



Rapport annuel SECM

Activités 2022



Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Avant-propos

L'année 2022 continue de résonner avec un double sentiment. D'une part, je suis très satisfait des efforts déployés par toutes nos équipes et des excellents résultats qu'elles ont obtenus. D'autre part, je suis navré de voir comment la fraude à l'assurance soins de santé continue d'augmenter, alors que la lutte préventive et structurelle actuelle semble insuffisante.

Si la fraude grave en matière de soins de santé reste certes limitée à un petit groupe de dispensateurs de soins, elle progresse et dépasse les frontières nationales. Les acteurs et réseaux internationaux ont eux aussi découvert l'aspect lucratif des problèmes structurels en matière de contrôle. Par conséquent, les inspections deviennent de plus en plus complexes et laborieuses.

Nous cherchons à travailler plus efficacement et, depuis quelques temps déjà, nous fixons des priorités ciblées. Avant de lancer une action de contrôle ou d'autres actions, nous évaluons la gravité des infractions. Les infractions intentionnelles (fraude) se voient accorder la plus haute priorité. Toutefois, il devient difficile de fixer des priorités si, faute de moyens suffisants, nous devons maintenant choisir entre des actions de contrôle portant sur des infractions tout aussi graves les unes que les autres.

Lors des actions de contrôle, nous recherchons des infractions à la réglementation. Néanmoins, nos inspecteurs sociaux remarquent parfois aussi que la qualité des soins pourrait être meilleure, en particulier dans les dossiers de fraude qui impliquent souvent des dispensateurs de soins non ou insuffisamment qualifiés. Ce n'est pas toujours évident à prouver. La lutte contre la fraude est donc aussi une lutte pour la qualité des soins.

C'est pourquoi nous devons continuer à œuvrer pour plus d'ajustements structurels, de qualité des données de facturation, d'échange rapide d'informations et de collaborations intensives avec tous les acteurs sur le terrain. Il ne suffit pas de tendre l'oreille quand le mot « fraude » apparaît dans les médias. La lutte contre la fraude est une mission permanente qui devient de plus en plus complexe et parfois même dangereuse. Cela implique une approche ambitieuse, structurelle et proactive avec les moyens appropriés.

Bien que cela soit un énorme défi dans le contexte actuel, nous continuons à contrôler les fraudeurs et à évaluer les nouveaux risques sur base des données de facturation. Depuis 2022, nous le faisons de manière systématique pour chaque partie du budget de la santé pour laquelle nous sommes compétents. Tous les groupes professionnels sont pris en considération sans distinction.

Heureusement, le contexte global ne nuit pas à l'engagement et à l'expertise de nos inspecteurs sociaux. Les résultats obtenus en témoignent. Dans ce rapport annuel, nous proposons une nouvelle méthodologie pour calculer notre impact financier. Financièrement, chaque inspecteur social du SECM rapporte plus qu'il/elle ne coûte. L'impact va aussi encore plus loin, comme vous pourrez le lire dans ce rapport annuel.

Outre le suivi de la réglementation, nous avons également pris des mesures importantes en 2022 pour rendre les soins plus efficaces. Les prestations qui n'apportent pas de valeur ajoutée à la santé du patient ne devraient pas être dispensées et encore moins facturées, ni au patient, ni à la collectivité. En vue de plus d'appropriate care (soins efficaces) et sur base d'un cadre légal récemment adapté, 3 indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales ont été proposés au Conseil national de promotion de la qualité en 2022. Pour ce faire, nous avons travaillé en étroite collaboration avec le KCE et le CEBAM. Nous espérons ainsi faire notre part pour ne rembourser que les soins qui apportent une valeur ajoutée à notre santé et qui s'appuient sur des preuves scientifiques. Quand différents traitements ont le même effet sur notre santé, il vaut mieux privilégier celui qui est le moins onéreux pour la société.

Enfin, un mot de remerciement à tous ceux qui, à l'intérieur et à l'extérieur du SECM, continuent à travailler sans relâche de façon à ce que les ressources disponibles en matière de soins de santé soient utilisées pour les patients qui en ont réellement besoin.

Philip Tavernier, Médecin-directeur général du SECM

Survol des activités du SECM 2022

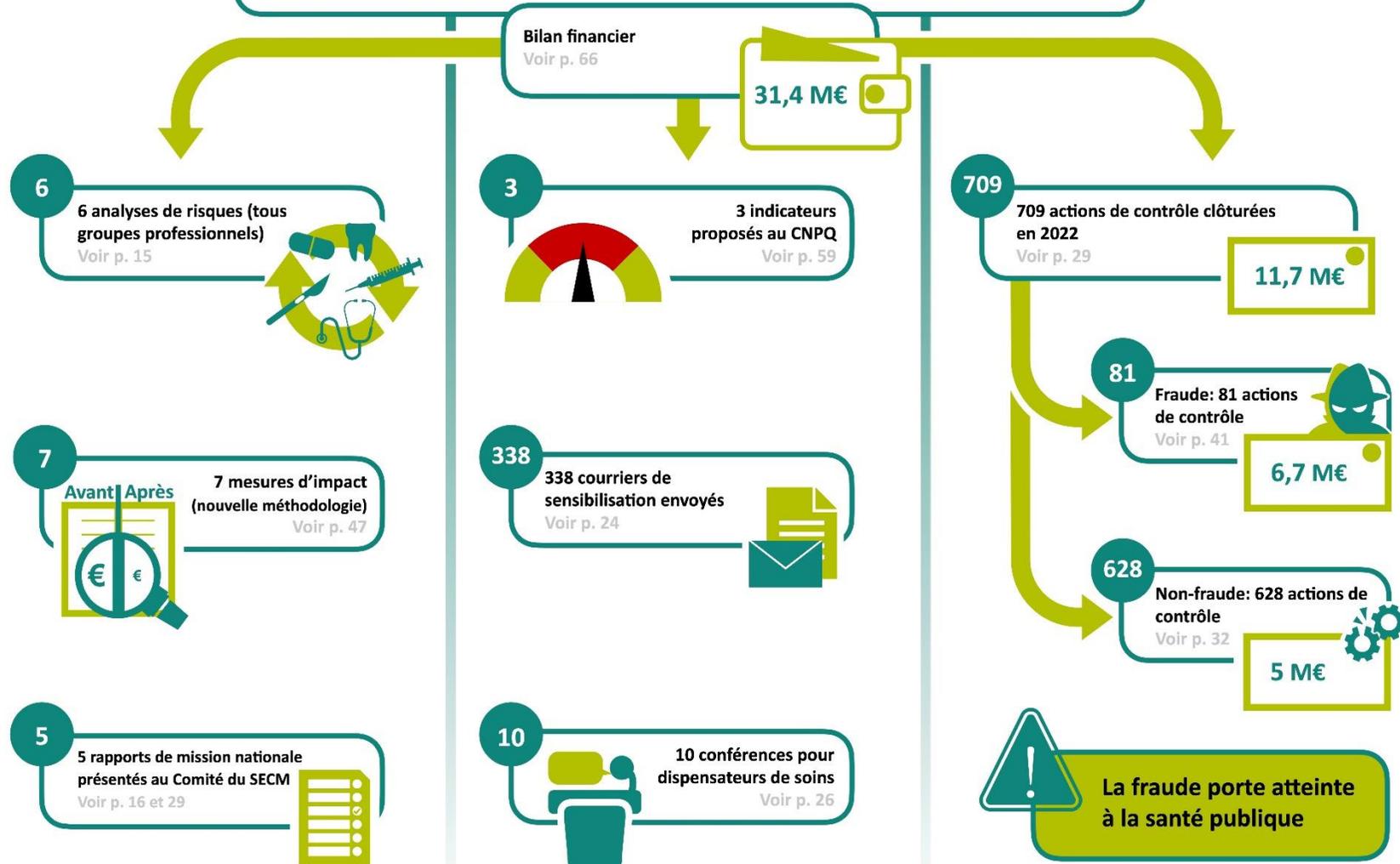


Table des matières

Avant-propos	2
Survol des activités du SECM en 2022	3
Partie 1 – Présentation du SECM	7
I. Mission	7
1. Missions légales	7
2. Plan stratégique 2022-2025	8
a) Utilisation efficace des moyens disponibles.....	8
b) Vision	8
c) Objectifs stratégiques.....	8
II. Structure organisationnelle	10
III. Méthode de travail.....	10
IV. Personnel et formation	12
Partie 2 – Origine de nos activités	14
I. Signalements externes	14
II. Analyses internes	15
1. Études d'évaluation.....	16
a) Modalités d'octroi des primes COVID pour les dentistes.....	16
b) Nettoyage sous-gingival en relation avec le détartrage « préventif »	18
c) Facturation de la chirurgie transgenre	21
2. Analyses de la cellule data	22
a) Soutien pour les actions de contrôle.....	22
b) Soutien pour les missions d'évaluation	22
c) Analyses de risques	23
d) Amélioration de la qualité des données et formations.....	23
Partie 3 – Actions	24
I. Sensibilisation et information	24
1. Actions de sensibilisation par courrier.....	24
a) Prescription de biologie clinique	24
b) Attestation de thérapie par laser d'une cataracte secondaire	25
c) Équipes structurelles en soins infirmiers à domicile travaillant avec des aides-soignants	25
d) Attestation d'implants et de dispositifs médicaux invasifs	26
e) Attestation de cryothérapie	26
2. Conférences	26
a) Le dispensateur de soins et le SECM de l'INAMI	27
b) Utilisation correcte de la nomenclature dans les traitements des paupières	27

II.	Demandes d'adaptation de la nomenclature	27
1.	Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé	27
2.	Fonction d'avis dans les groupes de travail du Conseil technique médical	28
a)	Groupe de travail Interprétation de la nomenclature.....	28
b)	Groupe de travail Médecine interne : modification de l'article 23 relatif à la physiothérapie	28
c)	Groupe de travail Chirurgie : introduction d'une règle interprétative relative à la procédure Rezum.....	29
d)	Groupe de travail général : modification de l'article 25 relatif à la surveillance des bénéficiaires hospitalisés	29
III.	Contrôle et récupérations.....	29
1.	Actions de contrôle nationales	29
a)	Contrôle primaire de l'attestation du pseudo-code COVID 101135	29
b)	Attestation des pseudo-codes COVID 101990 et 101135 par les médecins généralistes.....	30
2.	Actions de contrôle individuelles.....	32
a)	Origine.....	32
b)	Suite : décisions du médecin-inspecteur général.....	32
c)	Concernés.....	34
d)	Évolution 2018-2022	35
e)	Suivi des procédures administratives.....	36
3.	Lutte contre la fraude	41
a)	Définition de la fraude.....	41
b)	Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2022	42
c)	Suspension du paiement via le régime du tiers payant	45
	Partie 4 – Impact.....	47
I.	Méthodologie globale	47
II.	Impact des procès-verbaux de constat sur la facturation.....	48
III.	Impact des missions nationales	50
1.	Monitoring cardiaque ambulatoire.....	50
2.	Forfaits hôpital de jour.....	51
3.	Dispositifs médicaux invasifs utilisés en chirurgie vasculaire et thoracique, ainsi qu'en cardiologie	51
4.	Ménisectomie arthroscopique en cas de maladie dégénérative du genou	52
5.	Examens d'IRM et honoraires d'urgence	53
6.	Cumul de l'arthrographie et de CT ou d'IRM	54
	Partie 5 – Vers une meilleure réglementation.....	56

Partie 6 – Collaborations.....	57
I. Passerelle : Audit des hôpitaux.....	57
1. Audit Imagerie médicale lourde.....	57
2. Audit Césarienne.....	57
3. Audit COVID-19.....	58
4. Audit Soins à basse variabilité.....	58
II. Appropriate care.....	59
1. Groupe de travail Quintuple AIM.....	59
2. Proposition d'indicateurs.....	59
III. Affaires internationales – EHFCN.....	60
1. Journée Portes ouvertes.....	60
2. Délégation indonésienne.....	60
3. Webinaires.....	61
4. Groupe de travail sur l'intelligence artificielle.....	62
5. Assemblée générale et Plan stratégique.....	62
IV. Responsabilisation financière des organismes assureurs.....	62
1. Réinsertion socioprofessionnelle des assurés en incapacité de travail : actions des médecins-conseils.....	63
2. Communication via IDES de propositions de motivation de l'état d'incapacité.....	63
3. Respect des règles de remboursement de certaines prestations de soins de santé.....	64
a) Prestations pharmaceutiques.....	64
b) Prestations de physiothérapie et/ou de revalidation.....	64
c) Conclusion.....	64
4. Qualité des données via New Attest.....	64
V. Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023.....	65
Partie 7 – Bilan financier.....	66
I. Récupérations.....	66
II. Dépenses diminuées.....	66
III. Bilan financier global.....	67
Liste des abréviations.....	68
Plus d'informations ?.....	69

Partie 1 – Présentation du SECM

I. 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 plus, le SECM suit l'évolution des connaissances scientifiques en vue de davantage d'appropriate care (soins efficaces). Les acteurs concernés sont notamment les dispensateurs de soins, les gestionnaires des institutions de soins, les organismes assureurs (O.A.¹) et les assurés sociaux. 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 3 étapes successives : analyse de risques systématique, 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 signalements 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 (réglementation) que sur le plan de l'efficacité (preuve scientifique).

Grâce à ces analyses, 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 des soins de santé, une invitation à une mise en conformité, une suspension provisoire du paiement des prestations via le tiers payant, etc. Les directions Information, Contrôle et Évaluation (ICE) coordonnent ces actions transversales. Cette stratégie à multiples axes, aussi appelée « stratégie 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.

1. Missions légales²

Le législateur a confié les missions suivantes au SECM :

- ✦ fournir des informations aux dispensateurs de soins afin d'éviter toute infraction 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 ;
- ✦ contrôler les prestations de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité (contrôle des indemnités pour incapacité de travail) ;
- ✦ exécuter les décisions du Fonctionnaire dirigeant, des chambres de première instance et de recours.

¹ Une [liste des abréviations](#) utilisées se trouve à la fin du présent rapport, p. 68.

² Art. 139 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

2. Plan stratégique 2022-2025

a) Utilisation efficace des moyens disponibles

Pour que nous puissions remplir notre mission, le staff du SECM a défini 4 domaines de vision. Toutes les équipes y ont identifié des actions clés et des points d'attention, que nous avons traduits en 11 objectifs stratégiques dans le cadre d'un plan stratégique pour le SECM de 2022 à 2025.

Un tel plan stratégique avec des priorités claires augmente l'efficacité et la transparence des activités d'inspection. Il clarifie également l'utilisation des fonds publics. En outre, il s'agit d'une main tendue à l'intérieur et à l'extérieur de l'INAMI pour assumer collectivement notre responsabilité d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles en matière de soins de santé.

b) Vision

Dans ce rapport annuel, nous nous concentrons sur les 2 premiers domaines de vision : d'une part, le fonctionnement et, d'autre part, la relation avec les partenaires et les parties prenantes. Les 2 autres domaines de vision concernent le fonctionnement interne et nos collaborateurs.

En tant que service d'inspection, il est important que le fonctionnement donne des résultats concrets et ait un impact mesurable. Dans le cadre de la sécurité sociale, cela concerne principalement les résultats financiers, sans oublier pour autant l'accessibilité et la qualité des soins. L'accent mis sur les résultats financiers doit en effet être en équilibre avec la gravité des infractions. Il est donc important que le SECM soit à la fois orienté vers les résultats et juste.

La relation du SECM avec les partenaires et les parties prenantes doit être efficace. Cela ne peut se faire qu'en travaillant ensemble et en recherchant des synergies dans un contexte où tous les intéressés partagent les données de manière transparente afin que chacun puisse assumer sa responsabilité.

c) Objectifs stratégiques

6 des 11 objectifs stratégiques du SECM sont liés aux 2 premiers domaines de vision, à savoir le fonctionnement et la relation avec les partenaires et les parties prenantes.

1. Analyses de risques systématiques et étendues avec des priorités claires

Le SECM reçoit chaque année suffisamment de signalements externes pour avoir un impact actif et significatif avec les effectifs actuels. En filtrant ces signalements dès le départ grâce à des analyses supplémentaires, le SECM peut se concentrer sur les infractions les plus importantes et les indications de fraude. Cela nous permet de consacrer plus de temps à nos propres analyses de risques, qui nous permettent de détecter d'autres fraudes et infractions.

Depuis 2022, ces analyses de risques sont effectuées systématiquement – sur une période de 3 ans – pour chaque partie du budget des soins de santé pour laquelle le SECM est compétent.

2. Impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins

Ce n'est pas nouveau, mais c'est essentiel. Chaque action du SECM a pour objectif d'avoir un impact concret et mesurable sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins. Cela signifie également que le SECM recherche l'action la plus appropriée pour avoir le même impact avec des activités qui prennent moins de temps.

3. Prévention structurelle des erreurs administratives, de la réglementation peu claire et des violations intentionnelles de la réglementation (fraude)

Mettre un emplâtre sur une jambe de bois ne sert pas à grand-chose. Il est essentiel de prévenir les infractions, mais en tant que SECM, nous n'avons qu'un rôle partiel à jouer dans ce domaine. Plusieurs types d'infraction requièrent également une approche différente. Une *erreur administrative* peut souvent

être évitée grâce à une adaptation du logiciel de facturation, en rendant impossible ce qui n'est pas autorisé. *L'utilisation abusive d'une réglementation peu claire* doit être traitée au niveau de la réglementation elle-même, par le biais d'une modification de la nomenclature ou d'une règle interprétative. Les *infractions intentionnelles* (fraude) concernent un groupe très restreint de dispensateurs de soins qui attestent souvent des montants très élevés de manière frauduleuse. Ils sont toujours à la recherche de failles et, trop souvent, les systèmes sont conçus pour la majorité des dispensateurs de soins bien intentionnés sans tenir compte du risque de fraude.

4. Sentiment d'équité de la part du SECM parmi les dispensateurs de soins et les assurés

Les infractions intentionnelles (fraude) sont plus graves qu'une erreur administrative et doivent être traitées plus sévèrement. En cas de fraude, un dispensateur de soins est inscrit sur une liste noire, et un suivi proactif du comportement de facturation est assuré. Le paiement effectif du montant porté à grief et de la sanction administrative après une décision définitive est également un point d'attention majeur.

5. Implication et responsabilisation des assurés et des dispensateurs de soins

Les dispensateurs de soins et les assurés doivent prendre leurs responsabilités. Toutefois, ils ne peuvent le faire pleinement que s'il y a transparence et qu'ils sont aussi entièrement concernés. Pour le dispensateur de soins, cela signifie avoir une vue sur son comportement de facturation par rapport aux dispensateurs de soins avec une patientèle similaire. Pour les assurés, il s'agit d'avoir une visibilité sur ce qui a été facturé en leur nom (via des attestations, mais aussi directement auprès des O.A. via le régime du tiers payant).

6. Utilisation efficace de l'expertise externe et des moyens d'inspection dans le cadre de la collaboration/synergie, de l'échange d'information et développement d'une expertise commune/partage des connaissances

Il s'agit en particulier d'améliorer la coopération avec les autres services au sein de l'INAMI, les O.A. et les dispensateurs de soins. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et le Centre belge pour l'evidence-based medicine (CEBAM) sont également des partenaires importants dans le cadre de l'appropriate care.

Pour assurer le suivi de ces objectifs, ainsi que des autres objectifs stratégiques, le SECM a établi des indicateurs clés de performance (key performance indicators – KPI), qui sont suivis dans un tableau de bord.

II. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Le SECM est organisé selon la structure suivante.

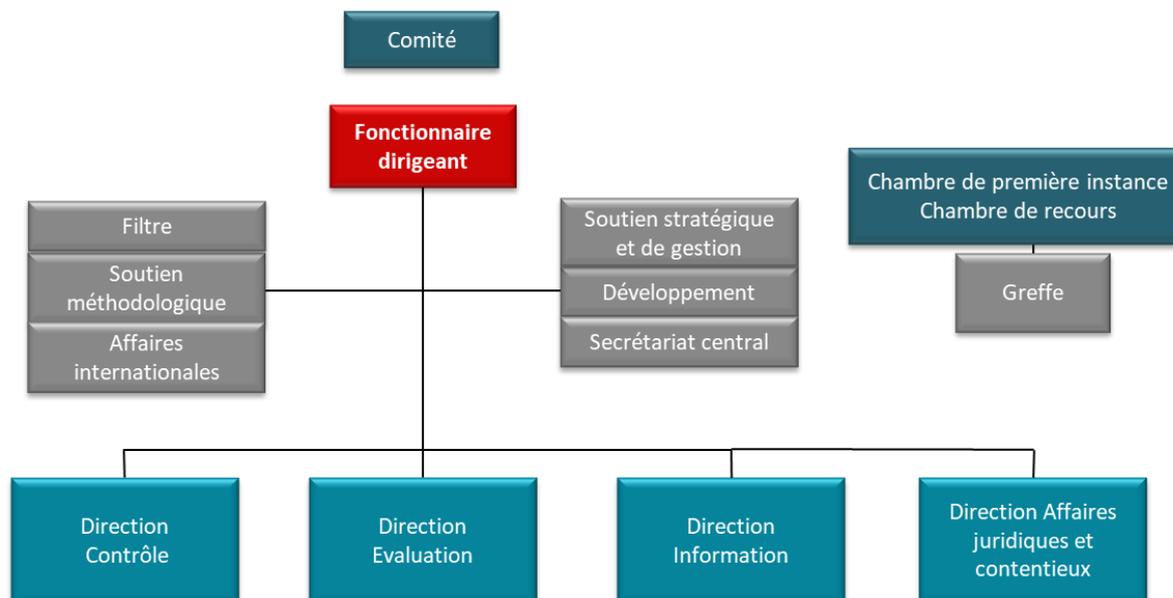


Illustration 1. Structure organisationnelle du SECM

III. MÉTHODE DE TRAVAIL

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 venant de l'extérieur. Une proposition interne provient d'un membre du personnel, au terme de sa propre analyse de risques.

Le Filtre reçoit et analyse les signalements externes et les propositions internes. Il les confronte aux compétences du SECM, aux priorités stratégiques et aux moyens disponibles. Le Filtre émet un avis à l'attention du Beslissingsorgaan/organe décisionnel (BOD). Le BOD est composé de 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 action de contrôle nationale. Les actions peuvent être menées simultanément ou successivement. Le SECM mène en l'occurrence une stratégie à multiples axes. 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 connaissances scientifiques (evidence-based medicine [EBM]).

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

- ✦ publication de brochures d'information,
- ✦ envoi de courriers de sensibilisation à un groupe de dispensateurs de soins comparables,
- ✦ conférences pour des groupes cibles bien définis,
- ✦ rédaction de communiqués de presse et réponses aux questions de la presse.

L'action de contrôle 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 diverses³ :

- ✦ négative,
- ✦ informative,
- ✦ avertissement,
- ✦ constat sans procédure administrative,
- ✦ constat avec procédure administrative,
- ✦ sans suite SECM.

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

L'illustration 2 présente schématiquement le processus de travail interne du SECM.

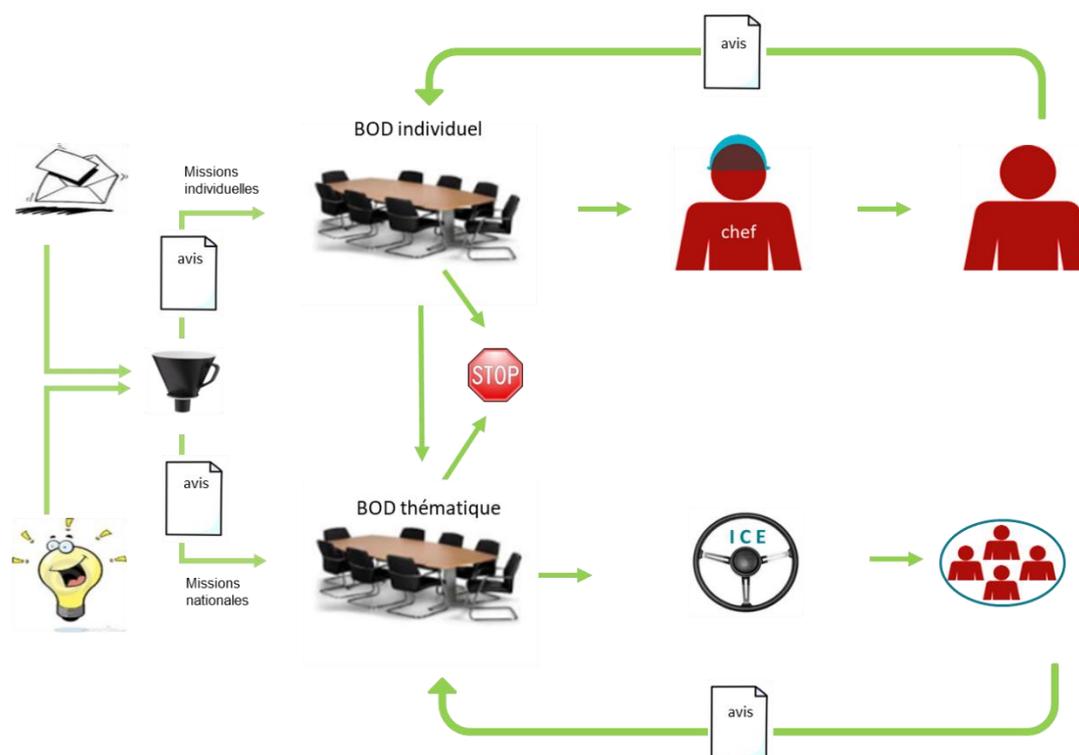


Illustration 2. Processus de travail du SECM

³ Voir « Actions de contrôles individuelles – [suite : décisions du médecin-inspecteur général](#) », p. 32-33.

IV. PERSONNEL ET FORMATION

Le SECM comptait 244 membres du personnel au 31 décembre 2022. Le tableau 1 présente une ventilation des membres du personnel suivant leur profil, leur résidence et leur rôle linguistique.

Tableau 1. Nombre de membres du personnel du SECM au 31 décembre 2022

		Services centraux		Bureaux régionaux		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant/médecin-directeur général		1				1
Médecin-inspecteur général		1	1			2
Directeurs		2	2	4	2	10
Coordinateurs		3	3			6
Inspecteurs sociaux :	médecins	2		31	22	55
	pharmaciens			4	3	7
	dentistes			1	3	4
	infirmiers			19	17	36
	attachés scientifiques	1		1		2
Auditeurs		9	7			16
Juristes		5	6			11
ICT, développement, gestion des connaissances		3	2			5
Collaboration internationale		1	1			2
Analystes de données		4	7			11
Au niveau administratif :	attachés et conseillers	4	3	2		9
	experts	2	3	6	4	15
	assistants	5	8	13	16	42
	collaborateurs	3	2	4	1	10
TOTAL		46	45	85	68	244

Le personnel d'inspection, les auditeurs et les juristes ont une mission opérationnelle. Les évolutions numériques et technologiques amènent une diminution de la demande de soutien administratif. C'est pourquoi le personnel de soutien administratif réalise aussi des tâches opérationnelles.

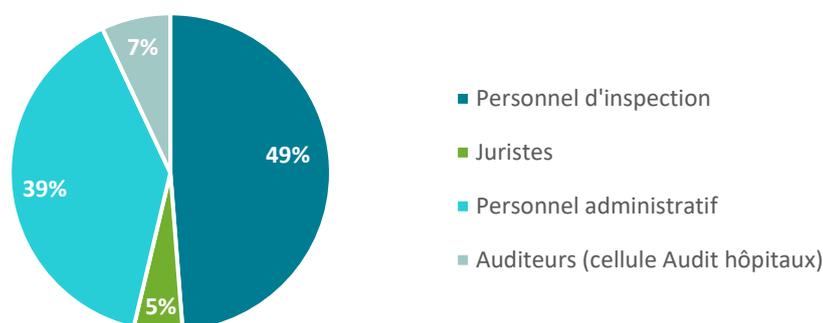


Illustration 3. Répartition des membres du personnel du SECM en 2022

Pour garantir la continuité du fonctionnement de notre service, nous avons recruté 22 nouveaux collaborateurs en 2022 en remplacement des personnes pensionnées. La majorité de ces nouveaux

collaborateurs a été embauchée comme inspecteur social. Grâce à ces engagements et malgré les départs en pension, le nombre de membres du personnel a augmenté par rapport à l'année précédente, et le cadre du personnel existant se remplit petit à petit.

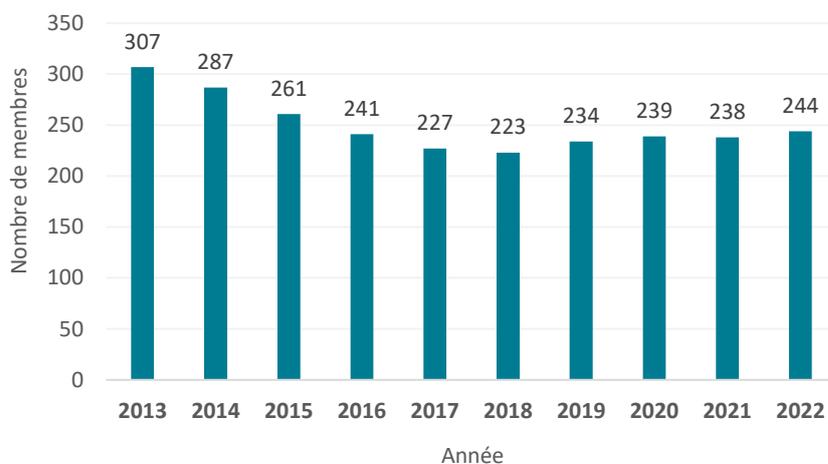


Illustration 4. Évolution du nombre de membres du personnel du SECM

Nous tenons à assurer le transfert des connaissances, aptitudes et attitudes aux nouveaux collaborateurs. Cela est d'autant plus important qu'un tiers de notre personnel d'inspection a moins de 3 ans d'expérience au sein du SECM. Nous avons donc continué à organiser une formation intensive pour tous les nouveaux collaborateurs. Les nouveaux inspecteurs sociaux bénéficient en outre d'un coaching individuel et d'un suivi personnel lors de journées de bilan.

Outre le trajet de formation pour les nouveaux arrivants, nous avons également poursuivi le programme de formation continue initié en 2020, tant en ligne qu'en présentiel. Ces formations s'adressent à l'ensemble du personnel du SECM et portent sur des sujets liés à la mission du Service, sur l'utilisation d'outils informatiques internes ou sur des missions récemment clôturées par nos inspecteurs sociaux.

Partie 2 – Origine de nos activités

En 2022, nous avons reçu 1.289 signalements provenant de l'extérieur du SECM. Les signalements sont entre autres des déclarations de fraude possible, des questions, des plaintes, des missions obligatoires, etc.

En outre, les collaborateurs du SECM ont eux-mêmes formulé 75 propositions d'action en se basant sur leurs propres analyses de risques.

L'illustration 5 indique l'évolution du nombre de signalements externes et de propositions internes entre 2018 et 2022. Le nombre de signalements et de propositions internes reste assez stable au fil des ans.

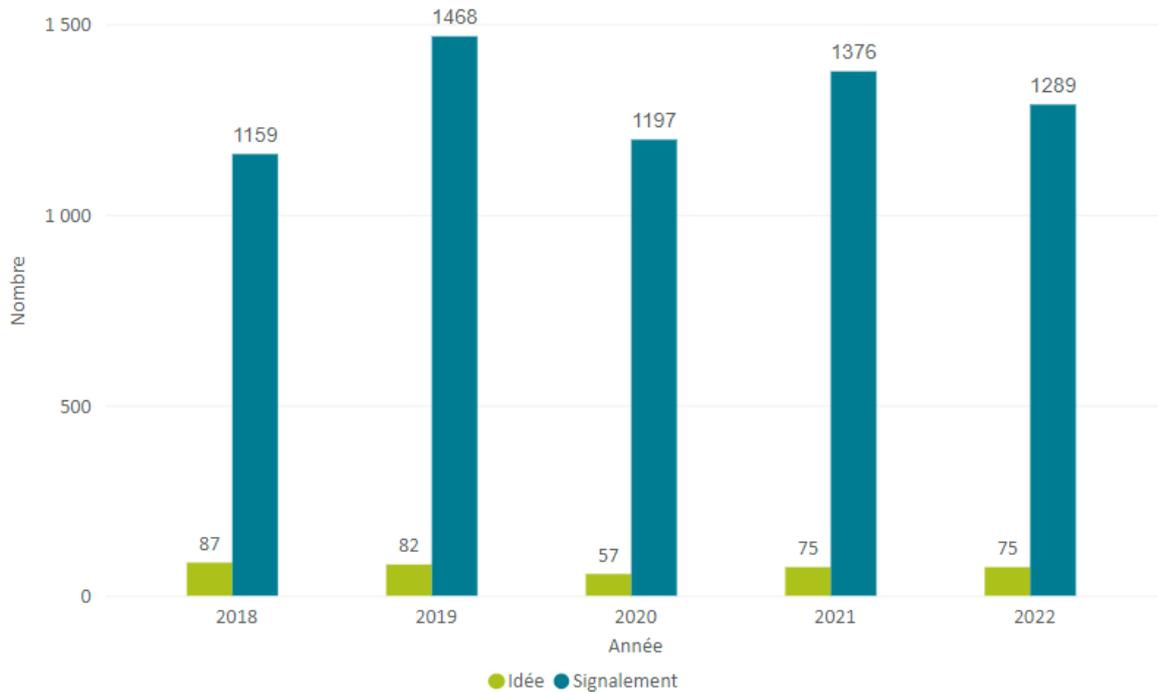


Illustration 5. Évolution du nombre de signalements externes et de propositions internes (idées)

Bien que les propositions internes soient minoritaires par rapport aux signalements, elles donnent plus souvent lieu à des actions ayant un impact important. En 2022, 83 % des propositions internes ont donné lieu à une mission, tandis que 8 % des signalements ont donné lieu à une nouvelle mission ou à l'extension d'une mission existante. De nombreux signalements sont néanmoins utiles au SECM afin de détecter des fraudeurs ou des systèmes de fraude.

I. SIGNALEMENTS EXTERNES

Les signalements que nous recevons sont d'abord analysés par le Filtre. Il s'agit d'une cellule de collaborateurs qui examinent tous les signalements en vue d'un suivi correct ou d'une orientation rapide vers la personne ou le service le plus indiqué, au sein de l'INAMI ou en dehors. Nous recevons des signalements d'assurés, de dispensateurs et d'institutions de soins, d'O.A., d'instances officielles comme la Commission médicale provinciale et l'Ordre des médecins, ainsi que des parquets, auditorats et services de police.

Les signalements externes que nous avons reçus en 2022 concernaient aussi bien des dispensateurs de soins individuels et des assurés que des institutions de soins.

Parmi les 1.289 signalements reçus, le Filtre a :

- ✦ traité administrativement la majorité des signalements (1.010). Cela signifie que les collaborateurs du Filtre eux-mêmes ont immédiatement formulé une réponse correcte ou ont transmis le signalement à l'instance compétente, après en avoir accusé réception ;
- ✦ transmis directement 32 signalements à un collaborateur du SECM, car il s'agissait de missions obligatoires : généralement une mission de contrôle, parfois une mission d'évaluation ou d'information ;
- ✦ ajouté 2 signalements à des dossiers de contrôle existants ;
- ✦ remis 258 avis au BOD pour 244 signalements afin que cet organe de décision dispose des informations nécessaires pour décider de la suite à donner au signalement. En se basant sur ces avis, le BOD a pris les décisions suivantes :
 - ✧ traitement administratif⁴ (55),
 - ✧ attribution d'une nouvelle mission⁵ (contrôle, évaluation ou information) (71),
 - ✧ ajout du signalement à une mission en cours (39),
 - ✧ classement sans suite (91).
 - ✧ 2 avis sont encore en cours de traitement.
- ✦ 1 signalement est encore en cours de traitement.

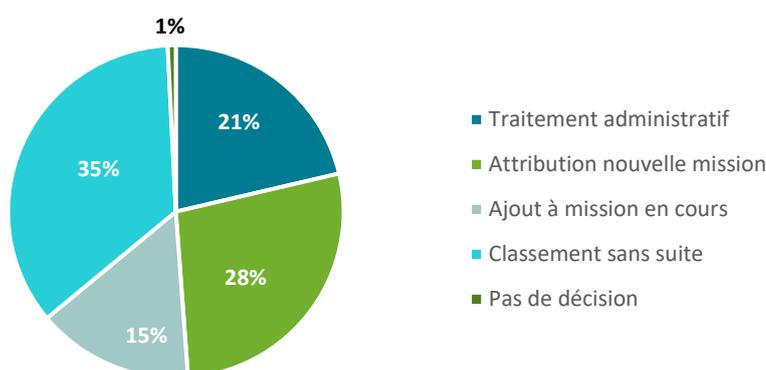


Illustration 6. Traitement des signalements externes par le BOD en 2022

II. ANALYSES INTERNES

Les propositions internes du personnel du SECM peuvent aussi déboucher sur diverses actions : actions de contrôle individuelles ou nationales, études d'évaluation, actions de sensibilisation, etc.

Nous incitons nos membres du personnel à formuler des propositions d'action.

De plus, nous avons commencé cette année à réaliser des analyses de risques systématiques et liées à des domaines spécifiques pour tous les groupes professionnels. Cela signifie que chaque partie de la nomenclature est systématiquement analysée et que nous analysons chaque groupe professionnel sans distinction en vue d'anomalies possibles. Nous définissons l'analyse de risques comme l'évaluation de la probabilité qu'un événement indésirable se produise. L'objectif de nos analyses de risques est donc d'examiner périodiquement tous les domaines de l'assurance soins de santé, afin de parvenir à une

⁴ Le BOD charge le Filtre de traiter le dossier administrativement selon les procédures prévues (réponse au plaignant, transmission à des tiers, etc.)

⁵ La création d'une nouvelle mission peut concerner plusieurs dispensateurs ou institutions de soins. Cela veut dire qu'une mission peut donner lieu à plusieurs dossiers individuels.

répartition équitable des actions entre les différents domaines des soins de santé. L'analyse de chaque domaine s'articule autour de 3 axes principaux : le contrôle primaire des O.A., l'efficacité/efficience et le contrôle de la réglementation.

1. Études d'évaluation

Nous présentons ci-dessous les résumés des études d'évaluation présentées au comité du SECM en 2022.

a) Modalités d'octroi des primes COVID pour les dentistes

Origine et objectif

Suite à l'émergence de la pandémie de COVID-19, les dentistes, profession particulièrement exposée, ont adopté une série d'équipements et de mesures de protection. Afin d'éviter que les coûts de ce matériel de protection ne soient imputés aux patients, il a été décidé d'intervenir dans ces coûts au moyen de primes COVID.

Il s'agissait de 20 EUR par rendez-vous (contact patient), avec un maximum de 200 rendez-vous par mois (soit environ 10 patients par jour), sur la base des prestations portées en compte à l'assurance soins de santé. Cela représentait donc un montant maximal de 4.000 EUR par mois. Les primes ont été octroyées en 3 périodes, du 4 mai 2020 au 30 juin 2021, soit un montant total maximal de 56.000 EUR par dentiste⁶.

À la suite de plusieurs signalements de dentistes, nous avons estimé nécessaire d'évaluer les modalités d'octroi des primes COVID aux dentistes. Sans remettre en cause le principe de l'octroi d'une prime, nous avons évalué les questions suivantes.

- ✦ Le montant de la prime n'a-t-il pas été surévalué ?
- ✦ La méthode de calcul de la prime était-elle la plus judicieuse ?
- ✦ Quid des dentistes qui ne se protégeaient pas ?
- ✦ L'octroi de la prime COVID a-t-il entraîné une modification du volume de facturation des dentistes ?

Évaluation des modalités d'octroi de la prime COVID

Le montant de la prime n'a-t-il pas été surévalué ?

Afin de répondre à cette question, nous avons consulté plusieurs sites de dépôt de matériel dentaire en février 2021 et avons établi une moyenne des coûts du matériel de protection nécessaire, à changer et/ou désinfecter régulièrement entre chaque patient.

À partir de ces coûts moyens, nous avons évalué le coût mensuel maximal que représentait le matériel de protection. Nous avons basé nos calculs sur 200 patients par mois (maximum déterminé pour la prime) et sur un dentiste travaillant 6 jours par semaine pendant 4 semaines. De cette façon, nous avons obtenu un montant quasi maximal de 3.318 EUR.

⁶ Après la clôture de notre étude, une nouvelle prime a été octroyée pour la période du 1^{er} juillet 2021 au 31 mars 2022. Elle s'élevait à 10 EUR par rendez-vous, avec un maximum de 200 rendez-vous par mois.

Tableau 2. Coût mensuel du matériel de protection pour un dentiste suivant les recommandations et recevant 10 patients par jour

Matériel	Prix approximatif (EUR)
120 masques FFP2	300
240 masques chirurgicaux	96
2 visières	50
240 charlottes	24
240 surblouses à usage unique	800
480 surchaussures	48
Total	1.318
1 purificateur d'air	1.500 à 2.000
TOTAL	2.818 à 3.318

Le montant maximal de la prime s'élevait à 4.000 EUR par mois, soit environ 2.500 EUR de plus que le coût maximal du matériel de protection que nous avons calculé. Le premier versement de 4.000 EUR pouvait se justifier pour l'achat des purificateurs d'air UVC, très coûteux. Néanmoins, il s'agissait d'un investissement unique et non obligatoire ; une aération de 15 minutes entre chaque patient aurait été suffisante selon les recommandations.

Par ailleurs, depuis le début de la pandémie de COVID-19, le groupe interfédéral de gestion des risques (Risk management group) a distribué du matériel de protection gratuit aux dentistes, tels que des masques FFP2 ou chirurgicaux, des visières, des charlottes, des surblouses et des surchaussures.

Nous pouvons donc conclure que le montant de la prime COVID octroyée aux dentistes a été surévalué. Nous sommes néanmoins conscients qu'au moment où ce montant a été déterminé, il y avait une forte pénurie de matériel de protection. Celle-ci entraînait une hausse des coûts, et le montant de la prime était alors probablement adéquat. Depuis, au moment de notre étude, cette pénurie n'était plus d'actualité, et le prix du matériel de protection avait fortement baissé.

La méthode de calcul de la prime était-elle la plus judicieuse ?

La prime COVID était calculée sur la base du nombre de contacts patients.

Nous avons constaté que ce moyen de calcul désavantageait les dentistes qui se protégeaient correctement et mettaient en place les mesures recommandées. En effet, changer de matériel de protection entre chaque patient et/ou aérer pendant 15 minutes entre chaque rendez-vous prend du temps. Ces dentistes voyaient moins de patients que ceux qui ne respectaient pas les recommandations et risquaient dès lors de toucher une prime COVID moins importante.

Quid des dentistes qui ne se protégeaient pas ?

Nous avons constaté lors d'auditions que certains dentistes n'utilisaient pas de matériel de protection adéquat (visière, charlotte, surblouse, purificateur d'air ou temps d'aération entre chaque patient), mais avaient reçu la prime octroyée à chaque dentiste pour couvrir une partie des coûts d'achat de ce matériel.

Le cadre légal des primes COVID ne permettait pas de récupérer la prime pour les dentistes qui ne se protégeaient pas et ne mettaient aucune mesure en place. Les dentistes n'avaient en effet pas été tenus de fournir des preuves démontrant que les primes avaient bien servi à acheter du matériel de protection.

L'octroi de la prime COVID a-t-il entraîné une modification du volume de facturation des dentistes ?

Afin de répondre à cette question, nous avons comparé le comportement de facturation des dentistes pendant la pandémie en 2020 par rapport à celui des années 2017, 2018 et 2019.

Les résultats de l'analyse semblaient montrer qu'il n'y avait pas d'indice flagrant d'exagération au niveau des facturations en 2020 afin d'obtenir une prime COVID plus importante. Notre analyse était cependant limitée par le fait que les données avaient été extrapolées à partir de 7 mois, dont 2 de vacances d'été, généralement moins représentatifs, ainsi que par le fait qu'elle ne permettait pas de distinguer les changements de comportement de facturation individuels (analyse macro).

Propositions

Tout d'abord, nous avons estimé que le montant de la prime avait été surestimé et aurait dû être adapté à l'évolution du coût du matériel de protection à partir de la troisième période d'octroi de la prime. Nous avons recommandé de fixer à l'avenir le montant de la prime selon le coût réel des équipements de protection.

Par ailleurs, un montant forfaitaire, indépendant du nombre de contacts patients, aurait induit moins de disparités entre les dentistes et moins d'erreurs de calcul lors du versement des primes. Cela aurait également évité que des dentistes n'ayant pas respecté les recommandations de protection aient perçu des primes plus importantes que les dentistes respectueux des règles.

Afin de n'octroyer la prime qu'aux dentistes respectant les recommandations de protection, le cadre réglementaire aurait dû prévoir un système de contrôle, par exemple la mise à disposition des preuves d'achat de matériel de protection.

Nous nous demandions si l'octroi de la prime sur la base du nombre de contacts patients n'avait pas entraîné une augmentation du volume de facturation. Sur base de nos données, nous avons constaté que cela n'avait pas été le cas et que, dans l'ensemble, le secteur n'avait pas exagéré sa facturation afin de percevoir plus de primes.

Pour toutes ces raisons, nous avons estimé que le cadre réglementaire des primes COVID octroyées aux dentistes entre le 4 mai 2020 et le 30 juin 2021 aurait pu être amélioré.

b) Nettoyage sous-gingival en relation avec le détartrage « préventif »

Origine et objectif

L'attestation d'un nettoyage sous-gingival est soumise à un certain nombre de conditions. Dans cette étude d'évaluation, nous avons étudié le rapport entre l'attestation d'un nettoyage sous-gingival et celle d'un détartrage « préventif ».

Le nettoyage sous-gingival consiste à éliminer le tartre en dessous des gencives et, si nécessaire, à lisser la surface de la racine dentaire. Pour pouvoir attester un nettoyage sous-gingival, un détartrage « préventif » doit avoir été remboursé :

- ✦ lors de la même année civile ou lors de l'année civile précédente,
- ✦ pour le même quadrant,
- ✦ seulement une fois toutes les 3 années civiles.

Dans la pratique, le détartrage « préventif » consiste le plus souvent à éliminer le tartre sur et au-dessus du bord de la gencive, bien que la nomenclature ne le limite pas à cette zone. Cette prestation est remboursable une fois par quadrant et par année civile. Le montant du remboursement dépend du fait que l'assuré ait ou non bénéficié d'un traitement remboursé l'année civile précédente (trajet de soins buccaux).

Nous avons analysé dans quelle mesure les conditions de remboursement du nettoyage sous-gingival ont poussé à attester un détartrage « préventif », alors que cette prestation n'était peut-être pas nécessaire d'un point de vue dentaire.

Méthodologie

En raison de la pandémie de COVID-19, nous avons choisi d'effectuer une analyse du nettoyage sous-gingival au niveau des assurés pour l'année de prestation 2019, soit la dernière année complète avant la pandémie.

Nous avons consulté via New Attest les données pseudonymisées⁷ d'assurés qui se sont vu rembourser un traitement sous-gingival pour au moins un quadrant en 2019. Nous avons analysé le temps qui s'est écoulé entre le détartrage « préventif » et le nettoyage sous-gingival. La bouche est divisée en 4 quadrants. Nous avons analysé la situation par quadrant et pour les 4 quadrants ensemble.

Résultats

23.839 assurés ont bénéficié d'un nettoyage sous-gingival pour au moins un quadrant au cours de l'année 2019. 87.130 prestations ont été attestées.

30 jours avant un nettoyage sous-gingival

Dans un peu plus de la moitié des cas (45.032 sur 87.130 prestations), un détartrage « préventif » a été attesté dans le mois précédant un nettoyage sous-gingival.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de prestations, ainsi que le pourcentage du nombre de prestations. Il s'agit d'un tableau cumulatif : cela signifie que les 45.032 prestations réalisées dans les 30 jours englobent également les 36.521 prestations réalisées dans les 14 jours.

Tableau 3. Nettoyages sous-gingivaux (NSG) avec détartrage « préventif » (DP) préalable, attestés en 2019, à plusieurs intervalles de temps entre les DP et les NSG

Tableau cumulatif	< 31 jours	< 15 jours	< 8 jours	< 2 jours	Même jour
Total NSG avec DP	45.032	36.521	25.692	3.205	615
% NSG avec DP	51,68 %	41,92 %	29,49 %	3,68 %	0,71 %

40,15 % avec trajet de soins buccaux
Les assurés ont eu un traitement attesté au cours de l'année précédente.

11,54 % sans trajet de soins buccaux
Les assurés n'ont eu aucun traitement attesté au cours de l'année précédente.

Relation du nettoyage sous-gingival avec l'année précédente

Nous avons vérifié si les assurés qui avaient bénéficié d'un nettoyage sous-gingival avaient également bénéficié d'un détartrage préventif pour le quadrant correspondant au cours de l'année précédente. L'analyse montre que seuls 38,19 % des assurés remplissent cette condition.

Tableau 4. Nombre de prestations de nettoyage sous-gingival (NSG) par quadrant, précédées d'un détartrage « préventif » (DP) correspondant au cours de l'année civile précédente

	1 ^{er} quadrant	2 ^e quadrant	3 ^e quadrant	4 ^e quadrant	Tous les quadrants	Total
2018 DP	8.175	8.202	8.442	8.434	26	33.279
2019 NSG	21.870	21.807	21.685	21.690	78	87.130
% NSG avec DP	37,38 %	37,61 %	38,93 %	38,88 %	33,33 %	38,19 %

⁷ Il s'agit des données de facturation complètes sur les assurés dont l'identité est remplacée par un pseudonyme.

Conclusion

Il est très difficile de démontrer le succès d'une mesure « préventive ». Que pouvons-nous considérer comme une réussite ? Le report d'un traitement déterminé est-il considéré comme suffisant pour parler de réussite ou faut-il aller jusqu'à l'évitement de ce traitement ? Sauf exceptions, il nous semble peu probable qu'une prestation soit réellement préventive si elle est déjà suivie d'un traitement parodontal à peine 30 jours plus tard. Nous faisons référence ici à plus de la moitié de tous les nettoyages sous-gingivaux, qui ont été précédés d'un détartrage « préventif » dans le mois. En outre, pour plus d'un nettoyage sous-gingival sur 10, il s'agissait également d'assurés n'ayant bénéficié chez leur dentiste d'aucun traitement dentaire attesté au cours de l'année civile précédente.

Les assurés n'ayant bénéficié d'aucun détartrage « préventif » ni d'aucun traitement au cours de l'année civile précédente peuvent tout de même obtenir le remboursement d'un nettoyage sous-gingival. La seule condition posée par la nomenclature est d'attester « rapidement » un détartrage « préventif » au préalable.

Tout porte à croire que la nomenclature elle-même incite à une forme de surconsommation. Le détartrage « préventif » est souvent attesté uniquement pour pouvoir bénéficier d'un remboursement du nettoyage sous-gingival.

Les chiffres montrent que, pour plus de 60 % des assurés, aucun détartrage « préventif » n'a été effectué au cours de l'année précédant un nettoyage sous-gingival. D'un point de vue préventif, il serait opportun de réduire ce pourcentage. Des détartrages « préventifs » plus adéquats pourraient réduire plus tard le nombre de traitements parodontaux. Les conditions actuelles sont clairement inefficaces.

Propositions

Nous avons formulé 2 propositions d'adaptation de la nomenclature. Il s'agit de 2 propositions comportant chacune plusieurs adaptations. Nous les avons soumises au Conseil technique dentaire.

Intervalle de temps plus long entre les 2 prestations (6 mois) et découplage du détartrage « préventif » obligatoire préalable au nettoyage sous-gingival

Nous pouvons nous interroger sur la pertinence du lien obligatoire entre le détartrage « préventif » et le nettoyage sous-gingival.

Un intervalle de temps obligatoire plus long entre ces 2 prestations rendrait le détartrage « préventif » plus efficace. Une utilisation plus adéquate d'un (ou de plusieurs) détartrage(s) « préventif(s) » permettrait en outre de diminuer l'urgence d'un nettoyage sous-gingival ou même de le rendre inutile.

Cette proposition ne devrait en principe pas augmenter le budget général.

Intervalle de temps plus long entre les 2 prestations (6 mois) sans découplage d'un détartrage « préventif » obligatoire préalable au nettoyage sous-gingival

Si d'aucuns préfèrent conserver le lien entre le détartrage « préventif » et le nettoyage sous-gingival, nous proposons d'allonger au moins l'intervalle de temps entre ces 2 prestations.

Dans ce cas, il y aura un glissement budgétaire d'un exercice à l'autre. Il y aura en outre un léger bénéfice d'un demi-million d'EUR par an. Ce budget libéré se fait cependant au détriment d'assurés qui, l'année précédente, n'ont eu aucun traitement chez leur dentiste. Il y a des indications que ce groupe serait en grande partie constitué de bénéficiaires de l'intervention majorée. C'est pourquoi nous accordons la préférence à la première proposition.

c) Facturation de la chirurgie transgenre

Origine et objectif

Lors d'un contrôle des facturations de chirurgie plastique, le SECM a découvert par hasard que les interventions en vue d'un changement de sexe en cas de transsexualité n'étaient pas toujours facturées correctement. C'est pourquoi nous avons décidé d'analyser plus en détail la facturation des interventions d'affirmation de genre.

Méthodologie

Nous avons analysé la facturation de plusieurs types d'interventions réalisées sur des personnes admises dans le cadre de la convention Soins transgenre. Cette convention a été conclue entre l'INAMI d'une part et le CHU de Liège et l'UZ Gent d'autre part. Elle prévoit un soutien psychosocial et médicamenteux pour les personnes en demande d'assistance médicale concernant leur identité de genre.

Résultats

Nous avons analysé les facturations d'interventions pour 69 patients du CHU de Liège et 114 patients de l'UZ Gent, qui faisaient tous partie de la convention Soins transgenre. Les interventions analysées portent sur la période du 1^{er} janvier 2017 au 30 septembre 2019. Une des difficultés rencontrées était de déterminer le sexe d'origine des patients.

Les types d'interventions facturées étaient les suivants : intervention sexuelle, chirurgie mammaire, chirurgie faciale, intervention d'orthophonie, hystérectomie et interventions supplémentaires. Ce sont des interventions pratiquées principalement par des chirurgiens plasticiens et des urologues.

Nous constatons que les interventions d'affirmation de genre ne sont pas correctement facturées. Les chirurgiens appliquent la nomenclature existante, qui ne convient pas toujours. Les codes de nomenclature sont facturés de manière non conforme, et les règles d'application ne sont pas respectées. Il en résulte des différences au niveau du mode de facturation entre les hôpitaux et entre les chirurgiens. Les interventions esthétiques sont elles aussi facturées de manière non conforme, car elles ne sont en principe pas remboursées par l'assurance soins de santé. Dans le cas de la chirurgie transgenre, il n'est cependant pas toujours évident de déterminer si une intervention est nécessaire ou esthétique.

Proposition : nouvelle convention

Le SECM préconise de conclure une convention supplémentaire pour la chirurgie d'affirmation de genre avec un nombre limité de centres d'expertise. Cela présente plusieurs avantages :

- ✦ les chances de bénéficier de soins de qualité augmentent ;
- ✦ la facturation forfaitaire peut conduire à un tarif plus équitable pour ces soins complexes ;
- ✦ le fait de disposer de plusieurs centres spécialisés proposant des soins chirurgicaux permettra de réduire les listes d'attente. À l'heure actuelle, l'UZ Gent est pratiquement le seul centre spécialisé à proposer ces soins ;
- ✦ les interventions qui seraient considérées comme nécessaires ou purement esthétiques seraient ainsi délimitées de façon plus claire ;
- ✦ un système de remboursement transparent peut offrir aux patients une certitude tarifaire et garantir l'accès aux soins ;
- ✦ cette convention supplémentaire permettrait de calculer de manière concluante les dépenses réelles de l'assurance soins de santé pour la chirurgie d'affirmation de genre.

Actions

Le SECM a communiqué au Service des soins de santé et au Collège des médecins-directeurs les résultats du rapport, ainsi que la demande de convention supplémentaire.

Suite aux questions adressées à l'INAMI concernant le plan d'action fédéral SOGIESC (Sexual Orientation, Gender Identity and Expression and Sex Characteristics), le rapport d'évaluation détaillé a également été transmis au cabinet du ministre de la Santé publique, avec lequel une concertation a eu lieu.

2. Analyses de la cellule data

Les inspecteurs sociaux travaillent en étroite collaboration avec la cellule data du SECM qui analyse les données de facturation afin d'obtenir une image plus précise du comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins. Ces analyses sont réalisées aussi bien pour des actions de contrôle que pour des missions d'évaluation.

a) Soutien pour les actions de contrôle

En ce qui concerne les analyses destinées aux actions de contrôle individuelles, la cellule data a surtout un rôle de soutien. Les inspecteurs font appel à la cellule pour son expertise technique et statistique, principalement afin de détecter les prestations indûment attestées et pouvoir les porter à grief. D'une part, il s'agit principalement d'un soutien technique pour l'analyse de bureau primaire des données, pour laquelle de grandes avancées ont été enregistrées en 2022 avec l'utilisation de templates *MS PowerBI* pour les médecins généralistes, les dentistes et les infirmiers. Ces templates et les indicateurs qu'ils contiennent simplifieront, optimiseront et rendront plus efficace le travail des inspecteurs. D'autre part, l'échantillonnage et l'extrapolation qui s'ensuit sont également fréquemment utilisés lors de la réalisation d'une action de contrôle. En 2022, cette méthodologie a été appliquée jusqu'à 20 fois dans le cadre d'une action de contrôle.

La cellule data joue également un rôle important dans quelques grandes actions de contrôle nationales, comme celle relative aux valeurs P pour les dentistes et aux valeurs M pour les kinésithérapeutes. Dans ce cas, la cellule data se charge de calculer les différents coefficients mensuels, trimestriels ou annuels. Elle fournit ensuite aux inspecteurs sociaux des informations détaillées sur les dispensateurs de soins qui ont dépassé ces valeurs. Depuis cette année, certains ajustements de la procédure à suivre nous ont permis de réagir plus rapidement et d'être plus flexibles dans ces actions de contrôle.

b) Soutien pour les missions d'évaluation

En 2022, la cellule data a également été étroitement impliquée dans le soutien de plusieurs missions de monitoring ou d'évaluation concernant :

- ✦ les dispensateurs de soins dans les maisons médicales,
- ✦ le fractionnement de l'imagerie CT/IRM en plusieurs séances,
- ✦ l'indication d'une répétition de biométrie oculaire et d'un comptage cellulaire endothélial (CCE),
- ✦ l'uflowmètrie : étude EBM/appropriate care,
- ✦ la nomenclature des soins infirmiers à domicile pour la thérapie sous perfusion et les soins de cathéter,
- ✦ l'EBM pour le dépistage annuel systématique de la TSH (thyréostimuline) chez les patients asymptomatiques,
- ✦ le monitoring de la toxicologie,
- ✦ la facturation de l'article 8 par les hôpitaux,
- ✦ les cumuls en anesthésie,
- ✦ la consommation de dipidolor et de péthidine.

c) Analyses de risques

Nous avons également entamé en 2022 des analyses de risques pour certains domaines spécifiques⁸. En étroite collaboration avec les bureaux provinciaux, nous avons procédé à 6 projets d'analyse de risques concernant :

- ✦ les orthopédistes, bandagistes, audiciens et opticiens,
- ✦ les implants et le matériel humain,
- ✦ les hôpitaux : forfaits hôpital de jour, dialyse, honoraires de surveillance,
- ✦ la chirurgie 1 : otorhinolaryngologie, ophtalmologie, stomatologie, neurochirurgie, chirurgie plastique et dermatologie,
- ✦ la pharmacie 1 : officines publiques,
- ✦ les médecins généralistes et les maisons médicales.

d) Amélioration de la qualité des données et formations

Par ailleurs, la cellule data a joué un rôle actif dans l'amélioration de la qualité des données mises à disposition par le biais de divers flux de données ou via les demandes de New Attest, ainsi que dans le contrôle des O.A.⁹

La cellule data partage également ses connaissances avec les inspecteurs sociaux en les formant aux nombreuses sources de données dont dispose le SECM, à la méthodologie d'échantillonnage et d'extrapolation, ainsi qu'aux possibilités d'analyse récemment développées.

⁸ Voir introduction d'« [Analyses internes](#) », p. 15-16.

⁹ Voir « [Responsabilisation financière des organismes assureurs](#) », p. 62-64.

Partie 3 – Actions

I. SENSIBILISATION ET INFORMATION

Nous informons les dispensateurs et institutions de soins sur les réglementations pertinentes par différents canaux : par courrier ou e-mail, par des conférences et des brochures d'information. Nous les informons aussi des résultats de nos études d'évaluation et de nos actions de contrôle nationales. Notre objectif est d'informer les dispensateurs de soins afin de prévenir les infractions par ignorance et de les sensibiliser à l'importance de l'utilisation optimale du budget de l'assurance soins de santé pour la durabilité de l'accès aux soins. Nous voulons ainsi obtenir un impact positif supplémentaire sur le comportement des dispensateurs et institutions de soins en matière d'attestation et de prescription. Nous renseignons également la presse sur les résultats de nos actions et répondons à leurs questions.

1. Actions de sensibilisation par courrier

En 2022, nous avons mené 5 actions de sensibilisation par courrier auprès de différents groupes professionnels de dispensateurs de soins.

a) Prescription de biologie clinique

En 2019, 10.185 médecins généralistes ont établi 8,2 millions de prescriptions de biologie clinique pour un montant de 333,4 millions d'EUR¹⁰. La médiane du montant de biologie clinique prescrite par médecin (montant absolu) s'élève à 29.325 EUR. La médiane du montant de biologie clinique prescrite par médecin par patient (montant relatif) est quant à elle de 24,15 EUR – c'est-à-dire que le médecin médian a prescrit pour 24,15 EUR de biologie clinique par patient.

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation aux outliers tant pour le montant absolu que pour le montant relatif. Ces médecins généralistes avaient prescrit en 2019 pour plus de 77.344 EUR de biologie clinique et pour plus de 53,66 EUR par patient.

Le courrier a été envoyé à 64 médecins généralistes. Il mentionnait de façon personnalisée les montants absolus et relatifs de biologie clinique prescrite par chacun de ces médecins, ainsi que les répartitions pour l'ensemble du groupe. Nous leur avons rappelé que les dispensateurs de soins ne peuvent pas prescrire de prestations superflues ou inutilement onéreuses (art. 73 et 73bis de la loi SSI) et leur avons demandé d'adapter leur comportement prescripteur vers plus d'efficacité.

Nous avons reçu 14 réactions :

- ✦ certains médecins ont demandé des données plus détaillées (liste des tests prescrits) ;
- ✦ quelques médecins ont fait valoir qu'ils avaient une patientèle âgée ;
- ✦ un certain nombre de médecins proposant des thérapies alternatives ont confirmé leur utilisation étendue de la biologie clinique ;
- ✦ pour un médecin, le montant relatif calculé n'était pas représentatif. Ce médecin avait en effet traité des patients admis dans un établissement d'aide aux personnes handicapées. Pour ces patients, aucun contact n'est attesté à l'assurance soins de santé (mais la biologie clinique l'est effectivement). Cependant, en raison de la méthode utilisée, ce médecin était un outlier pour le montant absolu.

¹⁰ Analyse basée sur les données de facturation de l'année de prestation 2019, comptabilisées par les O.A. jusqu'au 30 juin 2020, en excluant les médecins ayant un petit cabinet (seuil minimum de 1.000 contacts patients).

b) Attestation de thérapie par laser d'une cataracte secondaire

Pour cette action de sensibilisation, nous avons sélectionné les 366 ophtalmologues ayant attesté au moins 100 opérations de la cataracte en 2018 et analysé leur attestation d'une thérapie par laser d'une cataracte secondaire dans les 12 mois suivant une opération de la cataracte pour un même patient. En moyenne, 4,2 % des opérations de la cataracte étaient suivies d'une thérapie par laser (médiane).

Les 14 extrême outliers de cette sélection ont reçu un courrier de sensibilisation les informant du nombre et du pourcentage de traitements par laser qu'ils avaient attestés dans les 12 mois suivant une opération de la cataracte, ainsi que de la médiane d'attestation des ophtalmologues sélectionnés.

Nous leur avons demandé d'adapter leur comportement d'attestation, en insistant sur l'interdiction d'effectuer des prestations superflues ou inutilement chères. Nous avons également attiré leur attention sur les guidelines : le traitement par laser est certes efficace, rapide et simple, mais n'est pas sans risques. Nous recommandons de mentionner dans le dossier du patient le degré de fibrose justifiant une nouvelle opération.

c) Équipes structurelles en soins infirmiers à domicile travaillant avec des aides-soignants

Nous avons observé sur le terrain que la notion d'équipe structurelle n'était pas toujours bien appliquée dans les groupements infirmiers travaillant avec des aides-soignants. En effet, la collaboration dans la pratique clinique est essentielle : les infirmiers et aides-soignants doivent dispenser des soins aux mêmes patients ou lors de tournées conjointes. Il ne s'agit pas seulement d'un arrangement administratif.

Nous avons donc rappelé aux 239 groupements infirmiers travaillant avec des aides-soignants les conditions à respecter en tant qu'équipe structurelle.

- ✦ Elle se compose de minimum 4 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et exercent l'art infirmier à titre principal.
- ✦ Ces infirmiers collaborent effectivement à un aspect des soins aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination.
- ✦ L'équipe a conclu des accords internes concernant les modalités pratiques de délégation d'activités infirmières aux aides-soignants et la collaboration entre les membres de l'équipe. Ces accords internes doivent être conclus par les équipes qui travaillent ensemble dans la pratique clinique pour les mêmes patients, et donc pas par le groupement de coordination.
- ✦ L'équipe a transmis à l'INAMI une déclaration sur l'honneur, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe.
- ✦ Les aides-soignants peuvent effectuer maximum 25 % des prestations de base attestées par une équipe structurelle au cours d'un mois, tant en dehors que dans le cadre d'honoraires forfaitaires.
- ✦ L'équipe structurelle utilise le même numéro de tiers payant. Toutefois, l'attestation sous un numéro de tiers payant unique de groupement ne suffit pas pour pouvoir parler d'une équipe structurelle.

Nous avons demandé aux groupements infirmiers de se mettre en ordre dans les 6 mois suivant notre courrier de sensibilisation, s'il s'avérait qu'ils ne respectaient pas ces conditions.

La Commission de convention des infirmiers a été informée du courrier de sensibilisation. Nous avons également communiqué à propos de cette action sur le site web de l'INAMI, en rappelant les conditions à respecter en tant qu'équipe structurelle.

Nous avons reçu peu de réponses. Le secteur a davantage réagi au sein de la Commission de convention des infirmiers. Celle-ci a décidé de mettre en place un groupe de travail afin de clarifier la réglementation concernant l'intégration des aides-soignants. Le SECM suivra attentivement ces travaux, afin de s'assurer que la définition d'« équipe structurelle » réponde aux points suivants :

- ✦ les équipes structurelles doivent être identifiables au niveau de la pratique ;

- ✦ il doit être clairement défini quels infirmiers et quels aides-soignants travaillent effectivement ensemble et comment cette collaboration se déroule concrètement ;
- ✦ les responsabilités des aides-soignants, des infirmiers et, le cas échéant, du groupement doivent être clairement définies et encadrées.

d) Attestation d'implants et de dispositifs médicaux invasifs

Lors d'actions de contrôle nationales, nous avons constaté que certaines pharmacies hospitalières commettaient régulièrement les mêmes infractions :

- ✦ le non-respect des règles concernant les forfaits ;
- ✦ le non-respect des conditions de remboursement ;
- ✦ le non-respect du libellé de la prestation ;
- ✦ l'attestation de plusieurs prestations de matériel par jour, alors qu'il n'est possible d'attester qu'une seule prestation le même jour, pour des raisons anatomiques ;
- ✦ l'attestation d'un implant/dispositif médical invasif qui, en réalité, n'est pas installé.

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation personnalisé aux 10 pharmacies hospitalières commettant le plus d'infractions en attirant leur attention sur leurs types d'infractions les plus fréquentes. Nous leur avons demandé de veiller à éviter ce type d'erreur à l'avenir, afin d'éviter une amende lors d'un éventuel contrôle. Pour ce faire, nous leur avons conseillé de :

- ✦ suivre rigoureusement la fourniture du matériel ;
- ✦ contrôler le processus de facturation concernant les erreurs administratives ;
- ✦ implémenter des procédures de contrôle internes (complémentaires) en :
 - ✧ mettant à la disposition des fournisseurs d'implants les rapports (opératoires) des médecins spécialistes, si nécessaire ;
 - ✧ vérifiant éventuellement avec le médecin spécialiste quel numéro de prestation de la Liste ils peuvent utiliser pour un matériel spécifique ;
 - ✧ contrôlant toujours le respect des règles de non-cumul (ce qui peut souvent se faire à l'aide d'un logiciel) ;
 - ✧ évitant que le nombre maximal d'attestations par jour soit dépassé (ce qui peut aussi se faire à l'aide d'un logiciel).

e) Attestation de cryothérapie

En 2021, 11 médecins (outliers) ont attesté ensemble 40 % du montant de 530.000 EUR porté en compte à l'assurance soins de santé pour la prestation de cryothérapie remboursée sous le code de nomenclature 353216.

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation à ces 5 médecins généralistes et 6 dermatologues en les informant du nombre de fois où ils ont attesté ce code, en comparaison avec la médiane nationale. Nous leur avons rappelé que le code 353216 n'est d'application qu'en cas de traitement complet de lésions cutanées ou de muqueuses, consistant en au moins 8 séances de cryothérapie, quel que soit le nombre de lésions traitées. Ce code ne peut par conséquent pas être utilisé pour le traitement de 8 lésions au cours d'une séance. Dans ce cas, pour l'attestation d'une séance unique, c'est le code 353194 qui doit être utilisé, quel que soit le nombre de lésions traitées. Nous avons demandé aux médecins de veiller désormais à attester avec le code de nomenclature adéquat.

2. Conférences

Nous donnons également des conférences sur l'assurance soins de santé, notre fonctionnement général et sur des sujets d'actualité spécifiques. Nos groupes cibles sont principalement des institutions d'enseignement et des organismes professionnels agréés, les GLEM, etc.

a) Le dispensateur de soins et le SECM de l'INAMI

L'objectif de cette conférence est de présenter le SECM, sa mission et sa stratégie (ICE), ainsi que de sensibiliser les dispensateurs de soins au respect de la loi SSI, en particulier la nomenclature et la réglementation spécifique à chaque groupe professionnel. Nous expliquons également le déroulement d'une action de contrôle, les sanctions et les procédures en cas d'infraction à la loi SSI. Enfin, nous dispensons des conseils pratiques en cas d'action de contrôle. Nous adaptons cette formation en fonction du groupe professionnel auquel nous nous adressons.

Nous avons présenté la conférence « Le dentiste et le SECM de l'INAMI » en français à la demande de la Chambre syndicale dentaire et en néerlandais à la demande de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen.

Nous avons également présenté à plusieurs reprises la formation relative aux infirmiers en néerlandais, à la demande de ZorgConnect, de Vlaamse Beroepsorganisatie voor Zelfstandige Verpleegkundigen, ainsi que de Care-Support et I-Mens.

b) Utilisation correcte de la nomenclature dans les traitements des paupières

Dans le cadre du colloque d'automne de la Royal Belgian society for plastic surgery, consacré à la chirurgie oculoplastique, nous avons présenté une conférence en anglais sur l'utilisation correcte de la nomenclature dans les traitements des paupières. Nous y avons présenté les codes de nomenclature d'application pour l'attestation de ces traitements, ainsi que les règles interprétatives qui s'y rapportent. Le public présent était principalement composé de chirurgiens plastiques, ainsi que d'ophtalmologues et de dermatologues.

II. DEMANDES D'ADAPTATION DE LA NOMENCLATURE

Le SECM siège avec voix consultative dans plusieurs conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail. Nous avons pour mission d'y proposer des adaptations de la nomenclature et d'autres textes réglementaires. Nous faisons usage de notre 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.

1. Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé

Dans le cadre de la réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé, le médecin coordinateur de l'INAMI (Service des soins de santé) a demandé que les travaux d'analyse réalisés par l'équipe mixte INAMI-GEDIS¹¹ en vue de la standardisation des libellés des actes techniques médico-chirurgicaux puissent bénéficier d'avis complémentaires provenant du SECM. En effet, nos inspecteurs possèdent une certaine expérience en matière de règles d'application de la nomenclature.

Le SECM

- ✦ valide les suppressions et les ajouts techniques ;
- ✦ précise les notes qui accompagnent les libellés ;
- ✦ suggère des suppressions d'actes ;
- ✦ traduit les libellés si nécessaire et/ou corrige les traductions erronées ;
- ✦ identifie les prestations mal classées dans la classification commune ;
- ✦ veille à la précision et à la clarté des libellés afin de prévenir les interprétations individuelles et la non-conformité.

¹¹ GEDIS ASBL – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé.

Les plus ou moins 2.800 actes de la nomenclature actuelle ont fait l'objet d'une standardisation selon 3 axes (topographie, action, moyen) et ont été soumis pour avis à des experts de chaque spécialité. Il en résulte un nouveau classement commun des actes comprenant désormais environ 4.000 actes conformes aux standards internationaux et basé sur une logique médicale.

La phase de « finition » du classement est en cours, spécialité par spécialité. Les spécialités finalisées en 2022 sont :

- ✦ la neurochirurgie (article 14b),
- ✦ la chirurgie plastique (article 14c),
- ✦ la gynécologie-obstétrique (article 14g),
- ✦ les prestations d'ORL (article 14i),
- ✦ l'urologie (article 14j),
- ✦ l'orthopédie (article 14k),
- ✦ la stomatologie (article 14l),
- ✦ la chirurgie de la colonne (DA) (article 14n),
- ✦ la dermatologie (article 21),
- ✦ et la gastro-entérologie (article 20c).

Certains codes de nomenclature de ces spécialités pourraient être supprimés. Nous avons établi la liste de ces codes par article, en mentionnant :

- ✦ la motivation de leur suppression,
- ✦ le nombre de prestations attestées en 2019, 2020 et 2021,
- ✦ les dépenses correspondantes,
- ✦ ainsi que la somme totale pouvant être dégagée pour l'utiliser de façon plus efficiente.

2. Fonction d'avis dans les groupes de travail du Conseil technique médical

a) Groupe de travail Interprétation de la nomenclature

Le groupe de travail Interprétation de la nomenclature du Conseil technique médical (CTM) a été réactivé en 2022, avec des membres du Service des soins de santé, du SECM, des syndicats médicaux et des O.A. L'objectif est de répondre aux questions adressées à l'INAMI sur l'application de la nomenclature de façon concertée. Les réponses seront ensuite publiées sur le site web de l'INAMI.

Les premières questions discutées en 2022 ont porté entre autres sur la nomenclature SPINE, la surveillance par télémétrie en cardiologie, l'attestation de cumul de prestations SMUR, l'attestation d'une consultation d'urgence après un contact téléphonique chez un généraliste.

b) Groupe de travail Médecine interne : modification de l'article 23 relatif à la physiothérapie

Lors de différentes actions de contrôle, nous avons souvent constaté que le registre repris à l'article 23, § 7, de la nomenclature était absent ou que les données de facturation faisaient office de registre.

Nous avons proposé d'adapter l'article 23 de la nomenclature afin de mieux définir le registre : définition de la notion de traitement, contenu obligatoire, périodicité, coresponsabilité du médecin-chef.

Cette proposition a été acceptée par le groupe de travail Médecine interne du CTM. Une précision relative au rapport hebdomadaire sera également ajoutée.

La proposition sera soumise à la séance plénière du CTM en 2023.

c) Groupe de travail Chirurgie : introduction d'une règle interprétative relative à la procédure Rezum

Nous avons proposé une règle interprétative dans le cadre de l'attestation de la procédure Rezum dans le traitement de la prostate, en précisant qu'il n'existe pas de code de nomenclature pour attester cette prestation. Si les urologues souhaitent pouvoir porter en compte cette prestation à l'assurance soins de santé, ils peuvent introduire un dossier de demande d'ajout d'un code de nomenclature.

Le projet de règle interprétative a été approuvé en séance plénière du CTM et sera soumis à la Commission nationale médico-mutualiste en 2023.

d) Groupe de travail général : modification de l'article 25 relatif à la surveillance des bénéficiaires hospitalisés

Une de nos études de terrain a montré que plusieurs dispensateurs de soins rédigent un rapport à inclure dans le dossier médical du patient, mais ne le transmettent pas au médecin généraliste référent. Cela s'explique en partie par le fait que la règle interprétative de l'article 25, § 3bis, 5°, de la nomenclature n'est pas suffisamment claire et explicite.

Nous avons proposé d'adapter le 2^e alinéa de cette règle interprétative de manière à lever toute ambiguïté : « *Le rapport fait partie du dossier médical du patient. Selon le libellé de la prestation, le rapport est transmis au médecin généraliste traitant et/ou au médecin généraliste d'envoi* ».

Cette proposition a été approuvée par le CTM et la Commission nationale médico-mutualiste. Elle sera soumise à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance en 2023.

III. CONTRÔLE ET RÉCUPÉRATIONS

Les résultats de nos actions de contrôle clôturées en 2022 sont basés sur les données disponibles au 31 janvier 2023.

1. Actions de contrôle nationales

Lors de nos actions de contrôle nationales, nous évaluons simultanément dans toute la Belgique comment un groupe déterminé de dispensateurs ou d'institutions de soins procède en matière d'attestation et/ou de prescription, à l'aide d'une méthodologie uniforme pour l'ensemble du groupe. Une action de contrôle nationale peut mener à des actions de contrôle individuelles portant sur un dispensateur ou une institution de soins, mais aussi à d'autres actions telles que des analyses complémentaires, des actions de sensibilisation ou des propositions de modification de la nomenclature.

Vous trouverez ci-dessous le résumé des actions de contrôle nationales présentées au Comité du SECM en 2022. Toutes deux ont porté sur l'attestation des pseudo-codes créés dans le cadre de la pandémie de COVID-19 afin d'assurer la continuité des soins. Ces pseudo-codes permettaient d'attester les prestations à distance sans contact physique, via le régime du tiers payant.

a) Contrôle primaire de l'attestation du pseudo-code COVID 101135

Origine et objectif

Les médecins pouvaient attester le pseudo-code 101135 pour un avis téléphonique en vue de la continuité des soins, entre le 14 mars 2020 et le 1^{er} août 2022. Cette prestation pouvait être attestée maximum 5 fois par patient par médecin sur une période de 30 jours.

Lors d'actions de contrôle, nous avons constaté que certains médecins avaient dépassé le nombre maximum d'attestations de ce pseudo-code, ce qui fait apparaître un contrôle primaire inefficace des O.A. Le contrôle primaire est une des tâches réglementaires des O.A., qui consiste à vérifier si les conditions légales d'attestation des prestations portées en compte à l'assurance soins de santé sont respectées.

Cette action avait pour objectif d'identifier les cas dans lesquels les O.A. n'avaient pas réalisé le contrôle primaire du pseudo-code 101135 et de faire régulariser les prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé.

Méthodologie

Nous avons envoyé aux O.A. une circulaire le 10 novembre 2021 en leur demandant de :

- ✦ renforcer le contrôle primaire du pseudo-code 101135 ;
- ✦ identifier les médecins ayant dépassé le maximum autorisé d'attestations pour cette prestation ;
- ✦ procéder à une régularisation avec les médecins concernés, excepté ceux faisant l'objet d'une action de contrôle en cours ;
- ✦ nous fournir la liste de ces médecins et des prestations régularisées, dans les 3 mois suivant l'envoi de la directive.

Résultats

Tous les O.A. nous ont répondu et fourni dans les 3 mois la liste des prestations indûment portées en compte et régularisées, leur montant, ainsi que la liste des médecins concernés.

Le pseudo-code 101135 a été attesté :

- ✦ pour 9.074.127 prestations pour un montant de 181.479.314,88 EUR en 2020 ;
- ✦ pour 9.926.995 prestations pour un montant de 198.538.014,02 EUR en 2021.

Les O.A. ont régularisé 15.257 prestations indûment portées en compte pour un montant de 305.140 EUR :

- ✦ 6.228 prestations en 2020 pour un montant de 124.560 EUR ;
- ✦ 9.029 prestations en 2021 pour un montant de 180.580 EUR.

Propositions

Nous encourageons les O.A. à renforcer leur contrôle primaire et, si nécessaire, à moderniser leur outil informatique pour ce faire. Nous leur avons également demandé de poursuivre les régularisations avec les médecins concernés concernant les prestations indûment portées en compte avec le pseudo-code 101135 en 2022.

b) Attestation des pseudo-codes COVID 101990 et 101135 par les médecins généralistes

Origine et objectif

Les médecins pouvaient attester les pseudo-codes 101990 et 101135 pour un avis téléphonique en vue, respectivement, du triage COVID-19 et de la continuité des soins, entre le 14 mars 2020 et le 1^{er} août 2022. Dès le début de la pandémie de COVID-19, il nous a paru important de suivre l'attestation de ces nouveaux pseudo-codes.

19.000 médecins ont attesté 3.700.000 avis téléphoniques avec ces 2 pseudo-codes entre le 14 mars 2020 et le 31 mai 2020. 90 % des pseudo-codes ont été attestés par des médecins généralistes. C'est pourquoi nous avons concentré notre action sur ce groupe professionnel.

L'objectif de notre action de contrôle était de suivre les profils d'attestation de ces pseudo-codes par les médecins généralistes.

Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation pour la période de mars 2020 à mars 2022.

En fonction des résultats de nos analyses, nous avons entrepris différentes actions :

- ✦ suivi du profil d'attestation de médecins outliers ;
- ✦ courrier de sensibilisation des outliers par le Collège intermutualiste national avec demande d'explications sur le comportement d'attestation et de régularisation des montants attestés à tort auprès des O.A. ;
- ✦ envoi de questionnaires à une sélection d'outliers portant sur le comportement d'attestation des pseudo-codes COVID et, en fonction des réponses, demande des dossiers médicaux de certains patients ;
- ✦ actions de contrôle pour une sélection de médecins en fonction de l'évolution de leur comportement d'attestation, des réponses au questionnaire et de la disponibilité des inspecteurs sociaux provinciaux.

Dans le cadre de ces actions de contrôle, nous avons entendu les médecins concernés lors d'auditions, durant lesquelles 50 à 100 prestations de pseudo-codes COVID ont été examinées. Nous avons généralisé les résultats en fonction du pourcentage de prestations non effectuées ou non conformes détectées dans les dossiers des patients. Nous avons demandé le remboursement du montant total des prestations non effectuées. En ce qui concerne les prestations non conformes, nous avons calculé la différence entre le montant de la prestation qui aurait dû être attestée et celui du pseudo-code attesté. Sur la base de ces calculs, nous avons envoyé un procès-verbal de constat (PVC) aux médecins concernés, ainsi qu'une invitation au remboursement volontaire.

Résultats

En 2020, nous avons suivi les attestations d'un groupe de 9 médecins généralistes. Le Collège intermutualiste national a envoyé un courrier de sensibilisation à 5 autres médecins généralistes, en les invitant à régulariser les prestations attestées à tort avec les pseudo-codes COVID auprès des O.A. Un médecin a procédé à des régularisations, et 3 médecins ont répondu en donnant des explications sur leur profil d'attestation.

Nous avons envoyé des questionnaires à 24 médecins généralistes en 2021, en leur demandant des explications sur leur comportement d'attestation des pseudo-codes COVID. En fonction des réponses, nous avons soit demandé les dossiers de certains patients, soit réalisé des auditions pour analyser les dossiers médicaux.

Nous avons porté à grief un montant total de 919.640,45 EUR pour 13 médecins. 12 médecins ont remboursé volontairement 774.119 EUR. Nous avons introduit une procédure auprès de la Chambre de première instance pour 2 médecins.

Propositions

Lors de cette action de contrôle, nous avons constaté que les médecins ont été insuffisamment informés sur les règles d'application des pseudo-codes COVID. L'usage des prestations à distance étant amené à se poursuivre, nous recommandons de baliser l'attestation de ces prestations avec un texte de nomenclature clair, précis et sans ambiguïté.

Par ailleurs, durant la pandémie de COVID-19, des plateformes électroniques commerciales ont été créées afin de répondre à des appels téléphoniques de patients. Ces centres d'appel facturant les prestations à distance à l'assurance soins de santé, nous recommandons aux autorités la plus grande vigilance pour la réglementation des nouvelles prestations à distance par ces nouvelles structures.

2. Actions de contrôle individuelles

Les actions de contrôle individuelles peuvent découler d'un signalement externe, d'une proposition interne ou d'une action de contrôle nationale.

a) Origine

559 actions de contrôle clôturées en 2022, pour un montant porté à grief de 7.386.354,25 EUR, ont pour origine 50 propositions internes.

150 actions de contrôle clôturées en 2022, pour un montant porté à grief de 4.286.884,18 EUR, ont pour origine 103 signalements.

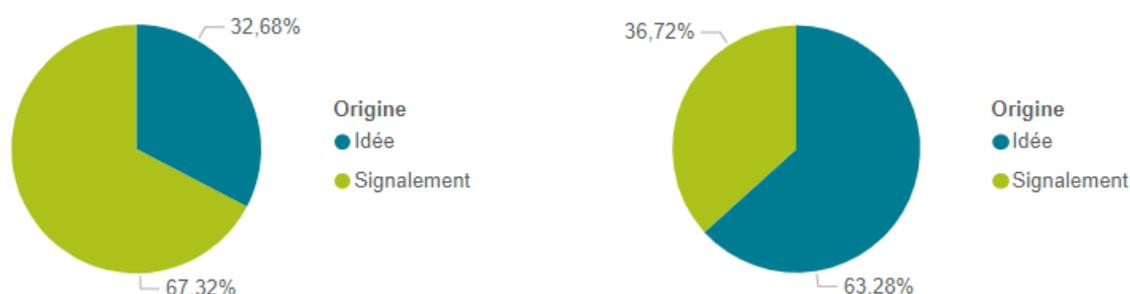


Illustration 7. Répartition des propositions internes (idées) et signalements ayant mené à une action de contrôle clôturée en 2022, par nombre (à gauche) et par montant porté à grief (à droite)

b) Suite : décisions du médecin-inspecteur général

Le médecin-inspecteur général de la direction Contrôle décide quelle suite sera donnée à une action de contrôle individuelle. Le tableau 5 présente les décisions prises par le médecin-inspecteur général dans les actions de contrôle individuelles clôturées en 2022.

Tableau 5. Actions de contrôle clôturées en 2022, par décision du médecin-inspecteur général

Décision	Nombre d'actions	%	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
Négatif	94	13	0,00	0,00
Informatif	229	32	0,00	0,00
Avertissement	49	7	0,00	0,00
Constat sans procédure administrative	188	27	3.919.409,37	3.919.416,20
Constat avec procédure administrative	82	12	6.206.947,91	1.880.142,39
Sans suite SECM	67	9	1.546.881,15	544.729,60
TOTAL	709	100	11.673.238,43	6.344.288,19

Explication du tableau 5

- ✦ *Négatif* : actions de contrôle que nous clôturons sans avoir constaté d'infraction.
- ✦ *Informatif* : actions de contrôle dans lesquelles
 - ✧ nous relevons une irrégularité limitée, qui ne justifie ni PVC, ni avertissement, ni demande de régularisation,
 - ✧ et nous informons la personne concernée de la réglementation applicable.

- ✦ *Avertissement* : actions de contrôle dans lesquelles nous avons relevé une infraction, mais pour laquelle nous n'avons pas dressé de PVC. Nous informons le dispensateur ou l'institution de soins de l'infraction constatée et l'incitons à respecter dorénavant la réglementation. Nous lui demandons aussi parfois de régulariser la situation en remboursant directement aux O.A. le montant indûment attesté.
- ✦ *Constat sans procédure administrative* : actions de contrôle pour lesquelles nous n'introduisons pas de procédure devant le Fonctionnaire dirigeant ou les juridictions administratives parce que le dispensateur ou l'institution de soins a commis une infraction peu importante et a volontairement remboursé la totalité du montant porté à grief. Dans ce cas, nous envoyons un message au dispensateur ou à l'institution de soins en lui confirmant la réception du remboursement volontaire après le PVC et en l'informant que ses attestations pourraient faire l'objet d'un suivi à l'avenir.
- ✦ *Constat avec procédure administrative* : actions de contrôle dans lesquelles le dispensateur ou l'institution de soins n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief et actions de contrôle dans lesquelles des infractions importantes et/ou volontaires ont été constatées¹². Nous pouvons introduire une procédure
 - ✦ devant le Fonctionnaire dirigeant ou
 - ✦ devant la Chambre de première instance.
- ✦ *Sans suite SECM* : actions de contrôle qui ne donnent pas lieu à des poursuites au sein du SECM. La suite est donnée par une autre instance, par exemple par :
 - ✦ le Service du contrôle administratif,
 - ✦ l'auditeur du travail,
 - ✦ le parquet du procureur du Roi,
 - ✦ l'Ordre des médecins,
 - ✦ l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé,
 - ✦ etc.

Concernant les dossiers envoyés à l'auditorat ou au Parquet, nos inspecteurs continuent souvent à réaliser des auditions et des actions à la demande de l'auditeur ou du procureur. Si les faits dénoncés donnent lieu à une procédure judiciaire, l'INAMI peut se constituer partie civile en vue de la récupération des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé.

¹² Voir « [Suivi des procédures administratives](#) », p. 36-40.

c) Concernés

614 actions de contrôle individuelles portaient sur des dispensateurs de soins. L'illustration 8 présente le nombre d'actions de contrôle individuelles clôturées par groupe professionnel.

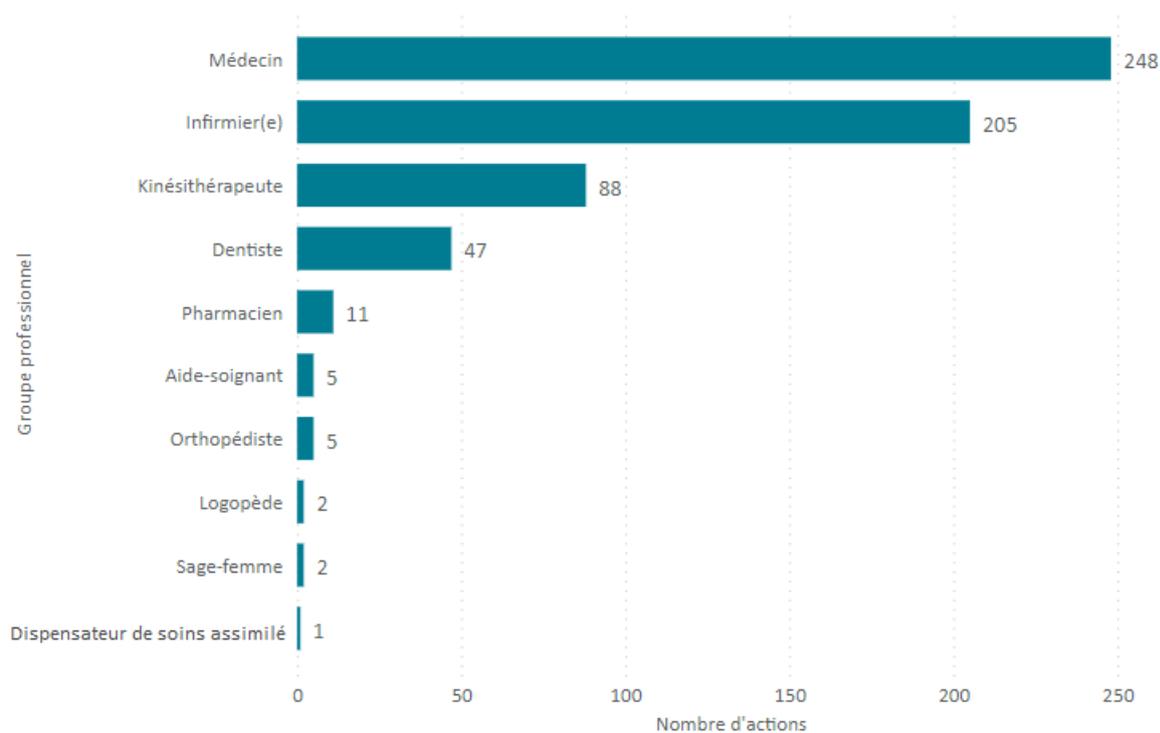


Illustration 8. Nombre d'actions de contrôle clôturées en 2022, par groupe professionnel¹³

67 actions de contrôle individuelles portaient sur des institutions de soins (dont 44 hôpitaux généraux et 15 groupements infirmiers) et 28 sur des assurés.

¹³ Le dispensateur de soins assimilé (en vertu de l'article 2, n, de la loi SSI) est responsable d'un groupement infirmier, mais n'est ni infirmier ni dispensateur de soins.

d) Évolution 2018-2022¹⁴

En 2022, nous avons clôturé 709 actions de contrôle. Le nombre d'actions de contrôle clôturées a fortement augmenté, mais le montant porté à grief est resté plus ou moins stable.

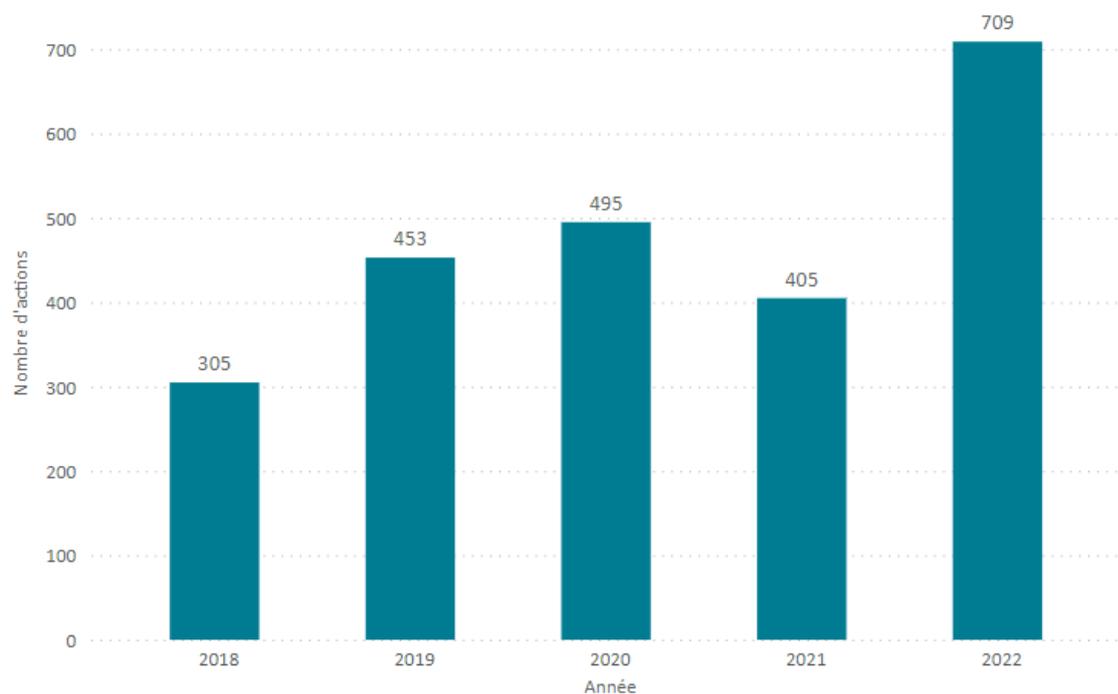


Illustration 9. Évolution du nombre d'actions de contrôle clôturées

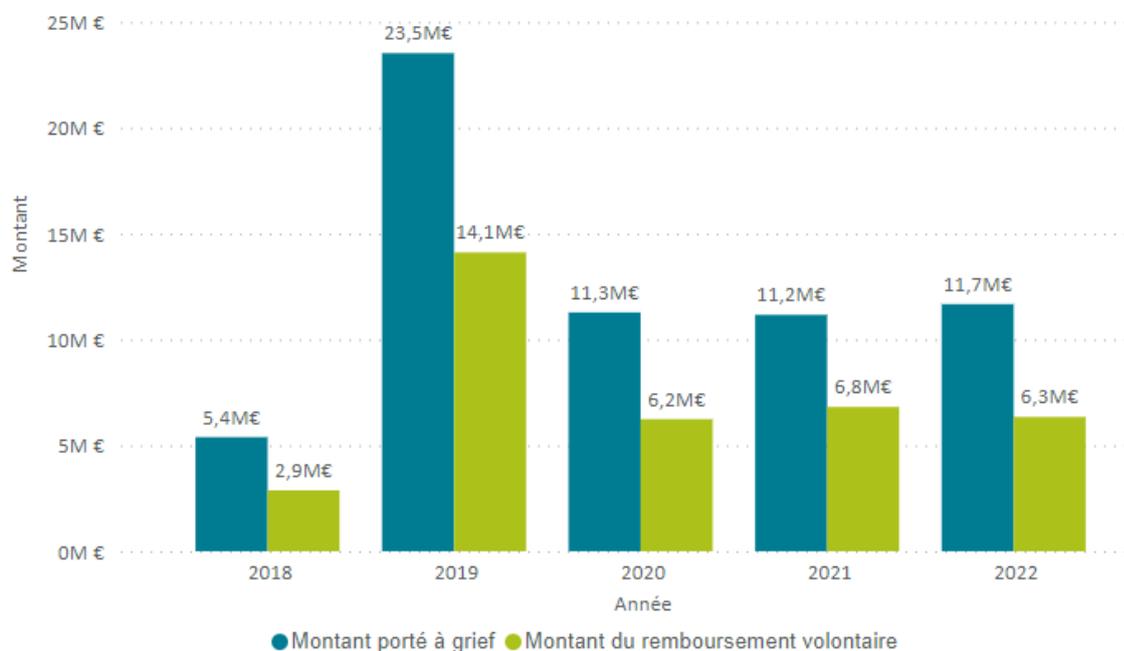


Illustration 10. Évolution des montants portés à grief et des remboursements volontaires

En 2022, nous avons porté à grief un montant total de **11.673.238,43 EUR**, dont 6.344.288,19 EUR au total ont été remboursés volontairement.

¹⁴ Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes.

e) Suivi des procédures administratives

Une procédure à l'encontre d'un dispensateur ou d'une institution de soins peut être introduite en fonction de la gravité des faits. Si un dispensateur de soins ne rembourse pas volontairement l'entièreté de la somme portée à grief, une procédure sera d'office introduite. Les procédures sont lancées soit auprès du Fonctionnaire dirigeant, soit de la Chambre de première instance. Il existe une possibilité de recours, auprès de la Chambre de première instance contre la décision du Fonctionnaire dirigeant ou de la Chambre de recours contre la décision de la Chambre de première instance.

La procédure à suivre est déterminée par plusieurs critères. Il s'agit du type d'infraction, du montant porté à grief et de la valeur des prestations litigieuses, comme le montre l'illustration ci-dessous.

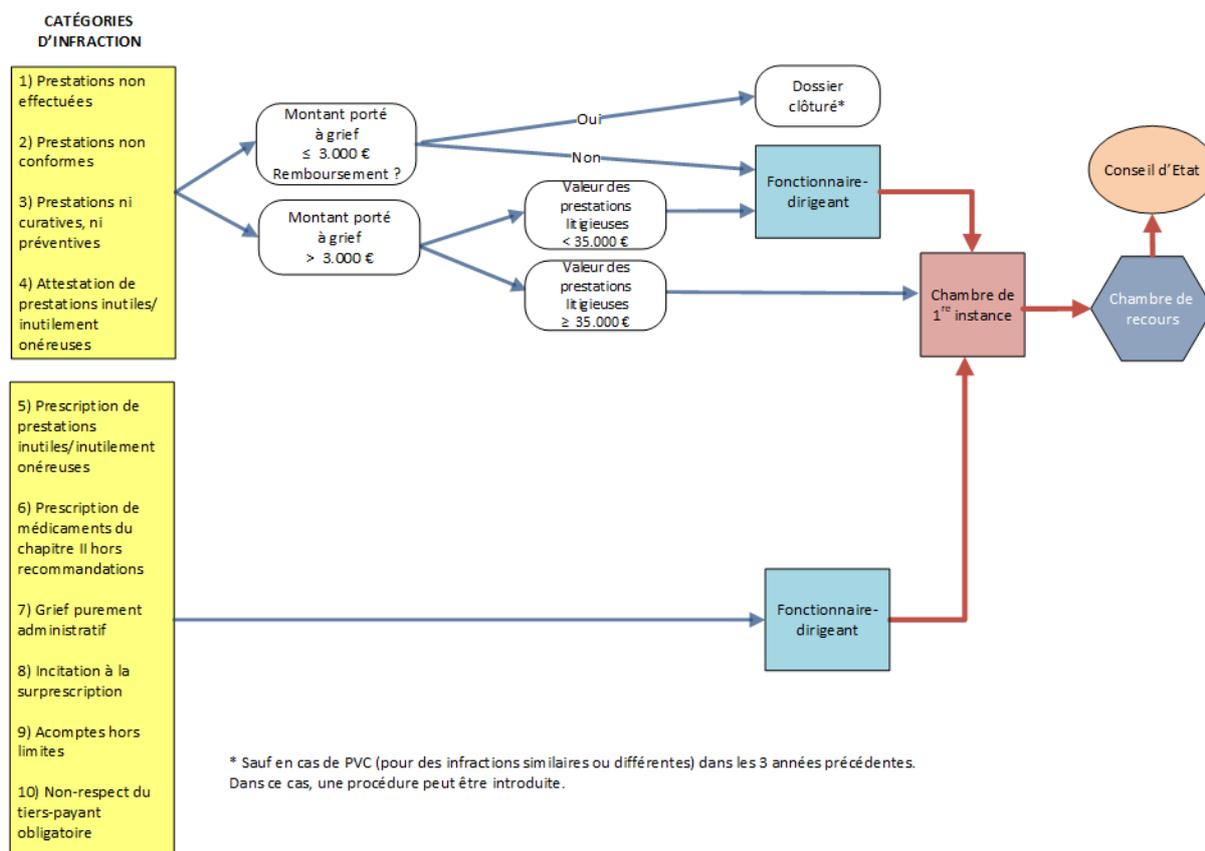


Illustration 11. Procédure suivie en fonction du type d'infraction, du montant porté à grief et de la valeur des prestations litigieuses

Nous entendons par « valeur des prestations litigieuses » le montant des prestations attestées indûment que le dispensateur de soins n'a pas encore remboursé au moment où la procédure est entamée.

Si le montant porté à grief est inférieur ou égal à 3.000 EUR et qu'il a été intégralement remboursé dans les 2 mois suivant le jour de la notification du PVC, les poursuites administratives sont éteintes, et le dossier est clôturé. Cependant, si le dispensateur de soins avait déjà reçu un PVC (pour des infractions similaires ou différentes) dans les 3 années précédentes, une procédure administrative peut être introduite.

Les tableaux ci-dessous présentent les décisions devenues définitives en 2022 et les données s'y rapportant, par type de dispensateur de soins. Nous considérons une décision comme « définitive » lorsqu'elle n'est plus susceptible de recours.

Tableau 6. Décisions du Fonctionnaire dirigeant devenues définitives en 2022, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ¹⁵ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ¹⁶ (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ¹⁷ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
Médecin	3	200.844,69	192.611,06	200.649,00	150.137,98	53.439,41	350.786,98	222.534,62	128.252,36
(Groupement) Infirmier	8	184.516,69	168.419,75	184.516,69	145.965,08	63.684,51	330.481,77	290.584,18	39.897,59
Kinésithérapeute	7	68.384,88	28.544,25	68.384,88	60.630,41	14.272,13	129.015,29	47.941,04	81.074,25
Orthopédiste	2	46.280,04	25.508,40	45.751,76	5.060,84	6.377,10	50.812,60	50.812,60	0,00
Pharmacie	1	24.535,75	0,00	24.523,00	24.523,00	12.261,50	49.046,00	49.046,00	0,00
Dentiste	1	19.692,60	0,00	19.692,60	4.923,15	0,00	24.615,75	0,00	24.615,75
Logopède	1	13.141,45	13.141,45	13.141,45	9.856,09	9.856,09	22.997,54	22.997,54	0,00
TOTAL	23	557.396,10	428.224,91	556.659,38	401.096,55	159.890,74	957.755,93	683.915,98	273.839,95

¹⁵ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

¹⁶ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

¹⁷ Les montants payés comprennent tant les remboursements volontaires avant la procédure que les paiements après la décision.

Tableau 7. Décisions de la Chambre de première instance devenues définitives en 2022, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ¹⁸ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ¹⁹ (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ²⁰ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
Hôpital	14	2.234.757,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(Groupement) Infirmier	5	568.243,21	88.000,00	560.169,85	172.080,39	236.522,20	732.250,24	136.642,91	595.607,33
Médecin	1	302.654,84	0,00	302.654,84	226.991,13	226.991,13	529.645,97	41.000,00	488.645,97
Dentiste	1	207.267,02	12.000,00	207.267,02	230.334,07	41.063,35	437.601,09	32.514,62	405.086,47
Kinésithérapeute	2	92.897,74	9.999,24	55.865,90	53.273,02	27.932,95	109.138,92	25.723,30	83.415,62
TOTAL	23	3.405.820,66	109.999,24	1.125.957,61	682.678,61	532.509,63	1.808.636,22	235.880,83	1.572.755,39

Les 14 dossiers relatifs aux hôpitaux étaient fondés sur un grief identique, qui n'a pas été retenu par la Chambre de première instance.

¹⁸ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

¹⁹ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

²⁰ Les montants payés comprennent tant les remboursements volontaires avant la procédure que les paiements après la décision.

Tableau 8. Décisions de la Chambre de première instance (en tant que juridiction d'appel) devenues définitives en 2022, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ²¹ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ²² (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ²³ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
Sage-femme	1	32.533,70	4.848,33	4.848,33	0,00	0,00	4.848,33	4.848,33	0,00
(Groupement) Infirmier	3	30.100,25	2.500,00	11.162,51	2.698,92	183,42	13.861,43	10.861,43	3.000,00
Kinésithérapeute	1	10.258,92	10.258,92	10.258,92	2.564,73	2.564,73	12.823,65	12.823,65	0,00
TOTAL	5	72.892,87	17.607,25	26.269,76	5.263,65	2.748,15	31.533,41	28.533,41	3.000,00

²¹ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

²² Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

²³ Les montants payés comprennent tant les remboursements volontaires avant la procédure que les paiements après la décision.

Tableau 9. Décisions de la Chambre de recours devenues définitives en 2022, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ²⁴ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ²⁵ (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ²⁶ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
Orthopédiste	1	657.552,32	0,00	657.552,32	0,00	0,00	657.552,32	657.552,32	0,00
Médecin	2	458.060,05	0,00	351.651,15	176.916,42	0,00	528.567,57	0,00	528.567,57
(Groupement) Infirmier	4	95.761,34	23.000,00	72.801,39	24.624,94	43.771,98	97.426,33	88.548,83	8.877,50
Dentiste	1	20.694,91	0,00	20.694,91	2.586,87	2.586,87	23.281,78	0,00	23.281,78
TOTAL	8	1.232.068,62	23.000,00	1.102.699,77	204.128,23	46.358,85	1.306.828,00	746.101,15	560.726,85

²⁴ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

²⁵ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

²⁶ Les montants payés comprennent tant les remboursements volontaires avant la procédure que les paiements après la décision.

3. Lutte contre la fraude

Cette partie décrit brièvement nos principales activités en 2022 dans le cadre de la lutte contre la fraude dans le secteur des soins de santé. Nous travaillons avec d'autres services de l'INAMI, avec les O.A. et avec le Collège intermutualiste national pour les actions de contrôle en matière de fraude et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude.

Seule une petite partie des actions de contrôle portent sur la fraude telle qu'elle est définie ci-après.

a) Définition de la fraude

Le 19 avril 2017, la Commission anti-fraude de l'INAMI a élaboré des directives concernant la définition de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies de la loi SSI²⁷. La directive précise la notion de « fraude » :

- ✦ 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, 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.

L'intention est donc un élément essentiel de la fraude, mais n'est pas simple à établir dans la pratique.

Tant les dispensateurs et institutions de soins que les assurés peuvent frauder. Si des assurés falsifient par exemple des prescriptions de médicaments, nous pouvons porter un montant à grief. Le Service du contrôle administratif s'occupe du traitement ultérieur de ces dossiers.

Étant donné que des fraudeurs ont par définition l'intention de frauder, nous pouvons nous attendre, dans une large mesure, à une récidive de leur part. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière proactive.

Au terme d'une action de contrôle, nous évaluons s'il y a des indices clairs de facturation illégale intentionnelle et donc de fraude.

Pour concrétiser le suivi des fraudeurs, nous utilisons la [Waste Typology Matrix](#) du Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans le secteur des soins de santé (EHFCN) pour classer les infractions constatées en différentes catégories. Les dossiers dont la décision est « constat sans procédure administrative », « constat avec procédure administrative » et « sans suite SECM » peuvent se voir attribuer l'un des codes suivants en cas de suspicion de fraude ou de corruption.

Tableau 10. Waste typology matrix pour fraude et corruption (EHFCN)

	Prestations non conformes	Prestations non effectuées	Surconsommation médicale (nombre de prestations)	Surconsommation financière (prestations inutilement coûteuses)
Fraude	F1	F2	F3	F4
Corruption (fraude avec implication d'une tierce partie)	C1	C2	C3	C4

La fraude dans le cadre des prestations non conformes (catégorie F1) peut par exemple consister à facturer fréquemment et intentionnellement un supplément d'honoraires pour des prestations effectuées la nuit alors qu'elles ont eu lieu le jour. Si ces prestations facturées ne sont délibérément pas effectuées, nous pouvons classer ces dossiers dans la catégorie F2.

²⁷ Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi SSI.

b) Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2022

Types de fraude

Des 709 actions de contrôle clôturées, 81 portaient sur des dossiers de fraude pour un montant total porté à grief de **6.709.053,94 EUR**. 68,10 % du montant total porté à grief pour les actions de contrôle en matière de fraude en 2022 concerne des montants portés à grief pour des prestations non effectuées. Nous n'avons classé aucune action de contrôle dans la catégorie « corruption ».

Tableau 11. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2022, par type de fraude

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
F1 – non conforme	35	2.140.122,20	575.309,72
F2 – non effectué	44	4.568.931,74	1.720.723,09
F3 – surconsommation médicale	1	0,00	0,00
F4 – surconsommation financière	1	0,00	0,00
TOTAL	81	6.709.053,94	2.296.032,81

Le dossier concernant la surconsommation financière a été transmis à l'auditorat du travail. Le dossier de surconsommation médicale a été quant à lui transmis à la Commission médicale provinciale et au parquet.

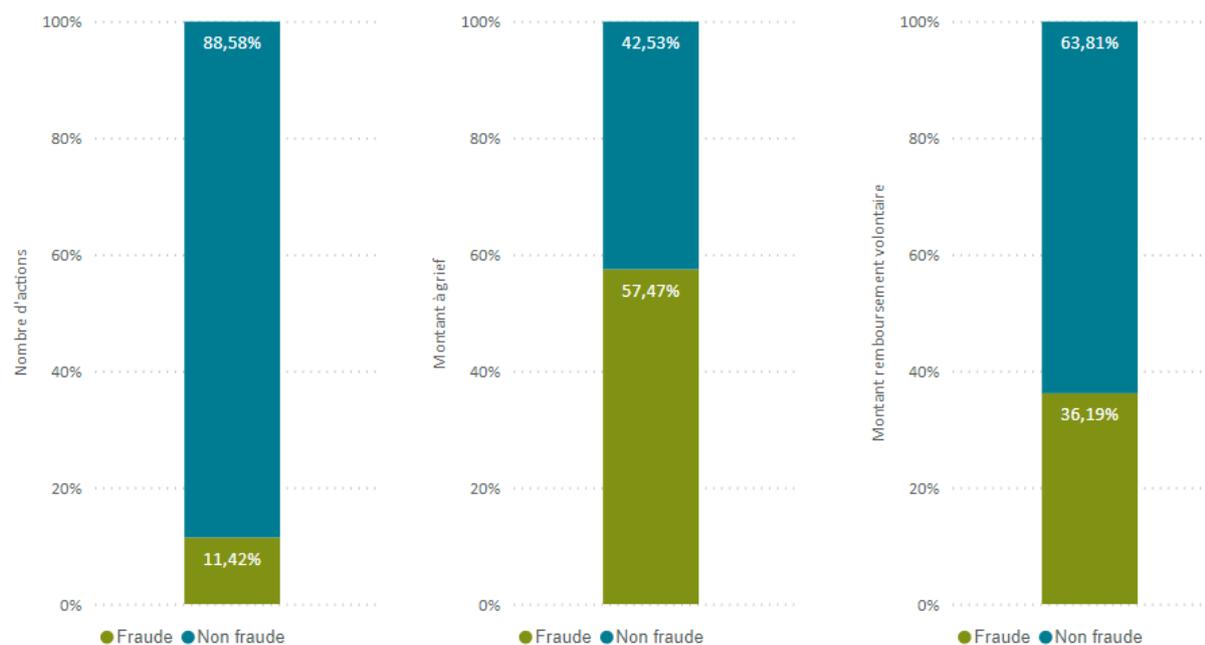


Illustration 12. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées en 2022

Évolution 2018-2022²⁸

Les illustrations ci-dessous indiquent que le nombre d'actions de contrôle clôturées, tant en matière de fraude que les autres actions de contrôle, a fortement augmenté par rapport à 2021. Le montant total porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude a quant à lui doublé par rapport à 2021, tandis que le montant total porté à grief pour l'ensemble des actions de contrôle est resté à peu près le même.

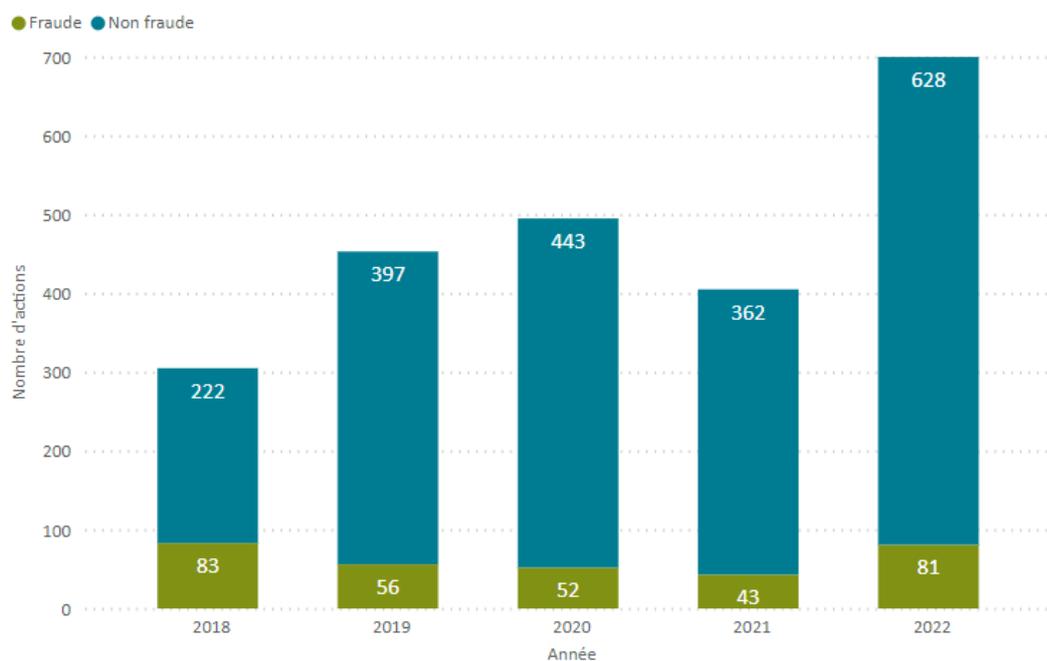


Illustration 13. Évolution du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées



Illustration 14. Évolution du montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées

²⁸ Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes.

Concernés

La majorité de nos actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2022 concernaient des dispensateurs de soins (57 actions, soit 70,37 %), pour un montant porté à grief de 5.874.382,09 EUR (soit 87,56 % du montant total). 5 actions concernaient des institutions de soins pour un montant porté à grief de 832.806,54 EUR (soit 12,41 % du montant total). 19 actions concernaient des assurés pour un montant porté à grief de 1.865,31 EUR.

57,89 % des actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2022 portaient sur des médecins et des infirmiers (respectivement 26,32 % et 31,58 %). Ces dispensateurs de soins sont néanmoins minoritaires au sein de leur groupe professionnel : ces 15 médecins et 18 infirmiers représentent moins de 0,1 % de tous les médecins et infirmiers actifs en Belgique.

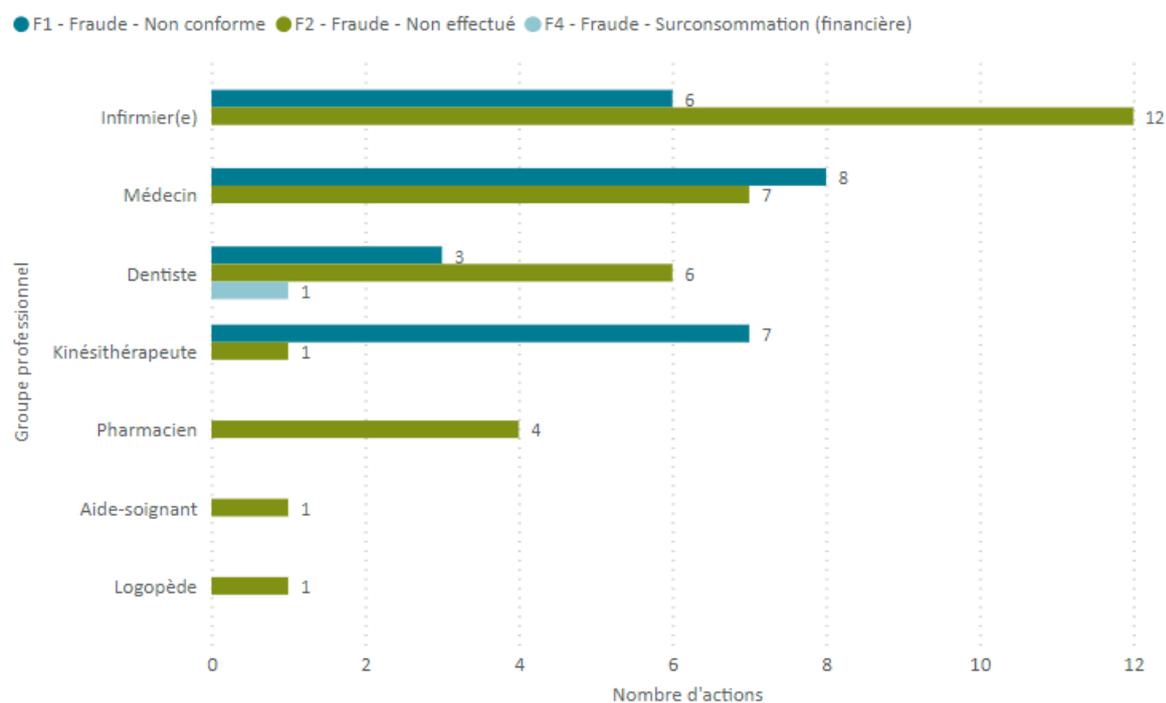


Illustration 15. Nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2022, par groupe professionnel et par type de fraude

Le montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2022 s'élève à 2.104.225,97 EUR pour les médecins (soit 35,82 % du montant total des actions en matière de fraude relatives à des dispensateurs) et à 1.488.125,29 EUR pour les infirmiers (soit 25,33 %).

Tableau 12. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2022, par type de fraude et par groupe professionnel

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
F1 – non conforme	24	1.988.350,28	526.817,50
Infirmier	6	564.019,45	230.121,02
Médecin	8	1.087.080,05	223.671,66
Dentiste	3	264.225,96	0,00
Kinésithérapeute	7	73.024,82	73.024,82
F2 – non effectué	32	3.886.031,81	1.720.723,09
Infirmier	12	924.105,84	29.159,85
Médecin	7	1.017.145,92	754.739,61
Dentiste	6	430.112,91	57.406,74
Kinésithérapeute	1	1.761,01	1.761,01
Pharmacien	4	1.499.494,22	864.514,43
Aide-soignant	1	270,46	0,00
Logopède	1	13.141,45	13.141,45
F4 – surconsommation financière	1	0,00	0,00
Dentiste	1	0,00	0,00
TOTAL	57	5.874.382,09	2.247.540,59

3 groupements infirmiers sont concernés par des actions de contrôle en matière de fraude, pour un montant total porté à grief de 784.314,32 EUR, soit 94,18 % du montant total des actions en matière de fraude relatives à des institutions de soins. Nous signalons là aussi que ces groupements sont minoritaires dans l'ensemble des groupements infirmiers actifs en Belgique, mais facturent indûment des montants très élevés à l'assurance soins de santé, au détriment de la durabilité de celle-ci.

c) Suspension du paiement via le régime du tiers payant

L'article 77*sexies* de la loi SSI permet de suspendre temporairement le paiement de prestations via le régime du tiers payant pour une période maximale de 12 mois, s'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins.

Il s'agit là d'une mesure supplémentaire qui permet de mettre un frein aux fraudeurs obstinés qui abusent du régime du tiers payant, pendant que le personnel d'inspection mène l'action de contrôle sur le fond et formule, le cas échéant, un grief formel.

Si la suspicion de fraude porte sur un groupement infirmier, l'article 77*sexies* est appliqué au numéro de tiers payant du groupement et au numéro INAMI du responsable du groupement (si celui-ci est un dispensateur de soins).

En 2022, le Fonctionnaire dirigeant du SECM a pris une décision de suspension pour 7 numéros de tiers payant de 3 fraudeurs.

Tableau 13. Suspensions du paiement via le régime du tiers payant (art. 77sexies) en 2022

Suspension	Date de début	Date de fin	Type d'intéressé	Responsable présumé*
1	19.05.2022	18.05.2023	dentiste	A
2	19.05.2022	18.05.2023	dentiste	A
3	19.05.2022	18.05.2023	dentiste	A
4	05.09.2022	04.09.2023	groupement infirmier	B
5	05.09.2022	04.09.2023	groupement infirmier	B
6	05.09.2022	04.09.2023	infirmier à domicile	B
7	27.09.2022	26.09.2023	dentiste	C

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

En 2019, nous avons commencé à mettre en œuvre un suivi systématique des infirmiers à domicile pour lesquels le paiement via le régime du tiers payant a été temporairement suspendu. Nous avons choisi ce groupe de dispensateurs de soins, car ils attestent principalement leurs prestations par le biais du régime du tiers payant, sans demander de ticket modérateur.

Notre objectif est d'évaluer l'impact de la suspension temporaire sur le comportement de facturation à long terme. Ce faisant, nous pouvons suivre de plus près les fraudeurs existants et détecter plus rapidement toute nouvelle fraude éventuelle.

Partie 4 – Impact

En tant que service d'inspection, l'objectif du SECM est d'avoir un impact sur le comportement d'attestation et de prescription des dispensateurs de soins, ainsi que des institutions de soins. Par la diversité de ses actions et des retombées escomptées, l'impact du SECM doit être vu de manière holistique. C'est pourquoi nous mesurons l'impact à l'aide d'indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs. Nous entendons par indicateurs

- ✦ quantitatifs : les estimations financières ou la variation du nombre de prestations ;
- ✦ qualitatifs : les interventions auprès des commissions en vue d'adapter ou de préciser la nomenclature, la formulation d'indicateurs auprès du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) en application de l'article 73, § 3, de la loi SSI, etc.

Nous présentons ci-dessous l'impact financier des PVC dressés auprès des dispensateurs de soins, ainsi que l'impact quantitatif et qualitatif de nos missions nationales.

I. MÉTHODOLOGIE GLOBALE

Fruit d'un long travail en interne, la méthodologie développée ambitionne de mesurer l'impact de nos actions de manière standardisée et systématique. Cette méthodologie contribue à consolider les chiffres présentés, ainsi qu'à rendre l'interprétation de ces derniers plus abordable pour tous. En outre, le plan d'analyse étant fixé à l'avance, cela permet de diminuer les éventuels biais d'interprétation des résultats.

Il n'est malheureusement pas possible de mesurer l'impact des actions qui viennent d'avoir lieu et que nous présentons dans ce rapport. Le temps de latence entre une action menée et l'effet qui peut en être attendu, la périodicité des flux de données de facturation, ainsi que le délai légal de facturation aux O.A. rendent cette approche impossible, comme le montre l'exemple ci-dessous.

- ✦ Une action sur des prestations réalisées en ambulatoire est menée en février de l'année X.
- ✦ Après analyse, nous postulons qu'elle peut avoir un effet en termes de modification du comportement des dispensateurs de soins à partir du mois de mai de l'année X.
- ✦ Nous voulons vérifier que l'effet observé est stable dans le temps, donc nous suivons les données de facturation des dispensateurs de soins pendant 1 an, soit jusqu'en mai de l'année X+1.
- ✦ Étant donné que les prestations remboursables peuvent être portées en compte au niveau des O.A. jusqu'à 2 ans après la date de réalisation de cette prestation, les factures d'avril X+1 pourraient potentiellement n'être visibles que dans les données du premier semestre X+3.
- ✦ Vu qu'il faut en moyenne 7 mois pour obtenir les données de facturation des prestations de soins ambulatoires (Doc P) d'un semestre terminé, les données complètes seraient disponibles aux alentours de février de l'année X+4.
- ➔ Conclusion : pour effectuer un suivi d'un an après une action devant potentiellement avoir des effets 3 mois après sa mise en œuvre, la mesure exhaustive ne pourrait être réalisée que 4 ans après l'action.

Heureusement, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir des données totalement exhaustives pour pouvoir mesurer un impact global, et les nouveaux systèmes de facturation électronique ont largement contribué à la diminution des temps moyens de facturation aux O.A.

En tenant compte de ces observations et en gardant une certaine marge de sécurité, nous avons choisi de mesurer l'impact des actions menées 3 ans auparavant. En d'autres termes, vous trouvez dans ce rapport la mesure de l'impact des actions menées en 2019 et dont le résultat a été évalué en 2022.

II. IMPACT DES PROCÈS-VERBAUX DE CONSTAT SUR LA FACTURATION

Dans cette partie, nous analysons dans quelle mesure le fait d'avoir reçu un premier PVC en 2019 a pu influencer le comportement de facturation des dispensateurs de soins²⁹ par la suite.

Pour ce faire, nous comparons les montants facturés aux O.A. pour les prestations réalisées pendant les 2 années ayant précédé l'établissement du PVC avec ceux facturés pour les prestations réalisées les 2 années suivantes, la date du PVC représentant la date pivot.

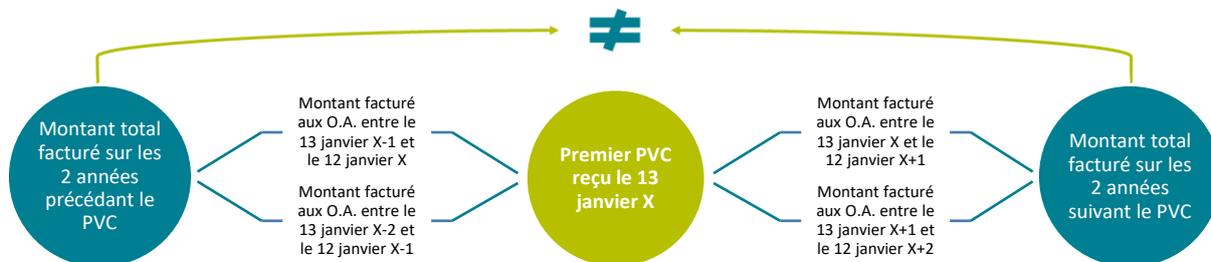


Illustration 16. Méthode de calcul de l'impact des premiers PVC sur le comportement de facturation

Étant donné que plusieurs facteurs peuvent expliquer la modification du comportement de facturation des dispensateurs de soins (le PVC, mais également la pension, le décès, le changement de statut, un autre groupement infirmier, etc.), une équipe pluridisciplinaire analyse les dossiers de chaque dispensateur avant de réaliser la mesure d'impact. Les dossiers pour lesquels trop de facteurs autres que le PVC interviennent sont exclus de la sélection. L'illustration ci-dessous présente les résultats de cette sélection de l'équipe pluridisciplinaire pour les PVC dressés en 2019.

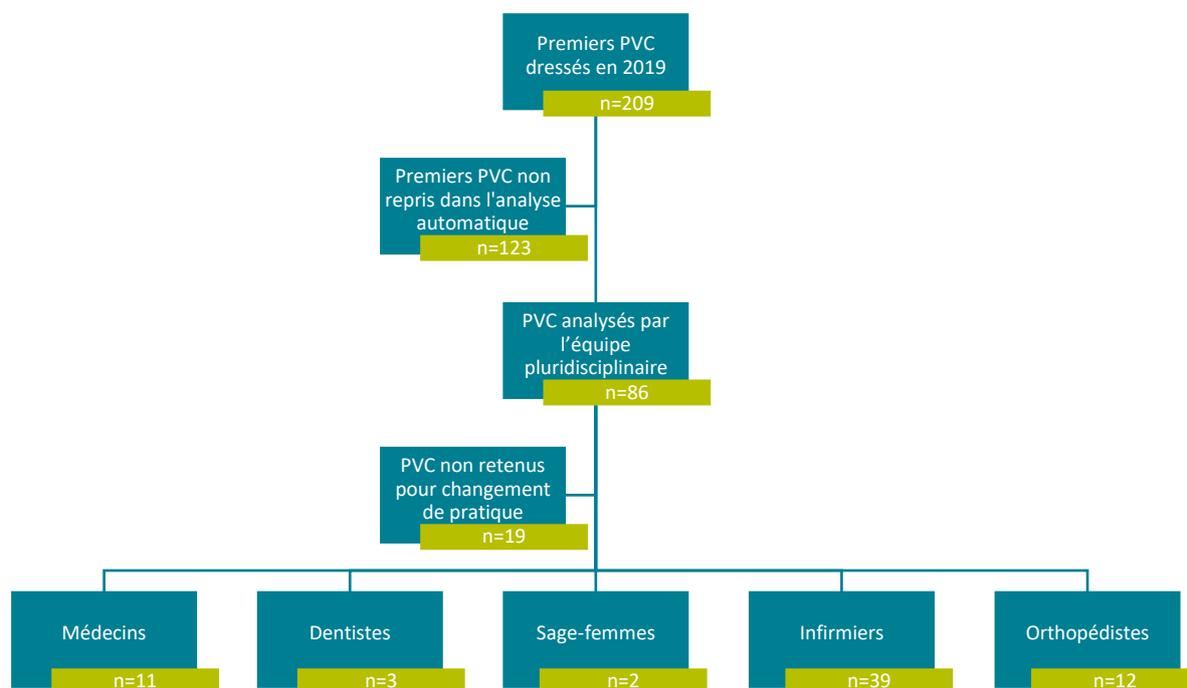


Illustration 17. Diagramme de sélection, par l'équipe pluridisciplinaire, des PVC dressés en 2019

²⁹ La méthode utilisée pour automatiser cette analyse ne permet de travailler que sur les prestations de certains dispensateurs de soins, et non sur celles des institutions de soins par exemple.

Les tableaux ci-dessous présentent les principaux impacts biennaux mesurés en 2022, ventilés en fonction des catégories pertinentes. L'impact global des premiers PVC dressés à une partie des dispensateurs de soins en 2019 (67 sur 209) est estimé à **5.403.247,75 EUR**.

Tableau 14. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier PVC avec celle des 2 années précédant le PVC, par groupe professionnel (données 2017-2022)

Groupe professionnel	n PVC	Facturation avant PVC (EUR)	Facturation après PVC (EUR)	Impact biennal total (EUR)	Impact biennal moyen par dispensateur (EUR)
Médecin	11	8.980.872,98	7.115.314,90	1.865.558,08	169.596,19
Dentiste	3	2.806.149,49	2.430.872,66	375.276,83	125.092,28
Sage-femme	2	244.324,47	180.852,42	63.472,05	31.736,03
Infirmier	39	8.332.221,89	8.059.046,20	273.175,69	7.004,50
Orthopédiste	12	19.053.422,29	16.227.657,19	2.825.765,10	235.480,43
TOTAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

Tableau 15. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier PVC avec celle des 2 années précédant le PVC, par type d'infraction constatée en 2019 (données 2017-2022)

Infraction	n PVC	Facturation avant PVC (EUR)	Facturation après PVC (EUR)	Impact biennal total (EUR)	Impact biennal moyen par dispensateur (EUR)
Fraude	6	4.085.867,89	3.557.551,62	528.316,27	88.052,71
Autres/non fraude	61	35.331.123,23	30.456.191,75	4.874.931,48	79.916,91
TOTAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

Tableau 16. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier PVC avec celle des 2 années précédant le PVC, par décision du médecin-inspecteur général (données 2017-2022)

Décision	n PVC	Facturation avant PVC (EUR)	Facturation après PVC (EUR)	Impact biennal total (EUR)	Impact biennal moyen par dispensateur (EUR)
Constat sans procédure adm.	39	24.984.807,49	22.152.500,50	2.832.306,99	72.623,26
Constat avec procédure adm.	28	14.432.183,63	11.861.242,87	2.750.940,76	91.819,31
TOTAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

Tableau 17. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier PVC avec celle des 2 années précédant le PVC, par type d'infraction et par décision du médecin-inspecteur général (données 2017-2022)

Infraction/décision	n PVC	Facturation avant PVC (EUR)	Facturation après PVC (EUR)	Impact biennal total (EUR)	Impact biennal moyen par dispensateur (EUR)
Fraude					
sans procédure	1	205.029,09	198.216,41	6.812,68	6.812,68
avec procédure	5	3.880.838,80	3.359.335,21	521.503,59	104.300,72
Autres					
sans procédure	38	24.779.778,40	21.954.284,09	2.825.494,31	74.355,11
avec procédure	23	10.551.344,83	8.501.907,66	2.049.437,17	89.105,96
TOTAL	67	39.416.991,12	34.013.743,37	5.403.247,75	80.645,49

III. IMPACT DES MISSIONS NATIONALES

Dans cette partie, nous présentons l'impact des missions nationales clôturées et présentées au Comité du SECM en 2019. L'équipe pluridisciplinaire a sélectionné celles pour lesquelles un impact quantitatif ou qualitatif pouvait être mesuré. Afin de rester cohérent avec les chiffres présentés dans la partie précédente, l'impact est ici également calculé sur 2 ans, bien que certaines missions aient une portée plus étendue.

1. Monitoring cardiaque ambulatoire

L'action de contrôle a eu lieu en 2018 et s'est limitée à la facturation non conforme des codes de nomenclature pour le monitoring cardiaque ambulatoire (212015-214012). En effet, ces prestations n'avaient pas été effectuées dans les locaux d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés ou dans une fonction agréée de première prise en charge des urgences.

Afin de mesurer l'impact, nous avons analysé une période de 3 ans avant l'action (2015, 2016 et 2017) et de 3 ans après celle-ci (2019, 2020 et 2021).

Tableau 18. Évolution du nombre de monitorings cardiaques ambulatoires non conformes avant et après l'action du SECM

	Avant l'action	Après l'action	Différence
<i>Période d'analyse</i>	<i>36 mois</i>	<i>36 mois</i>	
Nombre de monitorings cardiaques ambulatoires non conformes	89.999	29.202	60.797
TOTAL sur 1 an	29.999,67	9.734	20.265,67
TOTAL sur 2 ans	59.999,34	19.468	40.531,34

Au cours de la période suivant l'action, nous observons 60.797 prestations non conformes de moins que pendant la période précédant l'action. Les honoraires pour le monitoring cardiaque se sont élevés en moyenne à 31,16 EUR au cours de la période qui a suivi l'action. Par conséquent, nous estimons l'impact annuel à 631.478,28 EUR, soit un impact biennal de **1.262.956,34 EUR**. En termes de pourcentage, nous observons une diminution de 12,15 % à 2,78 % du nombre de prestations non conformes par rapport au nombre total de prestations attestées.



Illustration 18. Évolution annuelle de la facturation conforme et non conforme de monitoring cardiaque ambulatoire

En 2020, nous avons proposé de supprimer le code de nomenclature pour le monitoring cardiaque ambulatoire et d'intégrer le budget libéré dans la revalorisation des tarifs d'admission aux urgences. Nous avons formulé cette proposition sur base de l'augmentation constante du nombre de codes de nomenclature de monitoring cardiaque ambulatoire attestés et sur la variation par hôpital du pourcentage de patients admis aux urgences pour lesquels un monitoring a été attesté. Le CTM a approuvé cette proposition en octobre 2022. Elle devrait entrer en vigueur dans le courant de l'année 2023.

2. Forfaits hôpital de jour

Le SECM a observé qu'une série d'interventions pour lesquelles un forfait hôpital de jour est attribué sont en réalité effectuées dans les locaux d'une polyclinique. Le forfait hôpital de jour est dans ce cas non conforme.

14 codes de nomenclature sont concernés par cette problématique, pour un montant de forfait de 18.561.707 EUR en 2017. Il s'agit essentiellement de codes d'urologie, de stomatologie et de chirurgie générale. Nous suspectons que certains de ces codes sont attestés de manière non conforme (upcoding), ce qui engendrerait aussi la facturation non conforme d'un forfait hôpital de jour.

Nous avons dès lors proposé au CTM une révision des listes de codes entraînant un forfait. L'objectif était de supprimer des listes les codes qui ne sont en réalité pas effectués dans les locaux de l'hôpital de jour. Le budget dégagé aurait permis de proposer la liaison au forfait hôpital de jour de nouveaux codes d'intervention qui nécessitent une hospitalisation de jour.

En mai 2022, le CTM a approuvé la suppression du code 280556 (exploration tendineuse) pour suspicion d'upcoding. Cela entraîne de facto la suppression du forfait (code 768272), qui représente un budget de 529.612 EUR en 2017 (soit 2.034 interventions sans anesthésie). Les autres modifications proposées n'ont pas été retenues.

3. Dispositifs médicaux invasifs utilisés en chirurgie vasculaire et thoracique, ainsi qu'en cardiologie

En 2017, le SECM a contrôlé l'application des modalités de remboursement pour l'attestation de dispositifs médicaux invasifs utilisés en chirurgie thoracique et vasculaire, ainsi qu'en cardiologie. Cette mission nationale avait donné lieu à des PVC adressés à différents hôpitaux. Bien qu'il s'agît le plus souvent d'erreurs administratives, les récurrences de certains d'entre eux ont mené à l'établissement de nouveaux PVC les années suivantes.

L'infraction la plus couramment constatée était l'attestation indue d'un code de nomenclature plusieurs fois le même jour. En d'autres termes, un même dispositif était attesté plusieurs fois le même jour au même patient. Les données analysées sur 20 mois faisaient alors état de 490.967,54 EUR indûment facturés, uniquement pour ce grief.

En 2022, nous avons effectué une analyse de risques globale dans le domaine des implants et dispositifs médicaux invasifs, ainsi que du matériel humain. L'attestation indue d'un code de nomenclature plusieurs fois le même jour pour des prestations ayant trait à la chirurgie vasculaire et thoracique, ainsi qu'à la cardiologie, n'a pas été retenue comme point d'attention dans les conclusions. En effet, selon ce rapport, les répétitions de codes ayant trait à ces disciplines ne concerneraient plus qu'un montant total de 1.478,79 EUR pour l'ensemble de la période 2018-2020. En extrapolant les résultats de l'action nationale pour les comparer à ceux de l'analyse de risques, nous obtenons un impact structurel de 294.087,59 EUR par an, soit un impact biennal de **588.175,18 EUR**. L'impact de cette action a probablement été renforcé par les PVC ultérieurs et les analyses régulières des données de facturation.

Tableau 19. Comparaison des montants indûment facturés avant et après l'action du SECM

	Action de contrôle nationale (EUR)	Analyse de risques (EUR)	Différence (EUR)
<i>Période d'analyse</i>	<i>20 mois</i>	<i>36 mois</i>	
Prestations facturées le même jour pour le même patient			
Chirurgie thoracique et cardiologie	200.323,92	1.478,79	
Chirurgie vasculaire	290.643,62	0,00	
TOTAL sur la période	490.967,54	1.478,79	
TOTAL sur 1 an	294.580,52	492,93	294.087,59
TOTAL sur 2 ans	589.161,04	985,86	588.175,18

4. Ménisectomie arthroscopique en cas de maladie dégénérative du genou

Les directives EBM sont réticentes à l'égard de la ménisectomie arthroscopique pour les maladies dégénératives du genou. Les lettres de sensibilisation de septembre 2019 et de juillet 2020 ont été adressées aux orthopédistes et aux médecins généralistes afin de les sensibiliser aux directives cliniques internationales.

Le tableau 20 montre l'évolution du nombre de ménisectomies, ainsi que du nombre et du pourcentage d'interventions chez les patients de plus et de moins de 50 ans. Pendant la période 2016-2021, le nombre de ménisectomies a globalement diminué. En 2020, il est nettement inférieur en raison de l'impact de la pandémie de COVID-19.

En revanche, le pourcentage de ménisectomies chez les patients de plus de 50 ans ne diminue pas sensiblement, malgré les lettres de sensibilisation et les actions complémentaires des associations scientifiques et professionnelles (notamment un symposium de la Société belge d'orthopédie et de traumatologie en automne 2020 et une directive de la Belgian Knee Society en février 2021). Le report des soins et l'accent mis sur les soins essentiels dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ne semblent pas non plus avoir eu un impact significatif sur ce pourcentage.

Tableau 20. Évolution du nombre de ménisectomies et du pourcentage chez les patients âgés de plus et de moins de 50 ans au cours de la période 2016-2021

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ménisectomies isolées (276636-276640)	Nombre total de ménisectomies	38.035	35.932	33.974	32.254	21.334	23.179
	Nombre et % chez les patients de plus de 50 ans	22.292 (58,61 %)	21.355 (59,43 %)	20.225 (59,53 %)	18.979 (58,84 %)	12.243 (57,39 %)	12.842 (55,40 %)
	Nombre et % chez les patients âgés de 50 ans et moins	15.743 (41,39 %)	14.577 (40,57 %)	13.749 (40,47 %)	13.275 (41,16 %)	9.091 (42,61 %)	10.337 (44,60 %)
Ménisectomies en association avec un traitement chirurgical du (des) ligament(s) croisé(s) (277432-277443)	Nombre total de ménisectomies	1.358	1.386	1.313	1.367	956	780
	Nombre et % chez les patients de plus de 50 ans	147 (10,82 %)	142 (10,25 %)	132 (10,05 %)	157 (11,49 %)	140 (14,64 %)	106 (13,59 %)
	Nombre et % chez les patients âgés de 50 ans et moins	1.211 (89,18 %)	1.244 (89,75 %)	1.181 (89,95 %)	1.210 (88,51 %)	816 (85,36 %)	674 (86,41 %)

Compte tenu des résultats limités des actions réalisées, le SECM a proposé un indicateur au CNPQ en collaboration avec le KCE et le CEBAM³⁰. L'indicateur proposé vise à réduire l'utilisation inefficace de la méniscectomie chez les patients de plus de 50 ans et à encourager les dispensateurs de soins à adapter les indications de cette intervention selon les directives cliniques. Selon l'indicateur proposé, une méniscectomie « ne peut être attestée, chez les patients de plus de 50 ans, par année civile et par dispensateur de soins, que pour 45 % du nombre total de ces prestations ». Le CNPQ a approuvé cet indicateur en décembre 2022.

5. Examens d'IRM et honoraires d'urgence

Cette action concernait les hôpitaux qui attestaient de manière non conforme des honoraires d'urgence pour des IRM réalisées en ambulatoire le soir, les week-ends, ainsi que les jours fériés. L'ensemble des hôpitaux concernés par cette infraction avait volontairement remboursé les montants portés à grief. L'impact à long terme de cette action est dès lors calculé via le budget total attribué aux honoraires d'urgence pour les IRM.

Nous avons comparé le nombre moyen de prestations pour les années 2015, 2016 et 2017 avec celui des années 2018, 2019, 2021 et 2022 (et non 2020 étant donné la pandémie de COVID-19 et la limitation aux soins essentiels dans les hôpitaux), afin d'estimer la différence du nombre de prestations avant et après l'action.

Le nombre moyen d'honoraires d'urgence pour les IRM est passé de 17.971 par an avant l'action nationale à 12.457 après celle-ci. En attribuant un coût moyen de 85,32 EUR à ces honoraires³¹, nous estimons l'impact structurel à 470.454,48 EUR par an, soit un impact biennal de **940.908,96 EUR**.

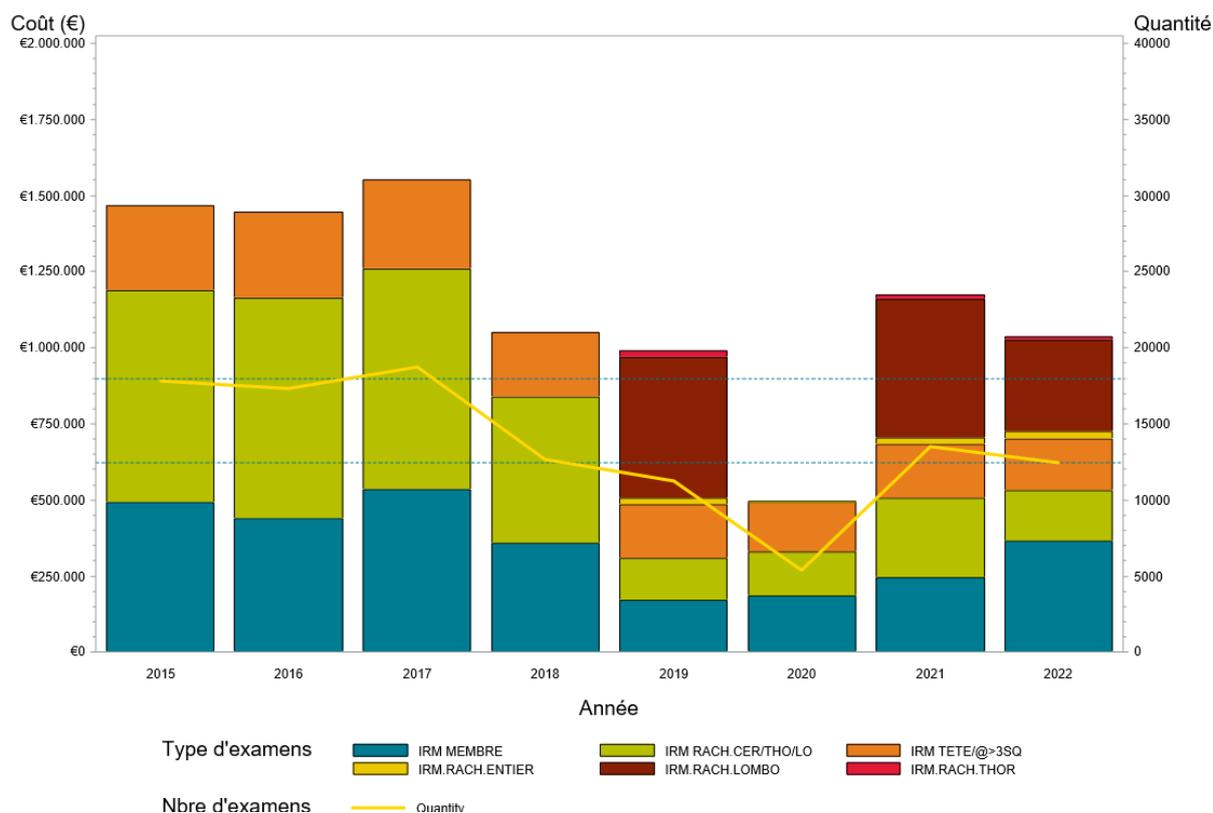


Illustration 19. Évolution de la facturation des honoraires d'urgence pour IRM, selon le type d'examen, 2015-2022

³⁰ Voir « Appropriate care – proposition d'indicateurs », p. 59.

³¹ Coût basé sur les données de facturation 2018, 2019, 2021 et 2022.

Bien qu'a priori important, cet impact doit être relativisé, car les chiffres de 2021 repartent à la hausse. Cela s'explique par le fait que certains hôpitaux ont continué à facturer indûment ces honoraires ou ont commencé à le faire. Nous avons donc réinitié en 2022 une action de contrôle auprès des 7 hôpitaux qui concentrent la majeure partie de cette facturation d'honoraires d'urgence pour les IRM pratiquées en ambulatoire (\pm 500.000 EUR par an pour ces 7 hôpitaux).

6. Cumul de l'arthrographie et de CT ou d'IRM

En 2018, le SECM a réalisé une action de contrôle sur la facturation de l'arthrographie combinée à :

- ✦ des CT des membres,
- ✦ des examens d'IRM des membres.

Bien qu'il existe un code de nomenclature spécifique pour les CT des articulations, celui-ci est moins bien remboursé que la combinaison d'une arthrographie et d'un CT des membres. Pour les hôpitaux qui ont attesté la combinaison d'une arthrographie et d'un CT des membres, une règle de différence a été appliquée, et le montant perçu en trop a été récupéré. En revanche, il n'y a pas de remboursement supplémentaire pour l'utilisation d'agents de contraste lors des examens d'IRM. Les hôpitaux qui ont malgré tout facturé cette combinaison ont reçu un avertissement. À la suite de l'action de contrôle, le SECM a proposé de modifier la nomenclature. Depuis le 1^{er} août 2021, un nouveau code a été ajouté à la nomenclature, et une interdiction de cumul a été instaurée :

- ✦ 458975-458986 : examen d'IRM d'une articulation d'un membre, y compris l'injection du produit de contraste intra-articulaire, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique ;
- ✦ la prestation 458975-458986 ne peut être cumulée avec les prestations 455711-455722, 459513-459524, 458894-458905, 458496- 58500 ;
- ✦ règles d'application : la prestation 458975-458986 est uniquement attestable pour un examen de l'articulation de l'épaule dans le cadre d'un syndrome d'épaule instable.

Afin de mesurer l'impact, nous avons analysé une période de 3 ans avant l'action (2015, 2016 et 2017) et de 2 ans après celle-ci (2019 et 2021). 2020 n'a pas été analysé en raison de la pandémie de COVID-19, car cela aurait pu biaiser les résultats et les rendre non représentatifs de la situation réelle.

Tableau 21. Évolution du nombre de combinaisons d'arthrographie et de CT des membres avant et après l'action du SECM

	Avant l'action	Après l'action	Différence
<i>Période d'analyse</i>	<i>36 mois</i>	<i>24 mois</i>	
Nombre de combinaisons arthrographie + CT membres	65.138	3.036	
TOTAL sur 1 an	21.713	1.518	20.195
TOTAL sur 2 ans	43.426	3.036	40.390

Au cours de la période après l'action (à l'exclusion de la période de COVID-19), nous observons en moyenne 20.195 combinaisons d'arthrographie et de CT des membres par an en moins qu'au cours de la période avant l'action. La différence moyenne entre une combinaison d'arthrographie et de CT des membres et une CT articulation au cours de cette période était de 14,47 EUR. Nous estimons donc l'impact annuel à 292.221,65 EUR, soit un impact biennal de 584.443,30 EUR.

Tableau 22. Évolution du nombre de combinaisons d'arthrographie et d'IRM d'un membre avant et après l'action du SECM

	Avant l'action	Après l'action	Différence
<i>Période d'analyse</i>	<i>36 mois</i>	<i>24 mois</i>	
Nombre de combinaisons arthrographie + IRM membre	35.901	16.484	
TOTAL sur 1 an	11.967	8.242	3.725
TOTAL sur 2 ans	23.934	16.484	7.450

Nous observons une plus faible diminution pour la combinaison de l'arthrographie et de l'IRM d'un membre (3.725 prestations de moins par an en moyenne). Le prix moyen de l'arthrographie au cours de cette période était de 61,62 EUR. Nous pouvons donc estimer l'impact annuel à 229.534,50 EUR, soit un impact biennal de 459.069 EUR.

Au total, nous observons donc un impact biennal de **1.043.512,30 EUR** pour cette action.

Partie 5 – Vers une meilleure réglementation

La loi SSI évolue constamment afin d'améliorer l'efficacité de certains de ses dispositifs. Elle a été modifiée par la loi du 18 mai 2022 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé (1) et par la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé.

Nous avons présenté les modifications introduites par la loi du 18 mai 2022 dans notre rapport annuel précédent³².

Concernant la loi du 29 novembre 2022, les modifications de la loi SSI relatives au SECM sont les suivantes :

- ✦ l'élargissement de la possibilité pour l'INAMI de se constituer partie civile à l'égard des dispensateurs de soins poursuivis pénalement en cas de fraude à l'assurance soins de santé ;
- ✦ la possibilité pour le personnel d'inspection du SECM de vérifier l'identité du titulaire du compte bancaire communiqué, sur lequel les paiements des montants dus par l'assurance soins de santé sont versés ;
- ✦ la précision de l'attribution au Conseil supérieur des médecins-directeurs de la compétence de gérer la procédure relative à l'accréditation des médecins-conseils, conformément à l'article 154, alinéa 6, de la loi SSI.

³² Voir *Rapport annuel SECM. Activités 2021*, p. 52-53.

Partie 6 – Collaborations

I. PASSERELLE : AUDIT DES HÔPITAUX

L'Audit des hôpitaux³³ trouve son origine dans le premier et le deuxième plan d'action en matière de contrôle des soins de santé : la refonte des administrations de soins de santé comprend, entre autres, des passerelles et un socle commun. Le regroupement d'une partie du personnel et des moyens de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé dans une structure transversale, que constitue l'unité Audit des hôpitaux, vise à organiser un suivi des hôpitaux plus efficace, plus simple et plus transparent.

1. Audit Imagerie médicale lourde

Nous avons clôturé l'audit concernant l'imagerie médicale lourde en 2022. Nos recommandations ont pour but d'améliorer la qualité des soins de santé tout en faisant un meilleur usage des ressources disponibles, ainsi que de réduire l'exposition aux rayonnements nocifs :

- ✦ effectuer un examen de CT ou d'IRM uniquement lorsqu'ils apportent une réelle valeur médicale ;
- ✦ développer pour ce faire des politiques autour du choix de l'examen approprié, sur
 - ✧ la disponibilité des équipements,
 - ✧ le nombre d'examens disponibles,
 - ✧ le comportement prescripteur ;
- ✦ fixer une limite du nombre d'examens de CT axée sur la population ;
- ✦ introduire un outil numérique d'aide au choix des examens (clinical decision support system – CDSS). Cet outil est actuellement développé par le SPF Santé publique et l'INAMI.

Le [rapport d'audit](#) a été communiqué aux hôpitaux concernés, ainsi qu'au cabinet du ministre de la Santé publique et aux entités fédérées. Le ministre de la Santé publique utilise les résultats de l'audit pour adapter le modèle de financement des hôpitaux et soutenir la prescription rationnelle de l'imagerie médicale.

2. Audit Césarienne

L'audit de la césarienne a été clôturé en 2022. Nous n'avons pas constaté de hausse inquiétante du nombre de césariennes, mais plusieurs différences entre les hôpitaux attestant cette prestation (au niveau de la pratique et du ratio de césariennes). Sur la base de nos observations, nous avons formulé plusieurs recommandations.

- ✦ Bien que cette intervention soit salutaire tant pour la mère que pour l'enfant, il reste important qu'une (première) césarienne ne soit pratiquée que sur indication médicale et avec un consentement éclairé.
- ✦ Toutes les interventions critiques, telles qu'une césarienne urgente, doivent pouvoir avoir lieu dans les délais souhaités. Cela peut se faire par la mise en place d'un système de tri uniforme intégrant un protocole d'urgence.
- ✦ Il est également important que l'intervention puisse se dérouler dans de bonnes conditions, à tout moment. Pour ce faire, des mesures préventives peuvent être mises en place, concernant le risque d'infection et d'autres complications à court et à long terme. Il est notamment recommandé d'administrer des antibiotiques préventifs à la mère dans l'heure qui précède l'incision.

³³ Vous trouverez plus d'informations sur les activités de l'unité Audit des hôpitaux dans son rapport annuel 2022.

- ✦ Enfin, tant la continuité médicale (comme une lettre de sortie correctement rédigée) que le suivi administratif (codage correct) doivent être garantis.

Nous avons communiqué les résultats de l'[audit](#) aux hôpitaux concernés, lors de la conférence de l'Association flamande d'obstétrique et de gynécologie, et à la presse. La sensibilisation des dispensateurs de soins et des assurés sur ce sujet est en effet essentielle. Plusieurs hôpitaux nous ont signalé que l'audit les a incités à revoir leurs processus de soins.

3. Audit COVID-19

Nous avons établi quelques rapports à la demande du Comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC).

- ✦ Depuis le début de la pandémie de SARS-CoV-2 (ou pandémie de COVID-19), nous avons surveillé la conformité des hôpitaux aux directives du Comité HTSC sur la gestion de la capacité (SARS-CoV-2). En 2022, 3 rapports supplémentaires (vagues 4, 5, 6 et 7 combinées) ont été présentés au Comité HTSC.
- ✦ En outre, à partir de la deuxième vague, 3 rapports ont été rédigés dans lesquels une estimation des soins réguliers non dispensés est effectuée sur la base d'une sélection d'interventions et d'autres prestations. Il s'agit d'une approximation (proxy) du retard éventuel accumulé en matière de soins depuis le début de la pandémie.
- ✦ Par ailleurs, une note spécifique a été rédigée concernant « l'occupation historique de la capacité des unités de soins intensifs » avant le début de la pandémie. Nous avons remarqué qu'une demi-douzaine d'hôpitaux disposait d'une capacité de lits opérationnelle nettement supérieure à celle enregistrée sur la base des lits financés et qu'une dizaine d'hôpitaux disposaient, selon les mêmes données, d'une capacité opérationnelle nettement inférieure.
- ✦ Enfin, une analyse exploratoire et une note sur le problème du calcul des taux standardisés de mortalité liés au SARS-CoV-2 ont été rédigées.

Tous les rapports ont été présentés au Comité HTSC. Certain(e)s (parties de) rapports ont été expliqué(e)s à plusieurs instances fédérales, telles que la task force Cadre budgétaire pluriannuel dynamique (INAMI), le KCE, le Registre du cancer et des parties prenantes telles que GIBBIS.

Grâce à la concertation avec le Registre du cancer, nous avons également pu dresser un tableau plus détaillé de l'oncologie dans les rapports. Avec le KCE, nous avons cherché à savoir comment nous pouvions surveiller la résistance au stress du système de soins ; des indicateurs de performance ont été proposés à cette fin. Nous avons également consulté les services de médecine du travail pour voir si un lien pouvait être établi entre les absences pour maladie de courte durée et le nombre de lits d'hôpitaux fermés selon les données de l'Incident & Crisis Management System (ICMS). Il s'est avéré que ce n'était pas le cas.

Le Comité HTSC nous a fait savoir que nos analyses, conclusions et recommandations en termes de gestion de la capacité avaient été prises en compte dans la mesure du possible lors des vagues suivantes. Il a également intégré dans un plan (d'action) nos recommandations concernant le rattrapage du retard éventuel dans les soins réguliers.

Pour le travail pionnier effectué dans les parties susmentionnées, nous avons reçu un certificat de mérite lors de la remise des « Prix AISS des bonnes pratiques » le 2 mai 2022.

4. Audit Soins à basse variabilité

Les soins hospitaliers à basse variabilité sont des soins standardisables et peu complexes, qui doivent peu varier d'un patient à l'autre et d'un hôpital à l'autre. Depuis le 1^{er} janvier 2019, les hôpitaux facturent à l'assurance soins de santé un montant fixe pour ces soins via un code de pseudo-nomenclature. Les codes de nomenclature des soins attestés sont également mentionnés sur la facture, mais facturés à 0 EUR.

L'unité Audit des hôpitaux a analysé l'impact de ce nouveau mode de financement sur les séjours hospitaliers de 57 groupes de patients auxquels des soins dits « à basse variabilité » ont été facturés en 2019. Nous avons observé de grandes variations entre les hôpitaux en ce qui concerne l'application de l'algorithme des soins à basse variabilité (conditions définissant le groupe de patients) et la facturation des prestations individuelles. Cela montre que la réorganisation du financement a été un défi majeur pour plusieurs hôpitaux. Nous avons demandé à plusieurs d'entre eux des explications complémentaires : pourquoi une sélection de séjours n'était-elle pas facturée au forfait et pourquoi certains séjours n'avaient-ils pas le lien entre les données RHM34 et les données de facturation ?

II. APPROPRIATE CARE

1. Groupe de travail Quintuple AIM

Dans le contexte de l'adaptation du cadre budgétaire de l'assurance soins de santé, une task force Appropriate care a été mise en place en 2021 afin d'élaborer un programme « appropriate care » : le soin pertinent à sa juste place au moment opportun.

Le groupe de travail Quintuple AIM a été mis en place fin 2021 sous la présidence du SECM pour préparer et remettre le rapport final sur le cadre budgétaire pluriannuel 2022-2024 dans les délais impartis. Le rapport final s'inspire du rapport intermédiaire publié en 2021³⁵. Plusieurs membres du personnel du SECM ont participé très activement aux travaux de ce groupe de travail.

Le [rapport final](#) a été remis en février 2022 et contient de nombreuses recommandations.

2. Proposition d'indicateurs

La loi du 18 mai 2022 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé a modifié la procédure de proposition d'indicateurs. Tant le SECM que les associations et institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale peuvent désormais proposer un indicateur au CNPQ ou au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. Ces derniers doivent se prononcer dans les 3 mois. Un éventuel refus doit être dûment motivé.

Des indicateurs approuvés et mesurables permettent d'informer plus concrètement les dispensateurs de soins et de les sensibiliser à des soins plus appropriés. Les indicateurs constituent un seuil de justification, par rapport auquel les écarts peuvent être plus facilement identifiés. Grâce à des indicateurs univoques, les dispensateurs de soins peuvent dans un premier temps évaluer et adapter eux-mêmes leur comportement de facturation et de prescription. Si nécessaire, des mesures supplémentaires les aideront à modifier leur comportement vers plus d'appropriate care. Cela peut se faire, par exemple, par le biais d'une sensibilisation supplémentaire, d'avertissements ou de constats pouvant mener à la récupération de montants indûment versés aux dispensateurs de soins. Avec de telles mesures, nous visons plus d'appropriate care dans l'intérêt du patient.

Le SECM a soumis 3 propositions d'indicateurs au CNPQ en octobre 2022, en collaboration avec le KCE et le CEBAM. Le CNPQ a approuvé ces 3 propositions en décembre 2022. Les 3 indicateurs seront publiés au Moniteur belge en 2023, et les dispensateurs de soins concernés seront informés.

³⁴ Résumé hospitalier minimum.

³⁵ Pour plus d'informations sur le rapport intermédiaire *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024*, voir *Rapport annuel du SECM. Activités 2021*, p. 61-63.

III. AFFAIRES INTERNATIONALES – EHFCN

Depuis 2005, la cellule Affaires internationales est responsable de la gestion financière et stratégique de l'European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN). Elle représente le réseau auprès de partenaires nationaux et étrangers, dans un contexte principalement européen.

L'EHFCN a été créé en vue de coordonner et d'optimiser la lutte contre la fraude, la corruption et le gaspillage dans le secteur des soins de santé en Europe. Il se veut un lieu d'échange d'informations utiles entre tous ses membres sur les bonnes pratiques en matière de lutte contre la fraude et la corruption, tant au niveau de la réglementation en vigueur dans les pays européens qu'au niveau des techniques de contrôle et des instruments de mesure.

1. Journée Portes ouvertes

En juin 2022, l'EHFCN a organisé sa 11^e journée Portes ouvertes à Chypre, en collaboration avec l'organisation chypriote de l'assurance soins de santé (Health Insurance Organisation).

Pendant cette journée de conférence, un membre de l'EHFCN accueille les autres membres et leur présente son fonctionnement. Cela offre la possibilité d'apprendre les uns des autres, ainsi que d'échanger entre experts. Cette journée a permis de mieux comprendre le système de soins de santé chypriote et la digitalisation très poussée de celui-ci.

En outre, la conférence a permis de mesurer, d'expliquer et d'analyser l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la fraude, la corruption et le gaspillage dans le secteur de la santé. L'effet de la pandémie a été mis en évidence, notamment sur :

- ✦ la numérisation des systèmes de santé,
- ✦ la détection de la désinformation, des informations fausses et inexactes,
- ✦ la résilience et la durabilité des systèmes de santé,
- ✦ le développement de systèmes électroniques spécifiques et l'expansion des outils d'intelligence artificielle pour la détection des fraudes.

Si la pandémie de COVID-19 a constitué un terrain fertile pour la corruption (en raison de l'incertitude, des perturbations et des urgences), elle a aussi été une occasion de transformation pour les secteurs public et privé. Ceux-ci ont été amenés à renforcer leurs engagements dans la lutte contre la corruption et l'instauration d'une culture d'intégrité, de transparence et de responsabilité.

2. Délégation indonésienne

L'EHFCN a reçu la visite d'une délégation indonésienne (BPJS Kesehatan) en Belgique en décembre 2022. L'Indonésie dispose en effet d'un mécanisme d'assurance de soins de santé et souhaite l'améliorer en s'inspirant de l'expérience d'autres pays.

Lors de la visite, le mécanisme de prévention de la fraude dans le domaine des soins de santé au sein de l'EHFCN a été abordé, ainsi que l'apprentissage et l'évaluation des performances en matière de gestion de la fraude.

À l'invitation du BPJS Kesehatan, l'EHFCN a aussi participé à un séminaire international sur l'assurance soins de santé, sur le thème « Fraude dans l'assurance sanitaire sociale, prévention, détection et élimination : s'attaquer à la fraude et éliminer le gaspillage en se basant sur l'apprentissage automatique et l'intelligence artificielle ».

3. Webinaires

10 webinaires ont été réalisés en 2022 pour les membres de l'EHFCN. L'objectif est de discuter de sujets d'actualité, ainsi que de fournir des réponses aux questions des membres. Les webinaires sont animés par des experts du secteur de la santé, issus des organisations membres ou invités.

Les sujets des webinaires étaient les suivants.

- ✦ *Prévision et prévention de la fraude et des tendances de la fraude : l'importance des alertes régulières à la fraude* : ce webinaire a montré comment les alertes à la fraude peuvent aider à prédire et à prévenir la fraude dans les secteurs public et privé. L'exemple utilisé pour ce faire était l'impact du départ des expatriés d'Afghanistan à la fin du mois d'août 2021 (les États-Unis avaient décidé de quitter le pays) et les conséquences de ce départ sur l'assurance soins de santé.
- ✦ *Conflits d'intérêts en médecine : la perspective allemande* : ce webinaire a permis de mieux comprendre la genèse des conflits d'intérêts dans le secteur de la médecine en pointant le financement de la recherche médicale en Allemagne, le rôle des entreprises pharmaceutiques, l'influence politique et la réglementation.
- ✦ *Nouvelle législation anti-corruption portugaise : pourquoi cette réglementation est-elle si innovante ?* L'objectif de ce webinaire était d'expliquer les nouveaux mécanismes de lutte contre la corruption (en général) mis en place par le gouvernement portugais, en particulier la dénonciation, la protection des dénonciateurs, la gestion des risques, le plan de prévention de la corruption et des délits connexes.
- ✦ *L'utilisation de l'intelligence artificielle pour améliorer la qualité des données de la facturation papier par les soignants* : ce webinaire a montré comment un O.A. belge a implémenté l'intelligence artificielle pour améliorer le traitement de la facturation papier. Les forces et les faiblesses de ce procédé ont été mises en avant.
- ✦ *Corruption : l'indice de perception de la corruption dans le monde* : l'indice de perception de la corruption de Transparency International classe 180 pays et territoires du monde en fonction de leur niveau perçu de corruption dans le secteur public. Les résultats sont présentés sous forme d'un score de 0 (très corrompu) à 100 (moins corrompu). Malgré de multiples engagements, 131 pays n'ont pas fait de progrès significatifs dans la lutte contre la corruption au cours de la dernière décennie. Par ailleurs, en 2021, la pandémie de COVID-19 a également servi de prétexte à de nombreux pays pour restreindre les libertés fondamentales et contourner d'importants mécanismes de contrôle. Ce webinaire a permis de faire le tour de la corruption et de décrire ses évolutions dans le monde.
- ✦ *Le guide des technologies anti-contrefaçon de l'EUIPO* : l'Observatoire de l'office de l'Union européenne pour la propriété intellectuelle (EUIPO) a élaboré un guide des technologies anti-contrefaçon afin d'expliquer à toutes les parties prenantes quelles sont les technologies existantes pour protéger les marchandises contre la contrefaçon, dans un langage clair et simple.
- ✦ *L'intelligence artificielle dans les soins de santé : utilisation de l'intelligence artificielle par la Caisse nationale de santé luxembourgeoise et l'Organisation nationale pour le service de soins de santé grecque* : ce webinaire a présenté la manière dont ces 2 institutions travaillent avec l'intelligence artificielle, les outils et algorithmes qu'elles utilisent et ce qu'elles souhaitent mettre en place dans le futur.
- ✦ *Comment renforcer l'intégrité dans le secteur de la santé dans des sociétés en mutation : l'intégrité au travail* : ce webinaire a présenté différentes approches de l'intégrité au travail : sa définition, comment elle est comprise et gérée. Le webinaire s'est concentré sur la manière dont

(les personnes dans) les organisations peuvent comprendre/gérer l'intégrité de leur organisation/travail.

- ✦ *Comment renforcer l'intégrité dans le secteur de la santé dans des sociétés en mutation* : les analystes des risques de fraude et de corruption, dans le domaine des services de santé, travaillent souvent dans des scénarios décontextualisés (le contexte de travail concret n'est pas ou peu connu), où la relation entre les médecins et les patients s'inscrit dans un cadre de vulnérabilité organisationnelle et de manque de règles. Le webinaire a offert des idées et des suggestions concrètes sur la manière de renforcer la perception des rôles des 2 côtés et de construire des relations.
- ✦ *Comment fonctionne l'IKZ aux Pays-Bas ?* L'Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) est un organisme qui chapeaute 9 organisations aux Pays-Bas en vue de lutter contre la fraude dans le domaine des soins de santé. L'IKZ a 2 objectifs :
 - ✧ identifier les signaux de fraude dans le domaine des soins de santé,
 - ✧ signaler les tendances et les phénomènes perçus.

4. Groupe de travail sur l'intelligence artificielle

Le groupe de travail consacré à l'intelligence artificielle dans le domaine des soins de santé, créé en 2020 et composé d'experts issus d'organisations membres de l'EHFCN, a poursuivi ses activités. Ses ambitions sont de :

- ✦ avoir une vue d'ensemble sur l'intelligence artificielle actuellement (situation juridique et éthique, infrastructure du système et renforcement des capacités, etc.) ;
- ✦ cartographier les opportunités existantes de mise en œuvre, c'est-à-dire l'utilisation d'outils communs ou similaires dans différents États membres de l'Union européenne, afin de fournir aux membres de l'EHFCN un outil en libre accès, un modèle et un exemple pour l'intelligence artificielle en vue d'un développement ultérieur ;
- ✦ permettre aux membres de rendre compte régulièrement de leurs activités et de leurs résultats au sein du groupe de travail, en utilisant des domaines pilotes communs spécifiques.

5. Assemblée générale et Plan stratégique

L'Assemblée générale de l'EHFCN s'est réunie en décembre 2022. Il s'agit d'une réunion importante pour les membres, pour :

- ✦ définir les politiques générales,
- ✦ élire et nommer les personnes chargées d'exercer les fonctions dans le Comité exécutif,
- ✦ approuver les comptes annuels,
- ✦ discuter entre autres du suivi des projets du Plan d'action annuel et du Plan stratégique de l'EHFCN. Ce Plan stratégique vise aussi à se rapprocher davantage des membres, à les impliquer et les informer davantage des activités du réseau.

IV. RESPONSABILISATION FINANCIÈRE DES ORGANISMES ASSUREURS

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, une partie du montant qu'un O.A. reçoit annuellement est liée à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ces 20 % représentent les « frais d'administration variables »³⁶.

Tous les services de l'INAMI et de l'Office de contrôle des mutualités réalisent des analyses sur la façon dont les O.A. remplissent leur mission légale et la qualité de ce travail. L'INAMI transmet les résultats de ces analyses à l'Office de contrôle des mutualités. Au moyen d'échelles de scores, celui-ci convertit les résultats des analyses en valeurs pécuniaires et diminue par O.A. les frais d'administration variables de cette valeur pécuniaire³⁷.

Il est à noter que cette responsabilisation des O.A. est un système de sanction. Si les O.A. obtiennent de mauvais scores, une partie des frais variables est retenue. En revanche, si les O.A. obtiennent de bons scores, ils profitent du montant total. Il ne s'agit donc pas de récompenses.

En 2022, nous étions impliqués dans l'évaluation des indicateurs suivants. Le délai de recours n'étant pas encore écoulé, nous ne pouvons communiquer que des résultats provisoires.

1. Réinsertion socioprofessionnelle des assurés en incapacité de travail : actions des médecins-conseils

Dans le cadre de la réinsertion socioprofessionnelle des assurés en incapacité de travail, le médecin-conseil et/ou son équipe médico-socio-administrative doivent entreprendre certaines actions à certains moments pour certains assurés : convocations/contacts, catégorisation de l'invalidité, suivi par le médecin-conseil et par le médecin du travail³⁸.

Nous avons contrôlé si ces actions ont été réalisées dans les délais fixés par l'arrêté royal du 8 novembre 2016. Pour ce faire, nous avons sélectionné un échantillon représentatif d'assurés qui sont restés au moins 9 mois en incapacité de travail.

Nous avons constaté que le pourcentage de dossiers dans lesquels les conditions fixées par l'arrêté royal du 8 novembre 2016 n'ont pas été respectées par les O.A. se situe entre 5,26 % et 80,55 %.

2. Communication via IDES de propositions de motivation de l'état d'incapacité

Afin de permettre au Service des indemnités de l'INAMI d'accomplir aisément sa tâche de contrôle, le médecin-conseil doit envoyer à la direction médicale de son O.A., entre le premier et le dernier jour du onzième mois de l'incapacité de travail primaire, une proposition dans laquelle l'état d'incapacité du patient est motivé. Les directions médicales des O.A. doivent envoyer ces données (les flux INV01) à l'INAMI via IDES.

Nous avons examiné si elles ont envoyé ces données au plus tard à la fin de la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire, dans un échantillon représentatif de dossiers. Les dossiers transmis ultérieurement ont été considérés comme erronés.

Étant donné que les O.A. ne sont pas responsables de tous les retards, le Comité général de gestion de l'INAMI a introduit une marge de tolérance ou d'immunité de 7,5 %. Cela signifie que, si le nombre de dossiers en retard est inférieur à 7,5 %, aucun score d'erreur ou de retard n'est attribué.

Les résultats sont très différents entre les O.A. et varient entre 0,00 % et 11,27 %.

³⁶ Ces frais d'administration variables s'élevaient initialement à 10 % du montant reçu annuellement par un O.A. À partir de la modification de la loi SSI le 11 avril 2019, ce pourcentage a graduellement été augmenté jusqu'à 20 % en 2022.

³⁷ A.R. du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

³⁸ A.R. du 8 novembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI, en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle.

3. Respect des règles de remboursement de certaines prestations de soins de santé

a) Prestations pharmaceutiques

Les prestations d'application de collyre ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire³⁹ peuvent uniquement être attestées dans les 30 jours qui suivent le jour de l'intervention chirurgicale.

Nous avons constaté que les O.A. ne contrôlent pas correctement cette règle. Le pourcentage d'assurés pour lesquels les conditions n'ont pas été respectées varie entre 6,79 % et 20,57 %.

b) Prestations de physiothérapie et/ou de révalidation

Nous avons examiné l'application correcte des règles de remboursement des prestations de rééducation associée à de l'ergothérapie après la fin d'un traitement de rééducation pluridisciplinaire pour une affection de la liste limitative en vue d'optimiser et de conserver le résultat obtenu⁴⁰. Ces prestations peuvent uniquement être attestées par

- ✦ le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation,
- ✦ ou le médecin spécialiste en réadaptation neurologique, respiratoire ou locomotrice, reconnu par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions ;
- ✦ pour les prestations attestées avec le code de nomenclature 558014-558025, 558832-558843 et 558994, il y a une limitation aux affections qui ressortissent à l'agrément de réadaptation des médecins.

Nous avons constaté que le pourcentage des prestations qui ont été indûment remboursées à des assurés par les O.A. varie entre 1,44 % et 3,36 %.

c) Conclusion

Globalement, le pourcentage d'erreurs dans l'application des règles de remboursement des prestations de soins de santé varie entre 4,12 % et 11,51 %.

4. Qualité des données via New Attest

Nous avons évalué la qualité des données que les O.A. nous ont transmises via la plateforme New Attest pour les 8 critères suivants :

- ✦ le côté traité (latéralité) droite/gauche ;
- ✦ le numéro de la dent ;
- ✦ le numéro de facturation unique de l'appareil d'imagerie médicale ;
- ✦ le régime du tiers payant ;
- ✦ l'identification des établissements et/ou services de soins ;
- ✦ le numéro BCE ;
- ✦ l'utilisation de codes qui n'existent plus depuis le 1^{er} janvier 2006 ;
- ✦ le numéro de l'enregistrement pour lequel un code implant doit être mentionné dans le dossier de facturation.

Le pourcentage global d'erreurs varie cette année entre 7,51 % et 27,29 %.

³⁹ Codes de nomenclature 424292, 424454, 424594, 427873 et 424756.

⁴⁰ Codes de nomenclature 558434-558445, 558810-558821, 558014-558025, 558832-558843 et 558994.

V. PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DES SOINS DE SANTÉ 2021-2023

Le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé contient des mesures et des points d'action en vue d'une utilisation plus performante des ressources dans le secteur des soins de santé. L'INAMI a élaboré le premier plan d'action en 2016 à la demande du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Ce plan d'action est suivi au sein de la Commission anti-fraude⁴¹, sous la présidence de l'administrateur général de l'INAMI.

En 2021, un nouveau plan d'action a été élaboré en mettant l'accent sur les actions pour lesquelles les différents acteurs⁴² ont une valeur ajoutée afin de renforcer la synergie. Le Conseil général a approuvé le plan d'action en décembre 2021. Sa mise en œuvre a lieu en 2022 et 2023.

Le plan d'action est axé sur la prévention et sur des mesures structurelles. Les actions en matière d'efficacité et d'efficience n'ont pas été reprises car, lors de l'élaboration, une taskforce Appropriate care travaillait en même temps sur le budget pluriannuel.

Le plan d'action comprend 7 thématiques de collaboration intensive entre les divers acteurs :

- ✦ données de facturation accessibles et de qualité,
- ✦ seuils financiers abusifs qui limitent l'accès aux soins,
- ✦ prévenir de façon structurelle les erreurs administratives, les cas d'abus et de fraude,
- ✦ suspension et radiation de dispensateurs de soins,
- ✦ fraude liée à la COVID,
- ✦ impliquer et responsabiliser les assurés et les dispensateurs de soins,
- ✦ Audit des hôpitaux.

Des moyens financiers limités ont été sollicités pour plusieurs projets structurels dans le contrat d'administration de l'INAMI (2022-2025), mais n'ont pas été obtenus. Nous ne pourrions dès lors pas mener à bien ces projets. Cependant, nous faisons de notre mieux pour obtenir encore les moyens nécessaires à la réalisation de ces projets essentiels.

Nous avons travaillé en 2022 aux activités relatives à l'Audit des hôpitaux⁴³ et à l'action de contrôle nationale sur les maisons médicales, encore en cours.

⁴¹ Loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé.

⁴² L'INAMI : le SECM, le Service des soins de santé et le Service du contrôle administratif ; les O.A., le Collège intermutualiste national, l'Agence intermutualiste et le SPF Santé publique.

⁴³ Voir « [Passerelle : Audit des hôpitaux](#) », p. 57-59.

Partie 7 – Bilan financier

L'objectif final du SECM, en tant que service d'inspection, est d'avoir un impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs et institutions de soins. Étant donné que notre service fait partie de l'INAMI, une institution de la sécurité sociale, il est important qu'il y ait aussi un impact financier. Dans cette partie, vous trouverez un aperçu des montants récupérés en 2022 et des montants mentionnés dans la partie Impact.

I. RÉCUPÉRATIONS

Le SECM a obtenu le paiement d'un montant total de **14.879.654,75 EUR** en 2022, dans le cadre de ses actions de contrôle (clôturées ou non).

Tableau 23. Paiements en 2022

Types de paiement	Montant (EUR)
Remboursement volontaire (avant décision de procédure administrative)	12.554.907,35
Paiement après décision de procédure administrative	2.324.747,40
TOTAL	14.879.654,75

Les remboursements volontaires concernent des montants portés à grief (par PVC) et remboursés avant la décision (éventuelle) du Fonctionnaire dirigeant ou d'une des juridictions administratives (Chambre de première instance et Chambre de recours).

Les paiements après une décision du Fonctionnaire dirigeant ou d'une des juridictions administratives concernent tant les remboursements imposés que les éventuelles amendes. Ces montants peuvent être récupérés soit par le paiement des concernés, soit, en cas de refus de paiement, via le SPF Finances et les O.A. (en application de l'article 206*bis* de la loi SSI).

II. DÉPENSES DIMINUÉES

L'impact financier du SECM peut aussi être mesuré par la diminution de certaines dépenses indues, après un premier PVC et après certaines missions nationales⁴⁴.

En 2019, il y avait au total 244 PVC pour 209 actions de contrôle. Pour un certain nombre de dispensateurs et d'institutions de soins ayant reçu un premier PVC en 2019, il n'a pas encore été possible de réaliser une mesure d'impact automatisée sur la base des données disponibles. Cette mesure d'impact automatisée a été réalisée pour 67 des 209 dossiers de contrôle, avec un montant total porté à grief de 3.865.450,89 EUR. Pour ces 67 actions de contrôle, la diminution des facturations pendant 2 ans s'élève à **5.403.247,75 EUR**.

Pour les 142 autres dossiers de contrôle, d'un montant total de 5.203.675,82 EUR, nous supposons, sur la base du montant relatif porté à grief, une diminution similaire pendant 2 ans de **7.273.860,27 EUR**.

L'impact biennal total des missions nationales présentées au Comité du SECM en 2019 s'élève quant à lui à **3.835.552,78 EUR**.

⁴⁴ Voir « [Impact](#) », p. 47-55.

Tableau 24. Impact biennal des actions menées en 2019

Action	Montant (EUR)
Premier PVC en 2019 (mesure d'impact automatisée)	5.403.247,75
Premier PVC en 2019 (généralisation)	7.273.860,27
Missions nationales présentées au Comité du SECM en 2019	3.835.552,78
TOTAL	16.512.660,80

III. BILAN FINANCIER GLOBAL

Sur la base des données susmentionnées, le bilan financier global des actions du SECM mesuré en 2022 s'élève à **31,4 millions d'EUR**.

Bien entendu, notre impact s'étend plus loin et n'est pas toujours chiffrable. Nous ne pouvons pas mesurer l'impact financier de certaines actions (comme les conférences et les demandes d'adaptation de la nomenclature) et nous avons limité nos mesures d'impact aux missions nationales présentées au Comité du SECM en 2019. Enfin, ce rapport annuel rend aussi les dispensateurs et institutions de soins, ainsi que les assurés, conscients de l'importance d'une attestation correcte des prestations pour la durabilité de soins de santé de qualité et accessibles.

Liste des abréviations

BOD	Beslissingsorgaan/organe décisionnel
CEBAM	Centre belge pour l'evidence-based medicine
CNPQ	Conseil national de promotion de la qualité
CTM	Conseil technique médical
EBM	Evidence-based medicine
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
HTSC	Hospital & Transport Surge Capacity
ICE	Directions Information, Contrôle, Évaluation du SECM
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
Loi SSI	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994
O.A.	Organisme assureur
PVC	Procès-verbal de constat

Plus d'informations ?

Avez-vous des questions à propos de cette publication ?

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