part active – en tant que membre du Comité national d'organisation (CNO) – à l'**organisation du Forum mondial de la sécurité sociale 2019 (AISS)** sur le thème « **Protéger les personnes dans un monde en mutation** ». Il s'agit d'un forum mondial de la sécurité sociale qui s'est tenu à Bruxelles du 14 au 18 octobre 2019 inclus, accueilli par les institutions publiques de sécurité sociale, avec plus de 1.300 participants de 160 pays.

Un grand honneur pour la Belgique qui est louée bien au-delà de ses frontières pour son système de sécurité sociale.

Lors du forum, de bonnes pratiques ont été échangées, et des discussions ont été menées au niveau mondial. En ces temps de changements technologiques, démographiques et économiques rapides, une approche innovante s'impose. La Cellule a également participé à ce forum en tant qu'orateur et a partagé son expertise sur le thème « Erreur, évasion et fraude ».

4. La Cellule se charge de **recueillir l'expertise et les bonnes pratiques** (*best practices*) auprès des partenaires européens et internationaux et de **produire des recommandations**.
 - ✦ En 2019, l'EHFCN a effectué une mission d'étude pour l'OCDE. Cette étude faisait suite à un document d'information contextuel sur *Les risques généraux et les vulnérabilités liés à la corruption dans les services publics de santé au niveau local*, basé sur la collecte et la compilation de 20 bonnes pratiques de travail auprès de partenaires européens et internationaux dans le contexte du « *Programme MENA-OCDE pour la gouvernance* »³¹. Dans ce contexte, des recommandations ont été rédigées en juin 2019.
 - ✦ En 2019, l'EHFCN et un groupe d'experts internes et externes ont lancé le '**EHFCN Project on Promoting Integrity in the Healthcare Sector**', qui se compose de deux sous-projets :
 - ✧ l'élaboration de '**Guidelines on Promoting Integrity in the Health Sector**', dont les progrès et les travaux ont été approuvés par les membres de l'EHFCN lors des événements de l'EHFCN de juin (Open House aux Pays-Bas) et de novembre (conférence internationale à Berlin) ;
 - ✧ une étude détaillée sur '**Conflicts of interest in the health sector**' en collaboration avec l'OCDE. Ce projet a été approuvé fin 2019 et débutera le 1^{er} janvier 2020.

b) Unité « Audit hôpitaux »

L'INAMI (le SECM), le SPF SPSCAE et l'AFMPS se sont associés pour créer une Unité **Audit hôpitaux**.

Cette unité effectue des audits au sein des hôpitaux aux fins suivantes :

- ✦ l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dispensés au citoyen et
- ✦ l'optimisation de l'utilisation des fonds publics

Cette tâche a de nouveau été incluse dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 (voir p. 17). (Elle était déjà incluse dans le Plan d'action 2016-2017).

Les **trois administrations** regroupent leurs compétences fédérales. Dans un contexte de suivi plus efficace, plus simple et plus transparent des hôpitaux par les administrations concernées, cette nouvelle unité utilisera des méthodes d'audit bien définies et réalisera des audits thématiques dans le secteur hospitalier. Les administrations partagent leur expertise et leurs bases de données. Pour tous les hôpitaux, elles lient les données relatives au diagnostic et au traitement aux données de facturation.

Dans chaque enquête, l'Unité évalue à la fois le respect des normes et des règles de ces administrations (par exemple la nomenclature, ICD-10-BE, etc.) ainsi que l'efficacité des soins dispensés.

³¹ Dans le « *Programme MENA-OCDE pour la gouvernance* », l'OCDE soutient le partenariat stratégique entre la région MENA (*Moyen-Orient et Afrique du Nord*) et l'OCDE pour le partage de connaissances et d'expertise, plus particulièrement dans le cadre de la lutte contre la fraude et la corruption.

Les audits invitent à des **trajets d'amélioration** au niveau des hôpitaux et des dispensateurs de soins en mettant l'accent sur le processus de suivi, dans le cadre duquel le fait de donner du feed-back, de demander des explications, d'encourager des initiatives d'amélioration et d'assurer un suivi est au centre des préoccupations. Les audits visent des adaptations pour l'avenir dans la prestation de soins, plutôt que des sanctions.

À cette fin, un cadre légal qui permettra aux auditeurs d'auditer les différentes administrations dans le cadre de leurs compétences propres est en cours d'élaboration.

L'Unité a achevé sa démonstration de faisabilité (*proof of concept*) sur la **chirurgie bariatrique** en 2019. Cela est également mentionné à la p. 50 du présent rapport annuel. Le projet pilote a révélé, entre autres, les points suivants :

- ✦ Il est souhaitable de mettre en place un trajet de soins multidisciplinaire (entre autres, médecin généraliste) transmurale bien coordonné pour l'obésité, avec un suivi longitudinal du patient
- ✦ Une standardisation du bilan pré- et postopératoire est nécessaire
- ✦ La NPS doit être adaptée à la situation actuelle (nouvelles techniques, techniques obsolètes, réinterventions, etc.)
- ✦ La réglementation est inadéquate ; la législation entraîne une diminution de la qualité des processus de santé, des abus et une surconsommation
- ✦ Le registre tel qu'il est actuellement décrit dans la NPS est obsolète. Un registre national électronique, alimenté par le Dossier Patient Informatisé (DPI), devrait être développé
- ✦ La responsabilité du patient et sa participation doivent être stimulées. Par exemple, les soins importants en cas d'obésité ne sont actuellement pas remboursés (diététicien, vitamines, etc.) Le remboursement pourrait dépendre de la mesure dans laquelle le patient persévère dans son trajet
- ✦ Il est nécessaire d'instaurer des incitants pour les hôpitaux qui ont déjà développé de bonnes pratiques

L'Unité est ouverte à toute collaboration qui contribue à la réalisation des décisions découlant du projet-pilote de chirurgie bariatrique.

c) Collaboration avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN)

Mi-2016, l'accord de coopération entre l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) et l'INAMI a lancé une campagne de sensibilisation à l'intention des médecins spécialistes qui dispensent des prestations en faisant usage de rayonnements ionisants. Le médecin ne peut les effectuer que s'il détient une autorisation d'utilisation individuelle de l'AFCN.

Au cours de la période 2016-2019, nous avons envoyé en six séries une lettre de sensibilisation à 865 médecins qui n'avaient pas d'autorisation d'utilisation et qui facturaient quand même ce type de prestations.

Une mesure d'impact est en ce moment en cours pour les premiers groupes de médecins que nous avons contactés.

Réglementation

Selon la réglementation de l'AFCN, un médecin qui offre des prestations en faisant usage de rayonnements ionisants doit disposer d'une autorisation d'utilisation. Le médecin doit demander une autorisation d'utilisation à l'AFCN. Une première demande consiste à présenter le certificat de formation en radioprotection accompagné d'un formulaire d'information dûment rempli. Une prolongation exige que le médecin ait reçu une formation continue suffisante pendant la période initiale de validité de l'autorisation d'utilisation (dix ans).

La réglementation de l'INAMI prescrit la possession d'une autorisation d'utilisation comme condition pour le remboursement de prestations dans le cadre desquelles des rayonnements ionisants sont utilisés.

Contenu de la lettre

L'objectif est d'envoyer une lettre de sensibilisation à tous les médecins qui facturent des prestations en faisant usage de rayonnements ionisants et qui ne disposent pas d'une autorisation d'utilisation.

Dans cette lettre, nous insistons sur l'obligation pour le médecin de détenir une autorisation d'utilisation dès qu'il facture des prestations et utilise des rayonnements ionisants dans ce cadre. Voici encore quelques précisions. La réglementation de l'AFCN a introduit cette obligation pour des raisons de santé publique. La réglementation de l'INAMI stipule que la détention d'une autorisation d'utilisation est une condition de remboursement pour une prestation dans le cadre de laquelle des rayonnements ionisants sont utilisés.

De plus, un schéma simple dans la lettre indique clairement les étapes que le médecin doit suivre pour obtenir une autorisation d'utilisation. Chaque médecin a un an pour le faire, contrairement au radiologue. Compte tenu de ses qualifications, celui-ci est censé être déjà en possession du certificat de formation en radioprotection. Quelques mois suffiront donc pour finaliser la procédure administrative à l'AFCN.

Comme les universités n'admettent qu'environ 200 médecins par an à cette formation spécifique en radioprotection, nous avons été contraints d'introduire l'approche des médecins progressivement et de la limiter à environ 200 médecins par année civile.

L'ordre de l'approche était fondé sur l'estimation du risque de dommage à la santé résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants. Nous avons pris en compte différents paramètres (dose moyenne de rayonnement par examen, utilisation fréquente de la radioscopie, etc.) Nous avons d'abord envoyé une lettre aux cardiologues, puis aux pédiatres, aux radiologues, aux chirurgiens vasculaires et aux chirurgiens orthopédiques. Les spécialistes qui seront contactés ensuite sont les urologues, les neurochirurgiens et les chirurgiens abdominaux.

Résultat et étapes suivantes

Tout d'abord, nous effectuons une mesure d'impact. L'objectif est d'examiner dans quelle mesure l'envoi de la lettre de sensibilisation a conduit le médecin à obtenir une autorisation d'utilisation. Cela nous donne une idée de l'efficacité de nos actions.

À l'heure actuelle, nous disposons déjà de chiffres pour les cardiologues et les radiologues. Sur les 151 cardiologues, 117, soit près de 80 %, se sont conformés à la réglementation. Soit ils ne fournissent plus de prestations dans le cadre desquelles des rayonnements ionisants sont utilisés, soit ils ont entre-temps obtenu une autorisation d'utilisation.

On obtient un résultat à peu près similaire chez les radiologues. 127 des 157 radiologues se sont conformés à la réglementation.

Dans aucune des deux mesures d'impact, nous n'avons utilisé de valeur seuil en ce qui concerne le nombre de prestations dispensées.

Après chaque mesure d'impact, nous évaluons les résultats et décidons, après examen du dossier individuel, s'il est opportun de prendre des mesures et, le cas échéant, lesquelles. L'AFCN peut infliger une amende administrative (si le parquet n'engage pas de poursuites lui-même). L'INAMI peut procéder à une récupération pour les prestations effectuées par un médecin qui n'a pas d'autorisation d'utilisation. Il peut en outre infliger une amende administrative. De plus, l'INAMI peut également anticiper sur les récupérations futures. L'INAMI peut demander aux mutualités de suspendre immédiatement le remboursement des prestations contestées aux médecins qui ont été mis en demeure. En principe, les deux institutions en décident indépendamment l'une de l'autre.

VII. IMPACT SUR LE COMPORTEMENT DE FACTURATION ET DE PRESCRIPTION DES DISPENSATEURS DE SOINS

L'objectif final du SECM en tant que service d'inspection est d'avoir un **impact sur le comportement d'attestation et de prescription des dispensateurs de soins, groupements et établissements.**

Nous mesurons surtout l'impact à l'aide d'indicateurs financiers, mais également non financiers. Outre les montants concrets des remboursements volontaires, éventuellement complétés par des amendes administratives, nous souhaitons dans ce chapitre clarifier les différentes formes d'impact.

Nous ne pourrons évaluer l'impact des activités de 2019 que dans les années à venir.

En 2019, nous avons pu mesurer l'impact d'un certain nombre d'activités des années précédentes. Nous les montrons dans les tableaux 17, 18 et 19.

Tableau 17. Paiement direct en 2019

Action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Remboursement volontaire après inculpation	229	14.002.377,53	2017, 2018, 2019
Paiement après un jugement définitif (FD, CPI, CR)	100	998.468,85	2019
Récupération via Domaines	40	214.661,69	2019
Total		15.215.508,07	

Cela concerne les remboursements volontaires résultant de constats faits lors d'enquêtes de contrôle que le SECM a clôturées en 2019, ainsi que le remboursement imposé de décisions définitives (indu + sanctions administratives).

Tableau 18. Facturation diminuée de fraudeurs en 2019 suite aux actions du SECM

Action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Suivi des fraudeurs	226	19.677.876,15	2015, 2016, 2017, 2018

Cela concerne le suivi proactif de 226 dispensateurs de soins pour lesquels le Service a remarqué des infractions intentionnelles.

Tableau 19. Autres exemples d'actions ayant un impact mesuré en 2019

Action	Contenu	Groupe cible	Impact 2019
Action de sensibilisation à l'autorisation pour les prestation avec radiation ionisante	Lettre 2016-2019 : insister sur l'obligation d'avoir une autorisation quand on utilise des radiations ionisantes	151 cardiologues et 157 radiologues sans autorisation d'utilisation AFCN	117 cardiologues et 127 radiologues ont obtenu une autorisation
Action de sensibilisation pour profils élevés dans les soins infirmiers à domicile	Lettre + questionnaire fin 2018 : informer sur la législation, recueillir des informations sur le profil et la pratique	53 infirmiers avec un profil annuel de > 180.000 EUR en 2017	Baisse du chiffre d'affaires de 800.000 EUR

Sur la base des données susmentionnées, nous avons pu chiffrer l'impact financier pour l'année 2019 à plus de **35 millions EUR**.

Bien entendu, notre impact s'étend plus loin et n'est pas toujours chiffrable. La baisse du nombre de dispensateurs de soins qui ont attesté des prestations à radiation ionisante sans autorisation de l'AFCN en 2019 est un exemple d'impact qui, certes, ne peut être rendu en chiffres, mais qui est bel et bien important pour la qualité des soins.

La simple existence d'un service d'inspection a déjà un effet dissuasif sur qui envisagerait de commettre une infraction.

En informant les dispensateurs de soins de façon préventive par le biais de brochures, lettres de sensibilisation et conférences, nous voulons éviter qu'ils commettent des infractions par ignorance. Aussi les communiqués de presse et ce rapport annuel rendent-ils les dispensateurs de soins et les assurés conscients de l'importance d'une attestation correcte des prestations. Cela est très important pour la durabilité de soins de santé de qualité et accessibles.

VIII. EXEMPLE DE PROJET ICE

Approche des profils élevés dans les soins infirmiers à domicile

Afin d'avoir davantage d'impact sur le comportement de facturation des praticiens de l'art infirmier à domicile, le SECM a décidé de surveiller les « champions de la facturation » de ce groupe de dispensateurs de soins. Nous entendons par là les dispensateurs de soins à domicile qui attestent plus de 180.000 EUR par an en tant qu'indépendant ou plus de 100.000 EUR par an en tant que salarié. Il est matériellement presque impossible d'effectuer autant de prestations en une année.

Avec ce projet ICE, nous voulons lutter contre la fraude au sein de ce groupe de dispensateurs de soins. Outre les enquêtes de contrôle individuelles, nous prenons des initiatives structurelles supplémentaires afin de :

- ✦ informer les dispensateurs de soins concernés sur la réglementation
- ✦ sensibiliser les dispensateurs de soins concernés quant à leur comportement d'attestation
- ✦ responsabiliser les dispensateurs de soins concernés (par le biais d'une 'demande de mise en règle') en vue d'une attestation correcte de leurs prestations.

En 2019, nous avons entrepris les actions suivantes :

1. Fin 2018, nous avons envoyé les 53 premiers **courriers et questionnaires** afin de tester la nouvelle méthodologie.

Début 2019, nous avons envoyé la deuxième série de courriers. Nous avons sélectionné et contacté les praticiens de l'art infirmier qui ont facturé plus de 90.000 EUR au cours du premier semestre 2018. Nous avons écrit à ce groupe cible en lui faisant parvenir une lettre et un questionnaire. Nous voulions les informer sur la réglementation et obtenir des informations sur leur profil et leurs pratiques. Nous avons évalué leurs réponses (y compris les feuilles de route et les pointages) sur la base d'indicateurs prédéterminés. En fonction du résultat de l'évaluation, nous avons pris des mesures ciblées :

- ✦ une enquête de contrôle individuelle
- ✦ une demande d'action par le Collège national des médecins conseils
- ✦ une demande de mise en règle
- ✦ une visite sur place avec demande et vérification des dossiers infirmiers dans le cas où notre questionnaire n'avait pas été complété. Si le dispensateur de soins n'était pas présent lors de la visite annoncée préalablement, nous avons appliqué l'article 77 *sexies* de la loi SSI

Fin 2019, nous avons envoyé une troisième série de courriers adressés aux praticiens de l'art infirmier qui avaient facturé plus de 180.000 EUR en 2018 et qui n'avaient pas encore été contactés.

2. Nous avons effectué **une mesure d'impact** de la première série de courriers de 2018. Nous avons comparé le comportement de facturation des hauts profils lors du premier semestre 2018 avec celui lors du premier semestre 2019. Nous avons constaté une baisse de 800.000 EUR lors du premier trimestre de 2019 chez les 53 praticiens de l'art infirmier à domicile contactés par courrier en 2018.
3. Nous avons élaboré une approche structurelle de la lutte contre la fraude en fixant un **seuil de justification**, en collaboration avec les O.A. et les représentants professionnels délégués au sein de la Commission des soins infirmiers à domicile.

4. Nous avons pris les mesures nécessaires en vue de modifier **la législation** pour permettre l'introduction de ce seuil de justification.

Les courriers et l'évaluation des réactions nous ont permis de mieux comprendre le profil de ces praticiens de l'art infirmier et les facteurs qui peuvent brouiller ce profil.

Le **seuil de justification** a été introduit et inscrit dans la législation fin 2019. Afin de garantir la qualité des soins et de lutter contre les pratiques frauduleuses, un nombre maximum d'attestations par année civile a été fixé pour les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants à partir du 1^{er} décembre 2019.

Il ne s'agit pas d'un blocage de la facturation, mais d'une éventuelle récupération des valeurs dépassées si le dispensateur de soins ne peut les justifier. Le statut du praticien de l'art infirmier ou de l'aide-soignant détermine le seuil de justification :

- ✦ travailleur salarié : maximum **22.000 valeurs W** de prestations par année civile
- ✦ travailleur indépendant : maximum **40.000 valeurs W** de prestations par année civile
- ✦ travailleur indépendant et salarié : maximum **40.000 valeurs W** de prestations par année civile.

En 2020, le SECM prendra des actions supplémentaires pour poursuivre le suivi des profils élevés dans le domaine des soins infirmiers à domicile.

Plus d'informations ?

Vous avez des questions ou des remarques à propos de cette publication ?

Contactez-nous : infoteam.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be