

# Rapport annuel SECM

## Activités 2016





# Avant-propos du fonctionnaire-dirigeant

Voici mon dernier avant-propos d'un rapport d'activités du SECM. En effet, en octobre prochain, je quitterai mes fonctions après plus de 18 ans de bons et loyaux services à la direction du SECM. Mes collaborateurs du staff reprendront le flambeau. Quant à mon successeur, il sera désigné ultérieurement.

Je pars donc avec émotion mais aussi avec quelques sentiments mitigés. Certes, fierté et satisfaction du devoir accompli prédominent. Néanmoins, le regret du départ et une once d'insatisfaction sont également de la partie car il subsiste tellement de défis à relever dans l'assurance maladie... Depuis juillet 1999 (c'était au siècle passé !), bon nombre de choses se sont passées au niveau du contrôle médical. La mission de notre Service a pris de l'ampleur et s'est étendue à l'information et à l'évaluation (2002). Le "SCM" est devenu le "SECM". De nouvelles structures ont été créées, par l'élargissement des compétences de récupération et de sanction du fonctionnaire-dirigeant et par l'instauration des Chambres de première instance et des Chambre de recours (depuis 2007). Le Comité du SECM est par ailleurs devenu une chambre de renvoi pour les dossiers de surconsommation. Les procédures juridiques ont été précisées et affûtées. La politique de contrôle s'est davantage focalisée sur la prévention et l'approche thématique. Dans ce contexte, le Service a, en 2016, joué un rôle précurseur dans le cadre de l'ambitieux projet "Soins efficaces", en étroite collaboration avec le Service des soins de santé.

Bien que plus de 30 % du personnel d'inspection et du personnel administratif soit parti à la retraite au cours de ces dernières années, l'efficacité et l'efficiency du Service ont néanmoins augmenté. Cela est dû :

- à un dossier électronique intégré bien développé ;
- à une meilleure disponibilité des données AMI ;
- à l'approche thématique et par projet du contrôle et de l'évaluation ;
- à l'expertise développée et structurée ;
- au filtre et à la définition des priorités.

Un élément crucial dans cette réussite fut la motivation et la collaboration du personnel de tous niveaux et de toutes disciplines. Le Service comptait encore quelque 115 médecins-inspecteurs vers l'an 2000. Nous avons aujourd'hui atteint la limite minimum critique de 75 médecins-inspecteurs. Il s'agit là d'un point d'attention important !

Ces 15 dernières années, le Service a connu une réforme profonde et d'envergure. Dès 2015, il a basculé dans une nouvelle structure matricielle composée de sites provinciaux dans les services régionaux et de cinq domaines d'expertise. Au niveau central, les services de support gèrent dorénavant la communication, les questions juridiques, le secrétariat de direction, les relations internationales, les RH, l'analyse data, le screening, le filtre, l'ICT et la logistique. Depuis 2016, pratiquement toutes les fonctions dirigeantes et techniques de ces nouvelles structures sont pourvues via recrutement ou promotion. Autrement dit, la grande réforme touche "presque" à sa fin.

Je dis bien "presque" car entre-temps d'autres défis se profilent à l'horizon. Le Service a récemment été approché en vue de jouer un rôle essentiel dans le développement d'un audit structuré des hôpitaux. Cet audit sera inter-institutionnel. Il se déroulera donc en collaboration avec le SdSS, le SPF Santé publique et l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN). La Ministre De Block a dégagé un budget spécifique à cet effet. Il s'agit d'une énorme opportunité pour l'avenir du SECM ! Le projet s'inscrit aussi dans le contexte du déménagement vers le bâtiment Galilée où les passerelles requises entre les institutions concernées (SPF Santé publique et AFMPS) seront développées. 2016 fut également l'année du déménagement "CoHabitat" à Arlon et à Gand, de l'ancrage légal du principe d'"extrapolation" pour les constatations d'infractions, de l'extension du délai de prescription

de constatations de deux à trois ans et des premières suspensions du régime du tiers payant en cas d'indices graves et précis de fraude.

Autant de changements récents non sans importance pour les missions et compétences du SECM ! Le Service s'est entre-temps développé en une entité à part entière, professionnelle et bien structurée au sein de l'assurance maladie en général, et de l'INAMI en particulier.

L'avenir se caractérise par une évolution technologique et scientifique de plus en plus poussée, une démographie vieillissante, des patients plus émancipés qui osent s'exprimer ouvertement mais aussi par un manque permanent de moyens disponibles. C'est pourquoi notre Service devient, plus que jamais, une composante essentielle du système de l'assurance sociale. Il a un rôle capital à jouer dans l'utilisation correcte des moyens et dans la lutte contre le gaspillage des finances dans le secteur des soins de santé constaté également en dehors de la fraude ou de la corruption. Le SECM peut contrôler, analyser et évaluer au niveau médical jusqu'au niveau du patient individuel et du dispensateur de soins, via le dossier médical et, si nécessaire, après examen médical. Une compétence unique non négligeable pour le SECM !

Aujourd'hui, nous nous retrouvons face à un changement de paradigme : d'un remboursement des soins de santé (correctement et réellement) effectués vers un remboursement des soins de qualité. Facile à dire, certes, mais cela fait un monde de différence. Et à nouveau une énorme opportunité pour le SECM ! Cela représente d'emblée une vision d'espoir sur l'avenir... et sur la noble mission de notre Service.

Enfin, je voudrais clore cet avant-propos par de chaleureux et sincères remerciements pour tous les agents du SECM qui au travers (et parfois aussi aux dépens) de leur travail quotidien ont collaboré à ce fantastique processus de réforme. Je remercie aussi tous les collaborateurs des autres services, départements et directions de l'INAMI !

Je souhaite un bel avenir à tous ceux et celles qui restent pour parachever le projet pharaonique de l'"assurance maladie".

Je vous souhaite beaucoup de succès !

Bernard Hepp

## TABLE DES MATIERES

<b>Avant-propos du fonctionnaire-dirigeant.....</b>	<b>3</b>
<b>Partie 1 : L'organisation .....</b>	<b>7</b>
Le Service d'Evaluation et de contrôle médicaux (SECM).....	9
Le personnel .....	10
La structure organisationnelle.....	12
<b>Partie 2 : Les activités .....</b>	<b>13</b>
I. Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017.....	15
II. Contrôle.....	17
III. Récupération et mesures imposées par les organes compétents .....	30
1. <i>Organes d'administration active</i> .....	33
2. <i>Les juridictions administratives</i> .....	36
IV. Expertise.....	41
V. Information .....	49
VI. Affaires juridiques et Contentieux .....	52
VII. Communication.....	53
<b>Plus d'informations ? .....</b>	<b>54</b>



# Partie 1 : L'organisation





# LE SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX (SECM)

## Mission

Afin de garantir une utilisation optimale du budget de l'État pour l'assurance maladie, le SECM veille entre autres à ce que tous les acteurs concernés (dispensateurs de soins, gestionnaires d'établissements de soins, organismes assureurs [OA], assurés sociaux, etc.) respectent scrupuleusement leurs obligations dans un cadre légal et réglementaire adéquat. Ce rôle social est aujourd'hui d'autant plus pertinent qu'il convient aussi de garantir des soins de santé durables et de qualité dans un contexte d'économies.

Le SECM est un des acteurs qui contribue à veiller à cette utilisation optimale. Aussi, autant que possible, le Service remplira sa mission dans le cadre d'une collaboration constructive avec les parties intéressées. Un tel partenariat repose sur un respect mutuel.

Pour ce faire, le SECM suit une politique basée sur trois piliers : l'information, le contrôle et l'évaluation.

Au moment où le Service du contrôle médical a été rebaptisé en 2002 Service **d'évaluation et de contrôle** médicaux, s'est manifestée la volonté de passer d'actions purement répressives à des actions d'information et de prévention.

## Actions possibles :

- Diffuser de l'information aux dispensateurs de soins
- Évaluer les prestations, prescrites ou réalisées, de l'assurance soins de santé
- Contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur les plans de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi ainsi que la surconsommation
- Faire exécuter les décisions prises par le Fonctionnaire dirigeant, le Comité, les Chambres de première instance et de recours.

## Objectifs du contrat d'administration 2016-2018

Article 31 = réforme interne

Article 32 = gestion informatisée des dossiers

Article 35 = collaboration avec la Cellule Soins efficaces

# LE PERSONNEL

## Personnel SECM au 31 décembre 2016

Tableau 1

	Central			Provincial			TOTAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Médecin-directeur général	1		1				1
Médecin-inspecteur général	1	1	2				2
Médecin-inspecteur directeur				2	6	8	8
Médecin-inspecteur	5	5	10	31	24	55	65
Pharmacien-inspecteur	4	3	7				7
Infirmier-contrôleur				20	13	33	33
Juriste (niv. attaché)	5	5	10				10
Juriste (niv. conseiller)		1	1				1
Expert SMALS (statisticien, data-analyste)	1	1	2				2
Conseiller (service central)	1						1
Attaché (central et provincial)	6	2	8	5	1	6	14
Expert administratif (niv. B)	2	1	3	3	4	7	10
Assistant administratif (niv. C)	7	8	15	30	19	49	64
Collaborateur administratif (niv. D)	4	5	9	7	5	12	21
Détaché (niv. A, juriste)	1	1	2				2
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>71</b>	<b>98</b>	<b>72</b>	<b>170</b>	<b>241</b>

Le nombre d'effectifs a **donc baissé de 321 à 241** entre 2011 en 2016.

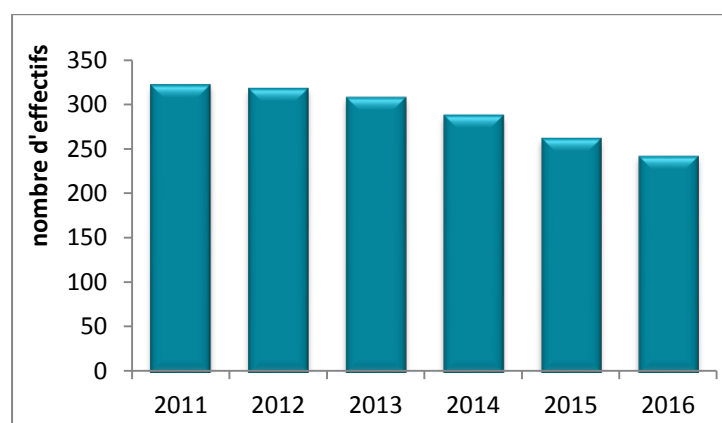
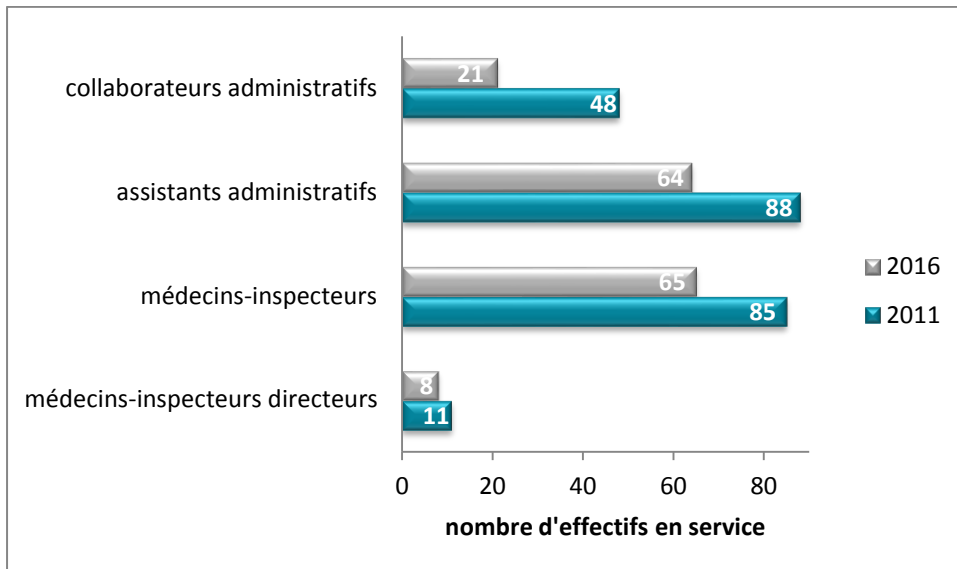


Illustration 1

Cette baisse est due

- à la vague de départs à la pension ;
- au nombre restreint d'engagements suite à la pause du recrutement ;
- au transfert de tâches et de personnel pour les Commissions régionales du Conseil médical d'invalidité (CR-CMI) vers le Service Indemnités.

Le nombre de départs est le plus élevé parmi les groupes suivants du personnel :

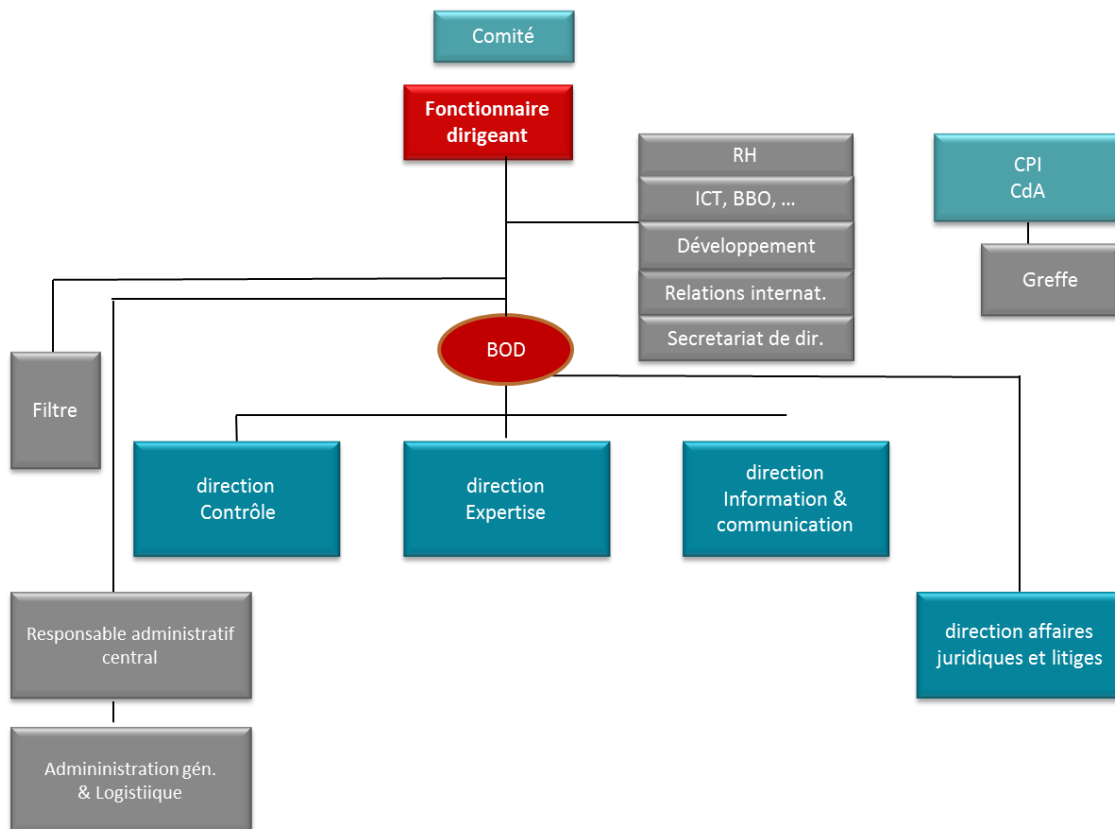


**Illustration 2**

# LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

La diminution des effectifs dure depuis plusieurs années déjà. Elle a contraint le SECM à revoir en profondeur son fonctionnement. C'est pourquoi le SECM a lancé en 2013 un programme de réforme afin de veiller à une meilleure structure organisationnelle, assortie d'une stratégie éclairée, de processus de fonctionnement efficaces, d'une gestion des connaissances et d'une collaboration multidisciplinaire. C'est la seule façon pour le SECM d'atteindre ses objectifs tout en devant faire face à une diminution de ses effectifs.

2016 est une année cruciale, car le nouveau modèle organisationnel prend sa forme définitive, comme le montre la Figure 3.



**Illustration 3**

L'instrument d'évaluation Activités-Moyens-Projets (AMP) a constitué une deuxième étape, lancée en 2015 pour une partie du personnel avant d'être déployée pour l'ensemble des membres du personnel du Service en 2016.

L'AMP donne un aperçu des projets en cours ainsi que des moyens et des compétences investis dans ce cadre. Cela permet de fixer plus précisément l'investissement attendu en termes de moyens, l'établissement de priorités, et une répartition optimale de la charge de travail. En outre, l'AMP indique quelles sont les ressources humaines nécessaires pour chaque mission.

Le BOD (Beslissings Orga(a)n(e) de Décision), composé des responsables des 4 directions et du Filtre et présidé par le fonctionnaire-dirigeant, prend des décisions au sujet de la politique ICE.

## Partie 2 : Les activités



# I. PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DES SOINS DE SANTÉ 2016-2017

## Description

En période d'économies, le secteur des soins de santé tend lui aussi vers un bon usage des moyens, l'efficacité des soins et un contrôle performant.

Début 2016, l'INAMI a créé une taskforce "Soins efficaces" présidée par monsieur J. De Cock, administrateur général de l'INAMI. Les OA et les dispensateurs de soins y étaient également représentés.

L'objectif de cette taskforce était d'examiner où des économies étaient possibles ou souhaitables. Lors des discussions de la taskforce, les intéressés ont abordé les gaspillages détectés et ont élaboré des propositions pour plus d'efficacité, de qualité et de sécurité des patients. La taskforce a dressé l'inventaire de toutes les initiatives possibles et les a transmises à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

La ministre entendait également miser davantage sur la politique intégrée visant à contrer les attestations frauduleuses, la surconsommation médicale et le gaspillage.

Elle avait ordonné la concrétisation des propositions de la taskforce en un plan d'action réaliste. En réaction, la taskforce a élaboré une stratégie générale sous forme de "Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017".

Concrètement, ce Plan d'action comprend :

- 15 mesures structurelles en matière de contrôle des soins de santé ;
- 9 mesures spécifiques en vue d'augmenter l'efficacité des soins de santé ;
- 10 mesures et actions spécifiques en matière de lutte contre la fraude.

Ces mesures doivent aboutir à des corrections dans les différents secteurs des soins de santé à court, moyen et long termes.

## Input du SECM

Comme partie concernée, nous avons joué un rôle actif dans la taskforce et avons formulé de nombreuses propositions.

Grâce à l'enthousiasme de nombre de nos agents des services régionaux et centraux, nous avons apporté une large contribution :

- Nous avons formulé 22 propositions propres.
- Pour 13 propositions du SdSS, nous avons formulé nos remarques et fourni des informations complémentaires ou formulé des propositions supplémentaires sur le même thème.
- Nous avons répondu à 6 questions spécifiques de la taskforce.

Sur les 41 documents transmis, 32 ont été repris partiellement ou intégralement dans le Plan d'action final.

## Actions pour le SECM

Le SECM sera actif dans les chapitres suivants du Plan d'action :

### Chapitre 4 : Mesures structurelles en matière de contrôle des soins de santé

- Exécution de l'article 77sexies de la loi SSI (suspension temporaire du tiers payant)
- Mise en place d'une méthodologie profils de patients
- Audit systématique des hôpitaux
- Plafond de remboursement praticiens de l'art infirmier

### Chapitre 5 : Mesures dans le cadre de la lutte contre la fraude

- Contrôle des profils élevés chez les praticiens de l'art infirmier
- Appareils RMN non agréés
- Transport urgent de patients
- Contrôle des bandagistes
- Médicaments sujets à la fraude
- Contrôle a posteriori des CT Rochers
- Suivi du plafond des prestations de kinésithérapie
- Contrôle du statut E en kinésithérapie
- Contrôle des outliers en logopédie

### Chapitre 6 : Mesures en matière de soins efficaces

- Prestations de diagnostic chez les connexistes
- Contrôle des centres cardiaques
- Prescription d'imagerie médicale par les médecins généralistes
- Plan d'action "Pertinence des soins" (France)
- Profils de patients - praticiens de l'art dentaire
- Comportement de prescription des médecins en ce qui concerne la bandagisterie
- Radioscopie de l'article 17 et audit du protocole d'accord imagerie médicale lourde

Ces actions ont été reprises dans le plan opérationnel du SECM de 2017.

### **Vous souhaitez davantage d'informations ?**

Vous trouverez davantage d'informations concernant ces actions sur le site web de l'INAMI : [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) > Publications > Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé



## II. CONTROLE

Dans le rapport annuel 2016, nous présentons les chiffres qui ont été actualisés le 18 juillet 2017. Par conséquent, si nous présentons des évolutions et/ou des comparaisons par rapport aux chiffres d'années précédentes, il se peut que, pour les motifs évoqués ci-avant, il y ait parfois de légères différences eu égard aux rapports annuels précédents.

### 1. Résultats généraux

En 2016, 602 enquêtes de contrôle ont été clôturées avec un montant indu de 8.766.783 EUR.

#### a. Enquêtes de contrôle clôturées en 2016

Tableau 2

Qualification de l'intéressé	Nombre	%
Médecins généralistes	71	11,8
Médecins spécialistes	61	10,1
Pharmaciens	22	3,6
Dentistes	29	4,8
Sages-femmes	2	0,3
Praticiens de l'art infirmier	153	25,4
Kinésithérapeutes	27	4,5
Logopèdes	9	1,5
Orthopédistes	2	0,3
Bandagistes	6	1,0
Ergothérapeutes	1	0,2
Services intégrés de soins à domicile	1	0,2
Groupe de dispensateurs de soins	10	1,7
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	72	12,0
Maisons de repos pour personnes âgées	2	0,3
Maisons de repos et de soins	1	0,2
Maisons médicales	1	0,2
Laboratoires agréés	13	2,2
Assurés	82	13,6
Autres	37	6,1
<b>TOTAL</b>	<b>602</b>	

**b. Aperçu de toutes les enquêtes de contrôle clôturées en 2016, suivant la décision**

**Tableau 3**

	Type d'enquête	Nombre	%	Montant à charge EUR	Remboursement volontaire EUR
Négatif	plainte classée sans suite	3	0,5		
	plainte hors compétences du SECM	4	0,6		
	après enquête	107	17,8		
	informative	44	7,3		
Positif	action pour tiers	107	17,8	432.295	537
	avertissement	54	9,0		
	avertissement après remboursement volontaire	203	33,7	3.908.762	3.916.207
	à poursuivre	78	13,0	4.423.419	1.184.098
	à classer	2	0,3	2.307	2.307
<b>TOTAL</b>		<b>602</b>	<b>100</b>	<b>8.766.783</b>	<b>5.103.149</b>

La catégorie « **Négatif** » comprend les cas où, **après enquête** :

- la plainte ne relève pas des compétences du SECM ;
- les soupçons d'erreurs ou de fraude ne sont pas fondés ou prouvés.

La sous-catégorie « informative » concerne les enquêtes de contrôle qui, après audition du plaignant et/ou du dispensateur de soins, ont été clôturées sans constatation d'infraction.

La catégorie « **Positif** » comprend les cas où une infraction a été constatée. Parfois un dossier est clôturé après un remboursement volontaire total. Ceux-ci sont renvoyés vers le Fonctionnaire-dirigeant ou la Chambre de première instance. Pour certains dossiers, d'autres instances sont compétentes. De tels cas sont transmis à des tiers, comme le Service du contrôle administratif, l'Auditeur du travail, le Procureur du Roi, l'Ordre des médecins, l'AFMPS, ... Une procédure n'est engagée que pour un nombre limité de dossiers.

Pour les sous-catégories « avertissement » et « avertissement après remboursement spontané », aucune procédure n'est lancée auprès du Fonctionnaire-dirigeant ou des juridictions administratives mais un avertissement est envoyé avec, le cas échéant, le remboursement spontané des prestations indues.

**c. Infractions constatées**

le nombre total d'infractions constatées en 2016 s'élève à **538.433**.

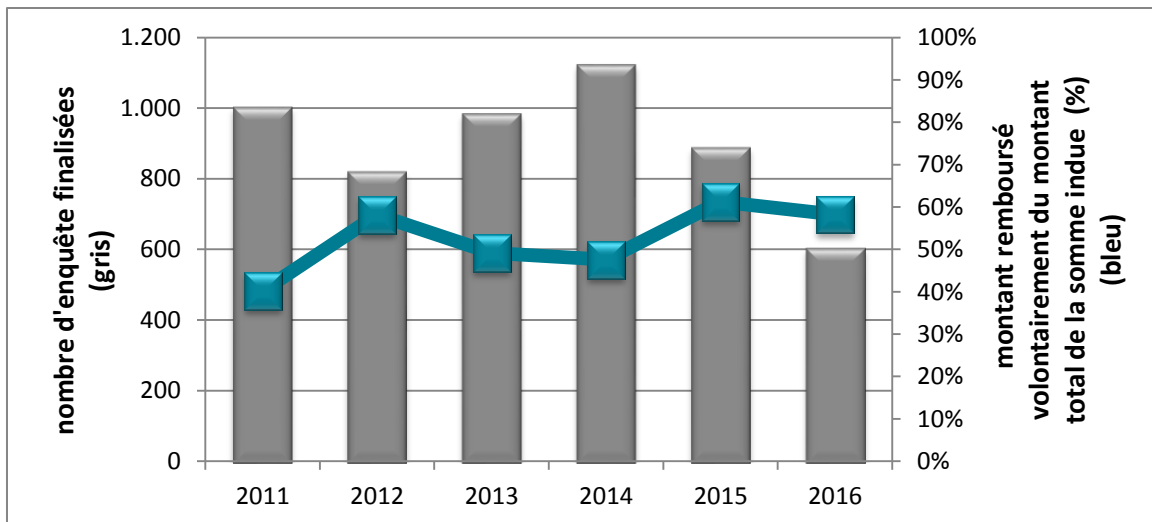
Une même prestation peut faire l'objet de plusieurs infractions.

Exemples :

- Une prestation non effectuée en art infirmier fait l'objet d'un grief. Pour cette prestation non effectuée il n'y a pas non plus de dossier infirmier.  
Tant la prestation non effectuée que le dossier infirmier manquant constituent des infractions.

**d. Évolution 2011-2016**

Le nombre d'enquêtes de contrôle clôturées a presque diminué de moitié depuis 2014 (indiqué en gris dans l'illustration 4). Toutefois, le pourcentage de remboursements spontanés par rapport au montant total faisant l'objet du grief a augmenté de 10 % (indiqué par une ligne bleue).



**Illustration 4**

Quelques explications :

- **Ressources limitées**

Le nombre d'agents a diminué de 25 % en 5 ans. Une réorganisation interne du SECM était nécessaire pour contrecarrer cette diminution.

- **L'instauration du filtre**

Le nombre d'enquêtes de contrôle clôturées a pratiquement diminué de moitié depuis 2014. Nous pouvons l'expliquer partiellement par l'introduction du "Filtre" en février 2015. Le Filtre est un processus permettant de traiter les signalements et les idées (propositions formulées par les agents).

En 2016, le Filtre a créé et traité 936 dossiers de filtre dont 850 signalements et 86 idées. 384 missions de contrôle en ont résulté : 125 missions obligatoires, 239 missions individuelles et 20 missions thématiques. Chacune de ces missions peut engendrer plusieurs enquêtes de contrôle.

Les 314 signalements et idées restants ont été traités administrativement ou transmis à d'autres instances.

Le fonctionnement du Filtre nous permet d'utiliser nos moyens de façon plus ciblée. Cela se remarque notamment :

- au niveau de la diminution du "nombre d'enquêtes de contrôle négatives" (où le SECM n'a pas pu constater d'infraction), qui passent de 462 en 2015 à 158 en 2016 ;
- à la diminution du nombre de jours (7 jours) que nous avons consacrés en moyenne à de telles enquêtes de contrôle négatives. Cela représente une économie de 2.128 jours de travail en un an.

- **Davantage d'investissement dans le screening et l'analyse de données**

La cellule 'analyse des données' effectue une première analyse sur les données de facturation des OA. La cellule 'screening' effectue par la suite une analyse sur le plan du contenu afin de détecter des anomalies.

- **Une collaboration plus étroite entre les différentes directions**  
Cette collaboration plus étroite permet une approche multidisciplinaire. La mise en œuvre simultanée d'actions préventives, analytiques et répressives accroît l'impact du SECM malgré une limitation de ses moyens.
- **Davantage d'enquêtes thématiques**  
Grâce à l'approche thématique, le SECM peut se concentrer sur les contrevenants les plus importants. Auparavant, une plainte suffisait pour faire démarrer une enquête individuelle qui demandait un travail intensif pas toujours en rapport avec l'importance de l'infraction éventuelle.
- **L'envoi plus rapide de l'invitation au remboursement volontaire**  
Le raccourcissement du délai entre le constat de l'infraction et l'invitation au remboursement volontaire mène à plus de remboursements volontaires.

Les 602 enquêtes de contrôle précitées peuvent être réparties de diverses manières :

- contrôles thématiques versus contrôles individuels
- pharmaciens versus autres professions
- fraude versus absence de fraude.

## 2. Contrôles thématiques

Les contrôles thématiques consistent à étudier, à l'échelon national, un aspect donné de la pratique d'un groupe de dispensateurs de soins. Cette approche favorise la détection uniforme d'infractions et un suivi identique des constatations. Par rapport aux moyens débloqués, l'impact des contrôles thématiques est plus grand que celui des contrôles individuels. Par ailleurs, les dispensateurs de soins estiment que cette méthode est plus objective et fait disparaître l'image du malchanceux.

### IP030 – Soins intensifs : honoraires pour les permanences de nuit et pendant le week-end

En 2012, l'article 13 de la nomenclature (réanimation) a été modifié pour deux motifs :

- rendre financièrement plus attractive la profession de "médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs" et
- augmenter la qualité des soins dispensés au service des soins intensifs en encourageant la présence permanente de ces médecins spécialistes.

Étant donné que cet incitant financier avait inévitablement des conséquences budgétaires par le biais des honoraires supplémentaires, le coût supplémentaire a préalablement été estimé. En 2014, le budget prévu de 158 millions d'EUR a été dépassé de près de 29 millions d'EUR. C'est pourquoi la Commission nationale médico-mutualiste a insisté dans son accord pour que le SECM procède à une radioscopie de l'attestation d'honoraires pendant une hospitalisation en soins intensifs.

Dans un contrôle thématique, nous avons vérifié si les hôpitaux avec une fonction agréée "soins intensifs" appliquaient correctement l'article 13 de la nomenclature, en particulier les honoraires de permanence de nuit et de week-end. Nous avons effectué ce contrôle dans 96 hôpitaux ayant une fonction "soins intensifs". Ces hôpitaux étaient répartis sur 127 sites.

Par courrier, nous avons demandé à ces 127 sites de nous transmettre la liste des médecins qui, du 1er décembre 2012 au 30 novembre 2014, avaient assuré la permanence au service des "soins intensifs". Nous avons demandé aux OA les données de facturation authentifiées concernant les honoraires ad hoc. Après comparaison de ces listes de médecins avec les données de facturation, nous avons pu répartir les sites en trois groupes :

1. 41 des 127 sites (32 %) ont correctement attesté les prestations. Nous les avons remerciés pour leur collaboration correcte.
2. 66 des 127 sites (52 %) ont accusé certains manquements pour lesquels nous n'avons pas émis de grief car il s'agissait de manquements purement administratifs ou de légères non-conformités (pour moins de 5.000 EUR). Nous leur avons envoyé une lettre type avec la liste de tous les manquements constatés, un rappel de la réglementation et une demande de mise en règle.

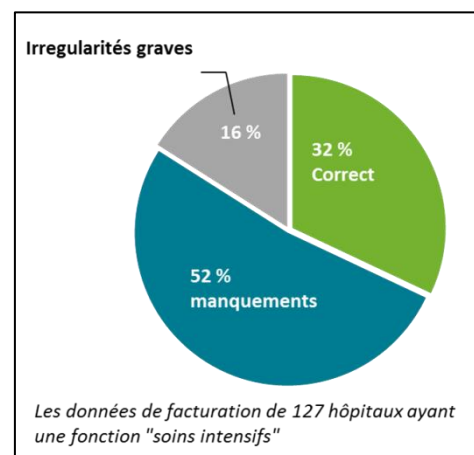


Illustration 5

3. 20 des sites (16 %) ont accusé de lourdes irrégularités justifiant un grief. Nous avons ouvert une enquête de contrôle à leur sujet et leur avons demandé de rembourser l'indu. Au total, ils ont remboursé l'indu intégralement pour un montant de 689.174 EUR.

Il n'existait pas de réglementation quant à la façon de transmettre aux organes de contrôle les listes des noms des médecins ayant assuré des permanences. Dès lors, nous avons proposé au Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI de modifier l'article 13 de la nomenclature comme suit : "La liste a été établie sur un document approuvé par le Comité de l'assurance et, à sa demande, sera transmise par voie électronique à l'organisme assureur ou au Service d'évaluation et de contrôle médicaux." Le CTM a approuvé notre proposition. Elle a été publiée au Moniteur belge le 29 février 2016. Le modèle de formulaire que les hôpitaux doivent utiliser est paru au Moniteur belge le 8 mars 2017.

## IP 031 - POCT (POINTS OF CARE TESTING) : contrôle de l'attestation du code 592852

Un laboratoire hospitalier peut porter en compte une mesure POCT (Point Of Care Testing) via un forfait ambulatoire de biologie clinique avec le code de nomenclature 592852, à condition que cette mesure ait été réalisée au sein de l'hôpital. Une telle mesure peut par exemple être réalisée pour des patients ambulatoires au service des urgences ou dans le département dialyse rénale. Elle ne peut donc pas être attestée en dehors de l'hôpital.

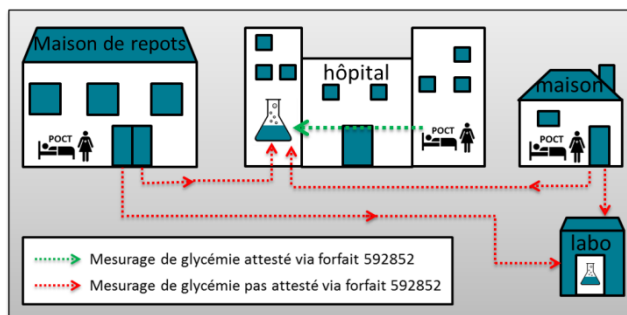


Illustration 6

Suite à une plainte, le SECM a mené une enquête individuelle, de laquelle il est ressorti qu'un laboratoire hospitalier avait une collaboration non autorisée avec 2 maisons de repos. Ce laboratoire hospitalier faisait effectuer des mesures de glycémie par le personnel de la maison de repos avec des sticks et des glucomètres et attestait lui-même ces mesures de façon non conforme via un forfait ambulatoire de biologie clinique avec le code de nomenclature 592852.

Les laboratoires périphériques non plus ne peuvent pas porter en compte des mesures de la glycémie via un forfait ambulatoire de biologie clinique (592852), lorsque ces mesures sont réalisées au domicile du patient. S'ils souhaitent attester la détermination de la glycémie ou d'autres analyses (p. ex. la coagulation du sang) via le code 592852, ils doivent les réaliser dans le laboratoire même. Ce contrôle thématique devait nous permettre d'examiner si d'autres laboratoires hospitaliers ou périphériques attestaient indûment les mesures POCT en dehors de l'hôpital ou du laboratoire périphérique.

Nous avons demandé toutes les prestations 592852 qui ont été attestées auprès des OA entre le 1er juin 2013 et le 31 mars 2015. Nous avons analysé uniquement les prestations prescrites par un médecin généraliste. Ainsi, l'analyse sanguine de patients ambulatoires traités par dialyse rénale, pour laquelle de tels forfaits sont attestés trois fois par semaine, n'a pas été reprise dans notre sélection, vu qu'elle est prescrite par un néphrologue. Dans notre sélection, nous avons analysé uniquement les cas dans lesquels un laboratoire hospitalier ou périphérique :

- a porté en compte plus de 100 prestations par an par patient et/ou
- a porté en compte plus de 10 prestations par mois par patient (tous les patients en maison de repos n'y séjournent pas pendant une année entière).

Nous n'avons pas constaté d'infraction dans les laboratoires périphériques examinés. L'analyse des échantillons a chaque fois eu lieu dans le laboratoire périphérique.

Nous avons toutefois constaté des infractions dans le chef de 3 hôpitaux.

- Hôpital mentionné dans la plainte initiale :  
le laboratoire a fait faire des mesures POCT dans 2 maisons de repos auprès de 11 assurés. Il a attesté indûment 1.358 prestations pour un montant de 29.473 EUR.
- Hôpital 2 :  
le laboratoire a fait faire des mesures POCT dans 3 maisons de repos auprès de 41 assurés. Il a attesté indûment 9.056 prestations pour un montant de 185.659 EUR.
- Hôpital 3 :  
le laboratoire a fait faire des mesures POCT dans 2 maisons de repos auprès de 12 assurés. Il a attesté indûment 725 prestations pour un montant de 14.916 EUR.

Nous avons établi un procès-verbal de constatation pour les trois hôpitaux concernés, et les avons invités à procéder à un remboursement spontané. Ils ont payé spontanément le montant indu total de 230.048 EUR. Après cette enquête, les 3 laboratoires hospitaliers ont cessé de pratiquer ces attestations fautives.

### **IP 032 – Facturation d'une coronarographie pendant une procédure de dilatation dans les 15 jours suivant une autre coronarographie**

L'article 34, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé interdit la facturation d'une coronarographie pendant une procédure de dilatation, si une autre coronarographie a été portée en compte endéans les 15 jours qui précèdent cette prestation. Nous avons constaté ce type de facturation répétée à l'occasion d'une enquête individuelle. C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser un contrôle thématique relatif à cette facturation répétée fautive auprès de tous les établissements belges qui réalisent ces coronarographies.

Nous avons demandé aux OA toutes les données sur les prestations coronarographie portant les codes 464181–464203 et 589024–589046, qui ont été introduites entre le 1er décembre 2013 et le 30 juin 2015.

Pour toutes ces données, nous avons contrôlé si des coronarographies ont été facturées endéans les 15 jours suivant une autre coronarographie.

Nous avons constaté de telles infractions auprès de 43 hôpitaux. Parmi ceux-ci, 21 hôpitaux, qui avaient moins de 10 prestations indûment payées, ont reçu un avertissement. Les 22 hôpitaux qui avaient facturé indûment plus de 10 prestations ont reçu un procès-verbal de constat contenant une demande de remboursement spontané.

Six hôpitaux ont prouvé qu'ils avaient déjà remboursé certaines prestations aux mutualités. Leur indu a donc été adapté en conséquence.

Au total, 21 hôpitaux ont procédé à un remboursement spontané pour un montant indu de 242.359 EUR. Un hôpital n'est pas d'accord avec le grief et intente une procédure.

### 3. Pharmaciens

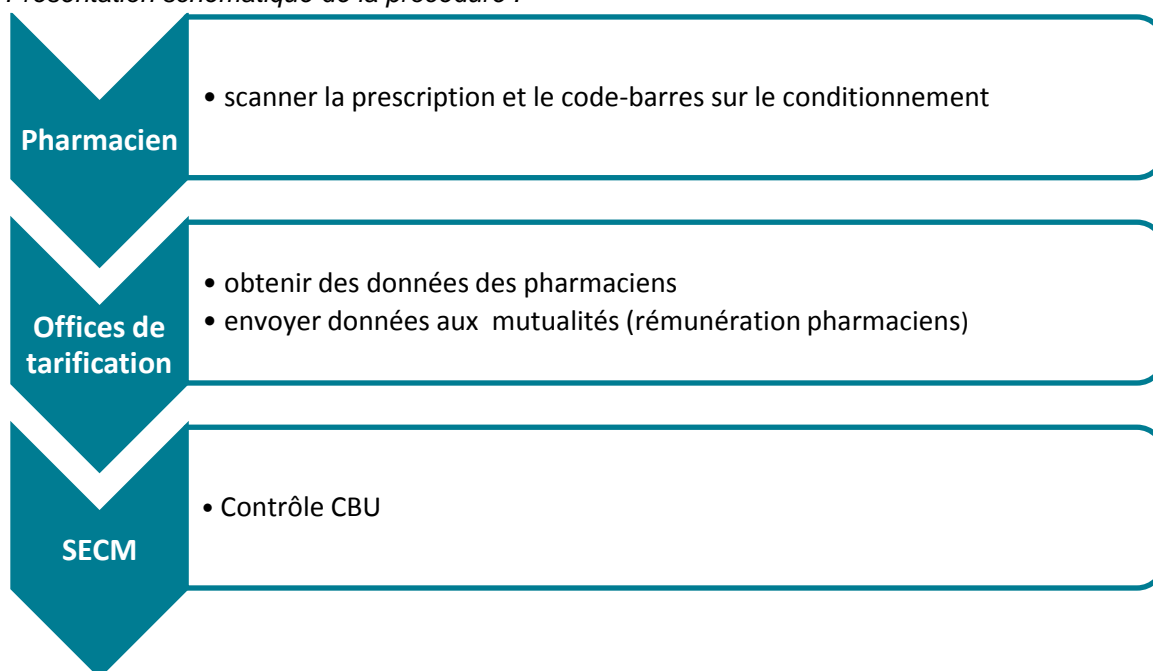
#### a) Contrôle « code-barres unique » (CBU)

Le SECM entend veiller à ce que des médicaments attestés

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

C'est pourquoi nous avons développé le système de contrôle du code-barres unique. Ce code est un numéro unique qu'on retrouve sous forme de code-barres sur chaque conditionnement de spécialités pharmaceutiques remboursées par l'assurance maladie.

*Présentation schématique de la procédure :*



Les firmes qui commercialisent des médicaments remboursables sur le marché belge nous envoient de leur côté chaque trimestre les CBU des médicaments remboursés qui ont été mis sur le marché. Cela nous permet de vérifier si les CBU attestés par les pharmaciens ont bien été commercialisés par les firmes.



**Tableau 4**

<b>Contrôle CBU de juillet 2014 à juin 2016 inclus (= 24 mois)</b>	
Nombre d'officines concernées	5.014
Nombre total de lignes de tarification analysées	234.238.413
Nombre de lignes de tarification qui doivent être munies d'un CBU	211.995.595
% sans CBU	1,08%
% nombre CBU doubles dans la même officine	0,06%
% nombre CBU dont le chiffre de contrôle (check digit) n'est pas correct	0,01%
% CBU lus correctement et CBU corrects	98,85%
% CBU identiques retrouvés dans différentes officines	0,03%

- Le nombre d'officines qui ne scannent pas est en diminution. Cela signifie qu'un plus grand nombre de codes-barres uniques est lu et que les contrôles peuvent être plus nombreux.
- L'assurance maladie obligatoire doit donc verser moins de remboursements attestés indûment.
- Le pourcentage de médicaments non scannés est lui aussi en baisse.

Conclusion : le CBU reste un instrument efficace qui permet :

- de contrôler la délivrance effective de médicaments,
- d'identifier des profils extraordinaires entre les officines.

#### **b) Enquête thématique médicaments sensibles à la fraude :**

Dans différentes enquêtes individuelles, nous avons constaté au cours de ces dernières années la consommation de médicaments (entre autres les opioïdes, les stupéfiants et les psychotropes). C'est pourquoi nous avons créé en 2015 un groupe de travail thématique afin de détecter cet abus de façon coordonnée.

Ce groupe de travail a pour objectif de 'screener' des assurés et des dispensateurs de soins et de contrôler ceux pour lesquels il existe une présomption de comportement prescripteur excessif dans le chef du dispensateur de soins ou un usage abusif du médicament (toxicomanie, commerce) par l'assuré.

Dans la première mission de screening dans le cadre de cette enquête thématique, nous avons étudié le médicament 'fentanyl' (ATC N02AB03), pour les raisons suivantes :

- abus notoire (entretenir la toxicomanie, fausses prescriptions, shopping médical) de fentanyl dans des enquêtes récentes,
- son coût relativement élevé,
- l'AR du 31.12.1930 relatif au commerce de produits soporifiques et stupéfiants, et concernant la limitation du risque et l'avis thérapeutique, dans lequel figure fentanyl.

Dans le groupe de travail, nous avons mis au point une méthode de travail uniforme qui vise à analyser le profil prescripteur du top 20 des prescripteurs et le profil de médication du top 20 des utilisateurs de fentanyl en Belgique. Cette analyse s'est déroulée sur la base des données de tarification provenant de toutes les officines ouvertes au public en Belgique entre octobre 2013 et mars 2015.

Nous avons ausculté le profil de prescription complet (pas seulement fentanyl) du top 20 des prescripteurs de fentanyl par rapport au comportement prescripteur excessif de médicaments. En

particulier, nous nous sommes attachés au comportement prescripteur des opioïdes issus de la liste établie par le groupe de travail (oxycodone, fentanyl, piritramide, tilidine, tramadol, hydromorfon, morphine, buprenorfine, méthylfenidat, méthadon).

Nous avons alors retenu par prescripteur les assurés pour lesquels des médicaments ont été prescrits dans des quantités excessives. Nous avons analysé le profil de médication complet de ces assurés (y compris ce qui a été prescrit par d'autres prescripteurs) et en particulier la liste opioïdes.

La mise au point de la méthodologie et le screening ont eu lieu entre octobre 2015 et décembre 2016.

Nous avons retenu 23 enquêtes pour contrôle à partir de cette analyse : 17 enquêtes d'un assuré et 6 enquêtes d'un médecin. 11 d'entre elles ont débuté/pris fin en 2016.

**c) Autres projets des pharmaciens-inspecteurs :**

- Analyse des données des hospitalisations de jour anonymisées: détection des outliers dans les attestations
- Détection des profils pharmaceutiques déviants (PharmaOT) sur la base des fichiers intégrés
- Enquête thématique implants et dispositifs médicaux invasifs (art. 35, art. 35 bis) : Screening et contrôle des attestations
- Répondre aux questions et transmettre des informations :
  - À l'AFMPS
  - À la CMP
  - À l'Ordre des médecins
  - À la Justice

## 4. Le SECM et la lutte contre la fraude

Nous collaborons avec d'autres services de l'INAMI et les OA pour des enquêtes concrètes de fraude et pour la protection structurelle de processus sensibles au fraude .

### Fraude?

L' European healthcare fraud and corruption network (EHFCN) définit la fraude comme: "l'acquisition illégale d'un profit de quelque nature que ce soit en contrevenant consciemment et intentionnellement la réglementation". Il y a une distinction importante avec d'autres constats tels que l'abus, les erreurs et la corruption.

Le caractère intentionnel est dès lors essentiel pour parler de fraude, mais dans la pratique ce n'est pas facile à déterminer. Ce n'est pas non plus une condition légale pour le traitement de nos enquêtes, ni pour la définition de la peine.

Etant donné que nous pouvons nous attendre dans le cas de prestataires ou d'assurés qui fraudent, à une plus grande part de récidive, il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière pro-active .

Afin de concrétiser ce suivi, nous définissons comme fraude e.a. les types suivants d'enquêtes :

- Prestations non effectuées pour plus de 3000 EUR (sauf erreurs administratives)
- Prestations non-conformes pour plus de 25.000 EUR où il y a de fortes indications de facturation délibérément illégale
- Surconsommation intentionnelle après avertissement.

### Enquêtes de fraude finalisées en 2016

87 des 602 enquêtes de contrôle clôturées sont des enquêtes de fraude, pour un montant total de 5.298.846,22 EUR.

Les enquêtes de fraude ne constituent 'que' 14 % des enquêtes de contrôle clôturées, mais elles constituent 60 % du montant porté à charge et 36 % du montant remboursé volontairement.

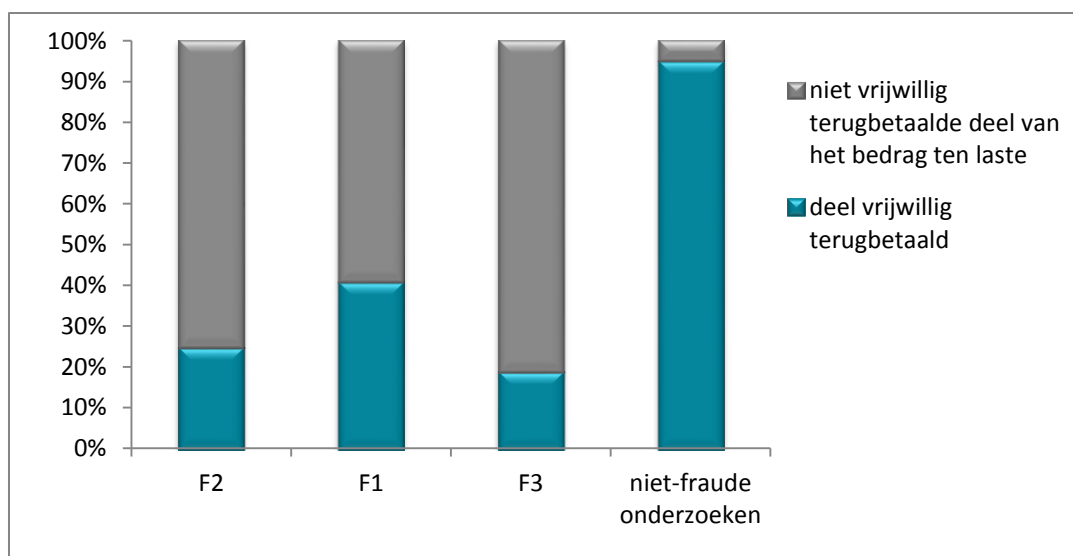
Aperçu des enquêtes de fraude en 2016, selon le type de fraude

Tableau 5

	Nombre d'enquêtes	Indu EUR	Remboursement volontaire EUR
<b>Fraude – prestations non effectuées (F2)</b>	53	1.938.297	482.513
<b>Fraude – prestations non-conformes (F1)</b>	33	3.348.447	1.361.733
<b>Fraude – surconsommation (F3)</b>	1	12.102	2.262
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>5.298.846</b>	<b>1.846.508</b>

35% du montant porté à charge dans les enquêtes de fraude est remboursé volontairement. Dans le cas de fraude avec prestations non effectuées, le remboursement volontaire se limite à 25% du montant porté à charge.

Comparaison : dans les enquêtes non fraude, 95% est remboursé volontairement.



**Illustration 7** : montant remboursé volontairement par rapport au montant à charge par type de fraude

### Qui fraude?

34 infirmiers à domicile constituent 39 % du nombre total d'enquêtes de fraude et 35 % du montant à charge. Les spécialistes se trouvent à la 2ème place avec 9 enquêtes en ce qui concerne le montant à charge pour les enquêtes de fraude, pour la plupart des prestations non conformes .

Deux enquêtes de fraude chez bandagistes représentent un montant total de 618.426,45 EUR à charge. Ce qui fait d'eux la moyenne la plus élevée par enquête. Tout comme chez les spécialistes, il s'agit surtout de prestations non conformes.

Il y a 20 enquêtes de fraude (23 relativement limité %) d'assurés, mais dans chaque enquête il s'agit d'un montant à charge relativement limité .

### SUSPENSION DE REMBOURSEMENT VIA TIERS PAYANT

Sur base de l'art. 77sexies de la loi coordonnée, il est possible de suspendre temporairement le remboursement de prestations via tiers payant, pour une période maximale de 12 mois. Ceci constitue un moyen supplémentaire pour freiner les fraudeurs pendant que le personnel d'inspection mène une enquête et le cas échéant, établit un grief formel.

Après un travail préparatoire en 2015 et début 2016 la première suspension a été prononcée en juillet 2016. En tout, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a suspendu temporairement le remboursement de 5 numéros de tiers payant en 2016. Quatre d'entre eux concernent un groupement d'infirmiers de soins à domicile.

### COLLABORATION AUDITEURS

Pour pouvoir détecter certains réseaux de fraude, nos moyens de recherche ne suffisent pas. De grands fraudeurs ne sont pas non plus arrêtés par une amende administrative.

C'est pourquoi nous transmettons un nombre limité d'enquêtes de fraude au Parquet et/ou à l'Auditorat de travail.

Pour que cette collaboration se passe plus facilement, un protocole d'accord a été établi en octobre 2016. Cette collaboration doit prendre forme en 2017 sur base d'enquêtes concrètes. Une enquête de fraude concernant un infirmier avec dommage de 1 million d' EUR a déjà été transmise fin 2016.

### COLLABORATION INAMI-OA

Il existe différentes plate-formes où nous travaillons avec d'autres services de l'INAMI et avec les OA. Il s'agit concrètement de la CAFC (Commission Anti Fraude Commissie) et le groupe de travail anti-fraude du Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD).

De plus, nous travaillons de façon bilatérale avec le SCA et la commission contrôle et datamining du NIC.

## **MESURES STRUCTURELLES**

En août 2015, une enquête de fraude concrète démontrait que certains processus dans la commande d'attestations de soins données (ASD) sont très sensibles à la fraude. En 2016, d'importantes étapes concrètes ont été mises en place pour sécuriser la commande d'ASD.

### III. RÉCUPÉRATION ET MESURES IMPOSÉES PAR LES ORGANES COMPÉTENTS

Les enquêtes de contrôle qui se sont clôturées par la mention « à suivre » (comme visé au point II.1., tableau 3), sont mises en procédure devant l'organe compétent en la matière. L'organe compétent et le trajet qui sera précisément suivi dépendront de l'infraction constatée.

Les trajets possibles sont présentés schématiquement ci-dessous. Ensuite, les différents organes et leurs décisions sont détaillés.

**Procédures d'application à partir du 8 avril 2013**

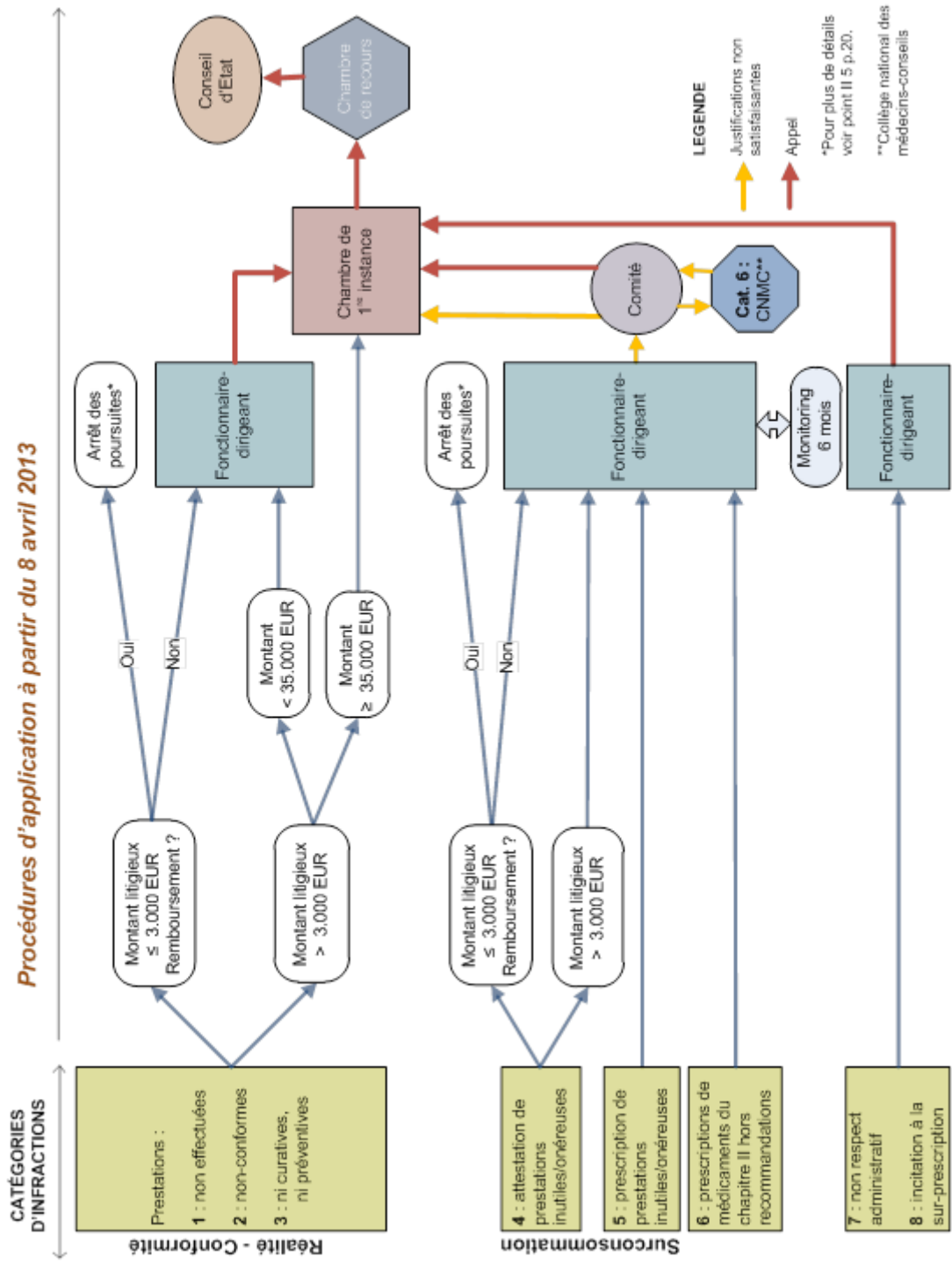


Illustration 8

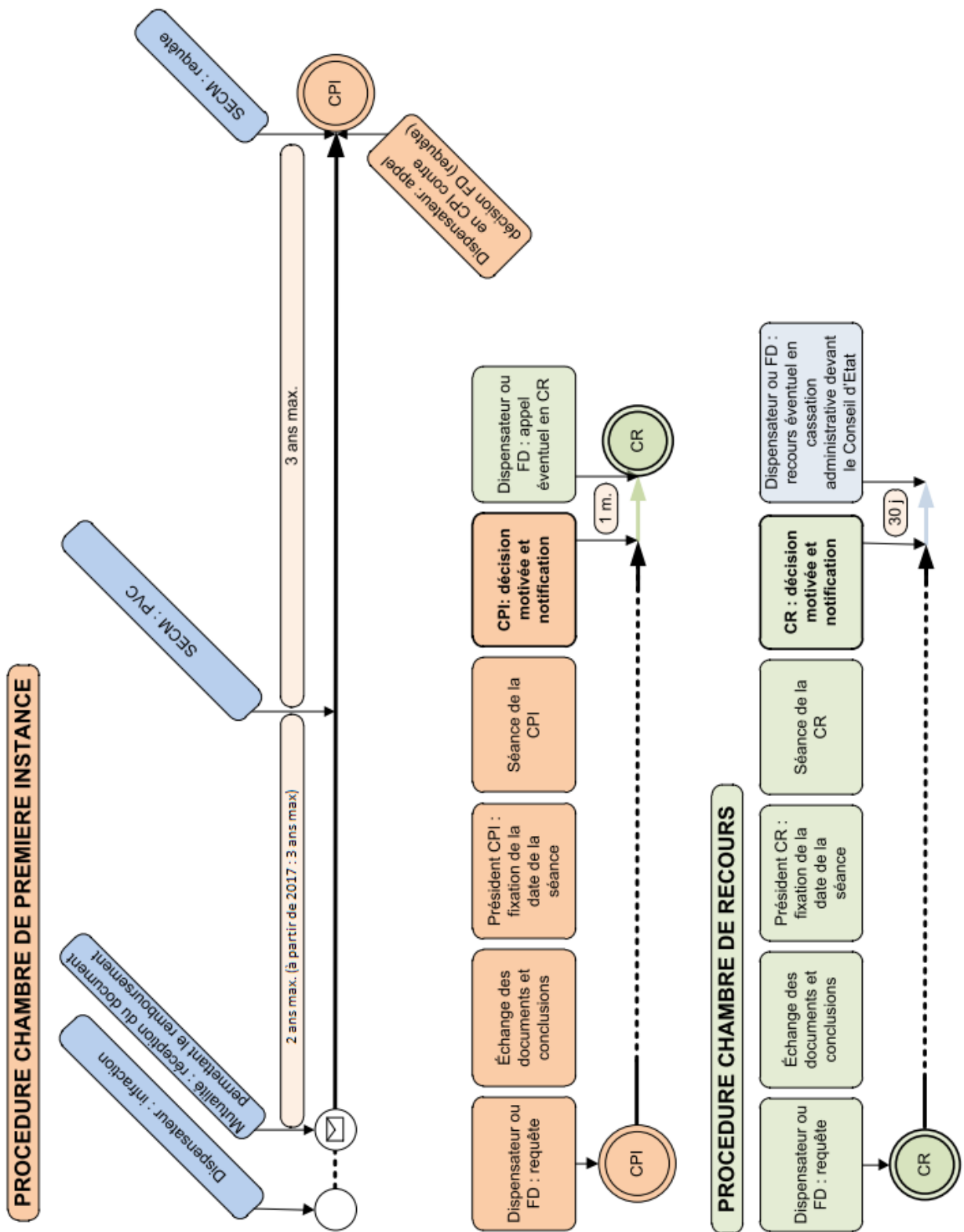


Illustration 9



## 1. Organes d'administration active

### a. Les décisions du Comité du SECM

Les enquêtes de contrôle qui contiennent des indications de surconsommation<sup>1</sup> sont soumises au Comité, afin qu'il puisse prendre la décision de :

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

**Nombre de séances : 5**

**Cas de surconsommation : 3**

**Décision :** Dans les trois cas, le Fonctionnaire-dirigeant est chargé d'introduire l'affaire devant la Chambre de première instance.

---

<sup>1</sup> Réaliser ou prescrire des prestations de santé qui sont superflues ou inutilement onéreuses, comme visé à l'article 73bis, 4° et 5° de la loi AMI coordonnée.

## **b. Les décisions du Fonctionnaire-dirigeant du SECM**

Les lois santé de 2006 donnent au Fonctionnaire-dirigeant le pouvoir de prendre connaissance de certaines constatations à charge de dispensateurs de soins qui ont attesté indûment des prestations à l'assurance maladie obligatoire. Le Fonctionnaire dirigeant est compétent entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, à condition que la valeur des prestations contestées soit inférieure au montant de 35.000 euros.<sup>2</sup>

Le Fonctionnaire-dirigeant peut, selon le cas, ordonner le remboursement des prestations portées indûment en compte à l'assurance maladie et/ou infliger une amende administrative, avec ou sans sursis.

Le tableau 6 présente les données relatives aux décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant durant l'année 2016. Certaines de ces décisions portent sur des enquêtes de contrôle déjà clôturées en 2015.

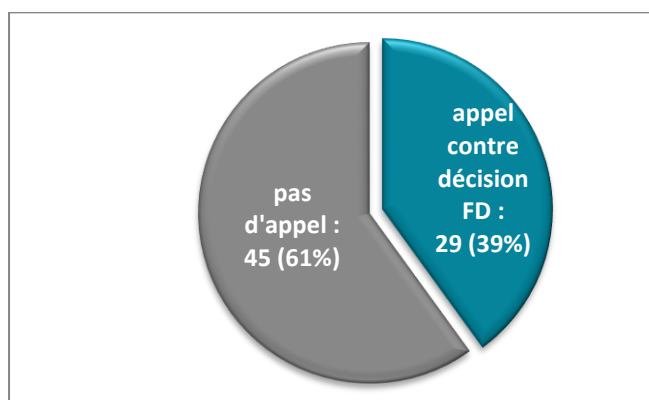
La figure 10 en-dessous du tableau indique le nombre de décisions du Fonctionnaire-dirigeant contre lesquelles le dispensateur de soins concerné a introduit un recours. La plupart des recours ne portaient pas sur les griefs formulés, mais bien sur les mesures infligées.

---

<sup>2</sup> Article 73bis, 1° et 2° et article 143, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi AMI coordonnée. En outre, le Fonctionnaire-dirigeant est compétent si le dispensateur de soins a attesté à l'assurance maladie des prestations non préventives, non curatives, à condition que la valeur des prestations contestées soit inférieure à 35.000 euros (articles 73bis, 3° et 143, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi AMI coordonnée), si le dispensateur de soins a rédigé des documents irréguliers sans qu'il soit porté préjudice aux conditions de remboursement (articles 73bis, 7° et 143, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi AMI coordonnée) et si le dispensateur de soins a incité un autre dispensateur de soins à prescrire ou à réaliser des prestations superflues ou inutilement onéreuses (articles 73bis, 8° et 143, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi AMI coordonnée).

**Tableau 6 : décisions du Fonctionnaire-dirigeant en 2016**

Qualification du dispensateur	Décisions	Indu	Remboursements volontaires	Décisions			Montants		
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total	
				1	2	3	4	5	1+5
				Nombre	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	5	101.107	84.158	101.107	122.399	7.665	157.840	241.998	
Médecins spécialistes	1	20.189	3.095	20.189		10.095	17.094	20.189	
Pharmaciens	5	103.114	100.578	109.999	121.942	28.638	66.003	166.581	
Dentistes	1	20.759	659	19.086	14.315	4.772		659	
Infirmiers	48	856.093	405.345	828.530	510.449	350.656	239.648	644.993	
Kinésithérapeutes	2	30.935	16.111	30.935	38.347	8.055	16.111	32.222	
Logopèdes	2	23.104	23.104	23.104	7.527	19.326	1.506	24.609	
Orthopédistes	2	150.205	100.000	150.205	12.839	75.102	63.044	163.044	
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	3	76.325	45.080	76.325	72.686		99.224	144.304	
MRPA	1	24.029		24.029	24.029	12.014	24.029	24.029	
Assurés	1	20.787		20.787	20.787	10.394			
Autres	3	211.594	183.771	211.594		117.646	16.941	200.713	
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>1.638.241</b>	<b>961.901</b>	<b>1.615.890</b>	<b>945.320</b>	<b>644.363</b>	<b>701.440</b>	<b>1.663.340</b>	



**Illustration 10**

## 2. Les juridictions administratives

### a. Les décisions des Chambres de première instance

Les Chambres de première instance sont des juridictions administratives. Elles se composent d'une Chambre qui prend connaissance de toutes les affaires qui doivent être traitées en néerlandais, et d'une Chambre qui prend connaissance des affaires qui doivent être traitées en français et en allemand.

Les Chambres de première instance sont constituées d'un président ayant voix délibérative, qui est (a été) magistrat, et de quatre membres ayant voix délibérative, dont deux membres, médecins, sur proposition des OA et deux membres sur proposition du groupe professionnel du dispensateur de soins concerné. Les membres siègent toujours en leur nom propre, et non comme représentant de l'organisation qui les a présentés.

Les Chambres de première instance peuvent rendre un jugement à la fois en degré d'appel et en première instance.

En degré de recours, les Chambres de première instance se prononcent sur les recours introduits contre les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant.<sup>3</sup> En première instance, elles se prononcent sur les constatations à charge des dispensateurs de soins qui ont attesté indûment des prestations à l'assurance maladie obligatoire, si elles ne relèvent pas de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant. Les Chambres de première instance sont compétentes entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, à condition que la valeur des prestations contestées soit supérieure à 35.000 euros.<sup>4</sup>

À l'instar du Fonctionnaire-dirigeant, les Chambres de première instance peuvent, selon le cas, ordonner le remboursement des prestations attestées indûment à l'assurance maladie et/ou infliger une amende administrative, avec ou sans sursis.

Le tableau 7 présente les données relatives à toutes les décisions prises par les Chambres de première instance durant l'année 2016. Les tableaux 8 et 9 scindent les décisions en décisions que les Chambres de première instance ont prises en degré d'appel (tableau 8) et les décisions qu'elles ont prises en première instance (tableau 9).

La figure 11 indique le nombre de décisions de la Chambre de première instance contre lesquelles un recours a été introduit.

La plupart des recours ne portaient pas sur les griefs formulés, mais bien sur les mesures infligées.

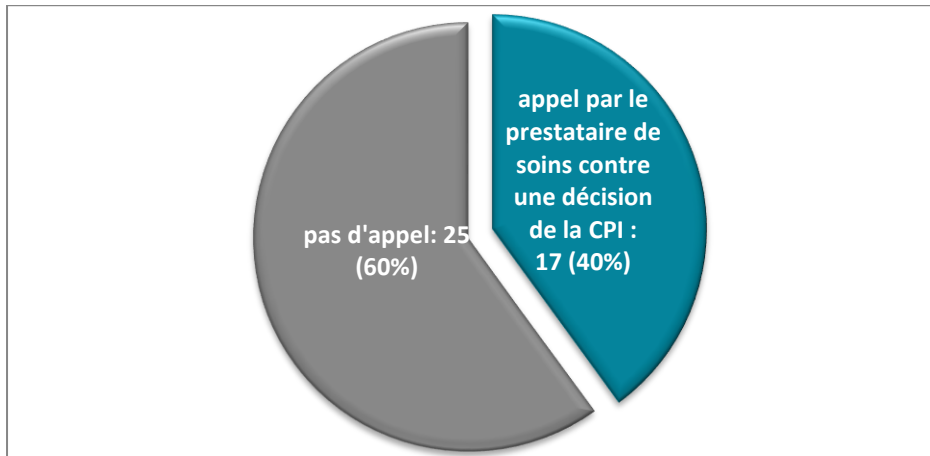
---

<sup>3</sup> Article 144, § 2, 2°, de la loi AMI coordonnée. Les Chambres de première instance rendent également un jugement en degré de recours dans les (rares) cas où le Fonctionnaire-dirigeant introduit un recours contre une décision du Comité visant à clôturer une enquête de contrôle sans suite ou par un avertissement.

<sup>4</sup> Article 73bis, 1° et 2° et article 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée. En outre, les Chambres de première instance sont compétentes si le dispensateur de soins a attesté à l'assurance maladie des prestations non préventives, non curatives si la valeur des prestations contestées est inférieure au montant de 35.000 euros (articles 73bis, 3° et 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée), si le dispensateur de soins a effectué ou prescrit des prestations qui sont superflues ou inutilement onéreuses (articles 73bis, 4° et 5° et 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée) et si le dispensateur de soins a prescrit des médicaments au-delà de certains seuils (articles 73bis, 6° et 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée).

**Tableau 7 : Décisions de la Chambre de première instance en 2016**

Qualification du dispensateur	Décisions en CPI	Indu	Remboursements volontaires	Décisions			Montants		
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total	
				1	2	3	4	5	1+5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	4	115.753		115.159	93.500	97.164	44.275	44.275	
Médecins spécialistes	3	720.014	544	645.468	2.750		222.964	223.508	
Pharmaciens	2	33.748	28.418	33.748	17.496	26.603	17.021	45.439	
Dentistes	11	498.120	17.137	448.008	208.974	105.021		17.137	
Infirmiers	18	1.441.950	263.625	1.531.724	944.135	294.823	487.535	751.161	
Kinésithérapeutes	1	20.110	185	20.110		185	19.925	20.110	
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	24.925		24.925	11.752	10.251			
Autres	2	34.684	29.313	34.684	23.279	20.777	29.363	58.676	
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>2.889.305</b>	<b>339.222</b>	<b>2.853.826</b>	<b>1.301.886</b>	<b>554.824</b>	<b>821.083</b>	<b>1.160.306</b>	



**Illustration 11**

**Tableau 8 : Décisions de la Chambre de première instance en degré d'appel en 2016**

Qualification du dispensateur	Décisions	Montant indu	Remboursements volontaires	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis
Médecins généralistes	2	22.602		22.602	10.639	15.802
Pharmaciens	2	33.748	28.418	33.748	17.496	26.603
Dentistes	1	23.711		23.711	23.711	
Infirmiers	3	201.239	158.073	201.239	106.180	82.564
Kinésithérapeutes	1	20.110	185	20.110		185
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	24.925		24.925	11.751	10.252
Autres	2	34.684	29.313	34.684	23.279	20.777
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>361.019</b>	<b>215.989</b>	<b>361.019</b>	<b>193.056</b>	<b>156.183</b>

**Tableau 9 : Décisions de la Chambre de première instance en 2016 en première instance**

Qualification du dispensateur	Décisions	Montant indu	Remboursements volontaires	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis
Médecins généralistes	2	93.151		92.558	82.862	81.362
Médecins spécialistes	3	720.014	544	645.468	2.750	
Dentistes	10	474.410	17.137	424.297	185.263	105.021
Infirmiers	15	1.240.710	105.552	1.330.484	837.955	212.258
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>2.528.285</b>	<b>123.233</b>	<b>2.492.807</b>	<b>1.108.830</b>	<b>398.641</b>

## **b. Les décisions des Chambres de recours**

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

Les Chambres de recours jugent en degré d'appel sur les recours introduits contre les décisions de la Chambre de première instance.<sup>5</sup>

Le tableau 10 présente les données relatives aux décisions prises par la Chambre de recours durant l'année 2016.

---

<sup>5</sup> Article 144, § 3, 1°, de la loi AMI coordonnée. Les Chambres de recours rendent également un jugement dans les (rares) recours contre des décisions du Comité dans des affaires disciplinaires (article 144, § 3, 2°, de la loi AMI coordonnée).

**Tableau 10 : Décisions des Chambres de recours prises en 2016**

Qualification du dispensateur	Décisions		Indu	Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
	Nombre	EUR			EUR	1	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis
			EUR	EUR					
Médecins généralistes	2	5,3	199.111		34.684	2.700		19.500	19.500
Médecins spécialistes	5	13,2	1.155.608	3.722	904.103	825		934.662	934.385
Pharmaciens	2	5,3	140.010	36.114	21.161				36.114
Dentistes	5	13,2	142.279	2.354	23.944	1.575		48.734	51.087
Infirmiers	16	42,1	661.006	3.277	619.280	31.864	7.278	315.723	319.000
Orthopédistes	1	2,6	145.809		145.809	1.375		147.184	147.184
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	3	7,9	76.259	41.329	29.164			201.351	242.680
Autres	4	10,5	173.422		116.500	3.350	28.838	99.567	99.567
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>		<b>3.093.504</b>	<b>86.796</b>	<b>1.894.645</b>	<b>41.689</b>	<b>36.115</b>	<b>1.766.721</b>	<b>1.853.517</b>



## IV. EXPERTISE

La direction Expertise examine comment des groupes de dispensateurs de soins mènent leur pratique (prescription et exécution de prestations). Elle compare la pratique qu'elle constate avec la réglementation en vigueur, l'Evidence Based Medicine et/ou les règles générales de bonne pratique en ce qui concerne :

- la surconsommation
- l'efficacité
- la réalité/conformité.

Tout cela se fait sur la base d'analyses de données, de screening et d'analyses de terrain.

### 1. Rapports d'étude

#### **Révision de l'utilisation et du contrôle des conditions de remboursement d'un médicament du chapitre IV (Ambisome®)**

Les médicaments du chapitre IV sont des médicaments que l'assurance maladie rembourse sous des conditions spécifiques et pour lesquels le médecin-conseil de l'OA doit donner son accord au préalable. Lorsque ces médicaments sont délivrés en milieu hospitalier, une telle autorisation préalable n'est pas nécessaire. Les hôpitaux doivent toutefois envoyer une justification avec la facturation.

Nous avons étudié la qualité du contrôle relatif aux conditions de remboursement du médicament Ambisome®, un médicament du chapitre IV qui est administré en cas d'infection fongique systémique grave.

Au cours de la période du 1er janvier 2014 au 31 mars 2015 (15 mois), 42 hôpitaux ont porté en compte le médicament Ambisome®. L'intervention de l'INAMI s'est élevée à 3.235.605 EUR. Sur la base d'une analyse des données de facturation des OA, 6 hôpitaux ont été sélectionnés : trois en Flandre, un à Bruxelles et deux en Wallonie. Trois d'entre eux sont des hôpitaux universitaires et les trois autres sont des hôpitaux non universitaires. Le Service leur a demandé des rapports et des pièces justificatives.

Les hôpitaux ont transmis des rapports spécialisés, comme c'est prévu en termes généraux au chapitre IV. Ces rapports diffèrent toutefois entre eux au niveau de la forme et du contenu, parce que le chapitre IV ne définit pas précisément ce qu'est une 'pièce justificative'. Cela rend plus compliqué un contrôle uniforme du respect des conditions de remboursement.

Dans la pratique, les OA ne contrôlent donc pas si les hôpitaux respectent les critères de remboursement pour le médicament Ambisome®. En outre, certaines conditions de remboursement ne sont pas/plus pertinentes. Pour pouvoir réellement contrôler le respect des conditions de remboursement, le médecin-conseil devrait pouvoir consulter le dossier infirmier. Ce n'est pas faisable d'un point de vue pratique.

Dans une circulaire, les OA n'exigent plus que les hôpitaux transmettent les pièces justificatives avec la facturation. Ils peuvent les conserver sur place et les garder à disposition en vue d'un éventuel contrôle.

Le contrôle a priori étant très difficile à réaliser, on peut se demander si le médicament Ambisome® a bien sa place dans le chapitre IV. Il est possible d'inscrire ce médicament au chapitre I, qui ne prévoit pas de contrôle ou au chapitre II, moyennant des conditions de remboursement simplifiées et donc mieux contrôlables (contrôle a posteriori). Dans ce cas, une définition plus claire des 'pièces justificatives' s'impose.

## Analyse de terrain fonctionnement des médecins-conseils 2015

Lors des réformes dans le secteur des indemnités du 1er janvier 2016, les médecins-conseils (MC) des OA ont été davantage responsabilisés en ce qui concerne leur prise de décisions. Une de leurs tâches consiste à assurer le suivi des assurés qui sont déclarés en incapacité de travail. Suite à la réforme, leur rôle dans l'ensemble du processus d'évaluation de l'incapacité de travail (IT) est devenu encore plus crucial. Le SECM a été chargé d'effectuer un audit externe, permettant entre autres de contrôler le fonctionnement des MC. Dans une analyse générale, nous avons constaté entre 2010 et 2015 une augmentation :

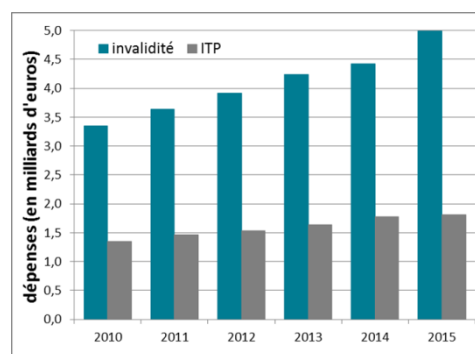


Illustration 12

- pour les assurés en IT primaire (ITP ; la première année d'IT) :
  - de la durée de la période d'ITP (de 32,8 millions de jours indemnisés à 40,3 millions) ;
  - des dépenses en ITP (de 1.353 millions d'EUR à 1.811 millions d'EUR) ;
- pour les assurés en invalidité (à partir de la deuxième année d'IT) :
  - du nombre d'assurés en invalidité (de 278.071 assurés à 370.408) ;
  - des dépenses en invalidité (de 3.345 millions d'EUR à 4.992 millions d'EUR).

C'est pourquoi nous avons voulu obtenir un aperçu d'ensemble des activités du MC et de son équipe, ce qui nous a permis de tracer une image générale de l'efficacité du contrôle de l'IT par le MC. Concrètement, nous avons analysé, entre novembre 2015 et janvier 2016, au moyen d'une action de terrain menée auprès des 50 principales unions des différents OA :

- les conditions de travail des MC ;
- la qualité des dossiers médicaux individuels d'IT primaire ;
- la qualité des dossiers d'invalidité.

En ce qui concerne leurs conditions de travail, nous avons constaté que :

- les MC consacrent environ 3/4 de leur temps au contrôle de l'IT ;
- les consultations ITP durent en moyenne 13 minutes ;
- les consultations pour un passage au statut d'invalidé et pour la prolongation de ce statut durent en moyenne 20 et 18 minutes ;
- les MC donnent en moyenne un score global de :
  - 7/10 pour leurs conditions et leur environnement de travail ;
  - 8/10 pour l'équipement par site de consultation ;
  - 6/10 pour leur sécurité personnelle pendant les consultations ;
  - 8/10 pour la qualité de l'équipe médico-socio-administrative.

De façon générale, leurs conditions de travail et leurs équipes de soutien obtiennent un bon score. Les points problématiques sont le faible niveau de sécurité, le manque urgent de personnel disponible et, pour certains OA, aussi le nombre de sites de consultation par union, ce qui entraîne une importante perte de temps en déplacements.

En ce qui concerne la qualité des dossiers, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

- 80 % des assurés en ITP ont été vus pour la première fois dans les quatre premiers mois de l'IT avec en moyenne 2 contacts par période d'ITP.
- Parmi les 567 dossiers médicaux d'ITP examinés, certains étaient complétés de façon trop sommaire. C'était surtout le cas pour les dossiers concernant une courte période d'IT (4-6 mois).
- Nous avons pu évaluer positivement 93 % des 634 dossiers d'invalidité examinés. Ces dossiers étaient mieux complétés que les dossiers d'ITP examinés.

Cette étude était une mesure de base. Les résultats pourront à l'avenir également servir de base de comparaison pour une prochaine étude.

## Évaluation des activités de médecine générale en 2014

Dans cette étude théorique, nous avons voulu examiner à quoi ressemble une pratique de médecine générale moyenne en Belgique et quelles ont été les activités des médecins généralistes pendant l'exercice 2014.

Un sondage de 2012 réalisé par l'Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde<sup>6</sup> indique que, dans sa pratique, le médecin généraliste flamand moyen (ayant le code compétence 00X) :

- a en moyenne 1.249 patients ;
- voit chaque patient en moyenne 4,83 fois par an en consultation ;
- fait pour chaque visite à domicile 3 consultations ;
- a une journée de travail d'environ 7,24 heures de contacts patients.

Selon l'étude de Deveugele et al.<sup>7</sup>, une consultation chez le médecin généraliste dure en moyenne 15 minutes en Belgique.

Nous avons utilisé les documents P pour analyser les prestations prescrites, attestées et/ou effectuées des médecins généralistes. Afin d'évaluer la taille de la patientèle, nous avons recherché dans la banque de données pharmaOT pour combien de patients différents le médecin avait fourni une prescription. Lorsque ce nombre était inférieur au nombre de DMG gérés par ce médecin, nous avons utilisé le nombre de DMG pour établir une évaluation approximative de l'importance de la patientèle.

En 2014, 20.566 médecins généralistes ont fourni une prescription de médicaments. Parmi ceux-ci, 9.481 médecins avaient une pratique active avec, par an :

- > 25.000 EUR de chiffre d'affaires ;
- > 1.250 contacts ;
- > 100 patients ;
- pas actifs dans d'autres spécialités.

Le coût des médicaments, prescrits par les médecins généralistes actifs, s'élevait à 1.565.656.026 EUR. Ce montant représente 92 % du montant total (1.705.774.533 EUR).

Les principales activités des médecins généralistes actifs étaient les consultations, les visites à domicile et les DMG.

Les dépenses pour ces prestations attestées s'élevaient à 1.174.807.410 EUR, soit 96 % de leurs dépenses totales en prestations attestés.

Pour le médecin généraliste actif en 2014, les médianes étaient les suivantes :

- chiffre d'affaires : 114.560 EUR ;
- nombre de patients : 976 ;
- chiffre d'affaires par patient : 124 EUR ;
- nombre de contacts patients : 4.205 ;
- nombre de contacts avec un patient par an : 4,5 ;
- rapport consultations/ visites à domicile : 3/1.

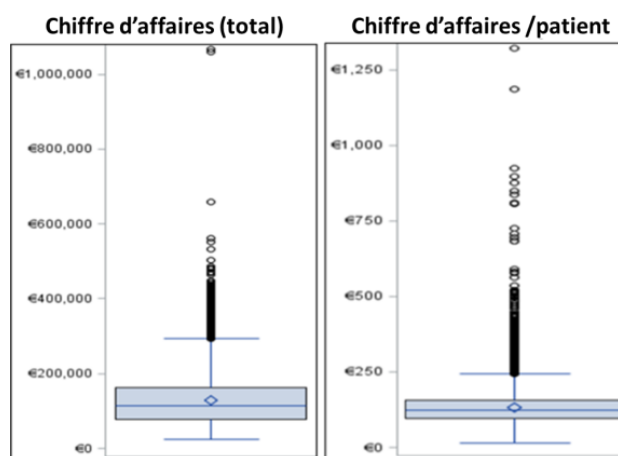


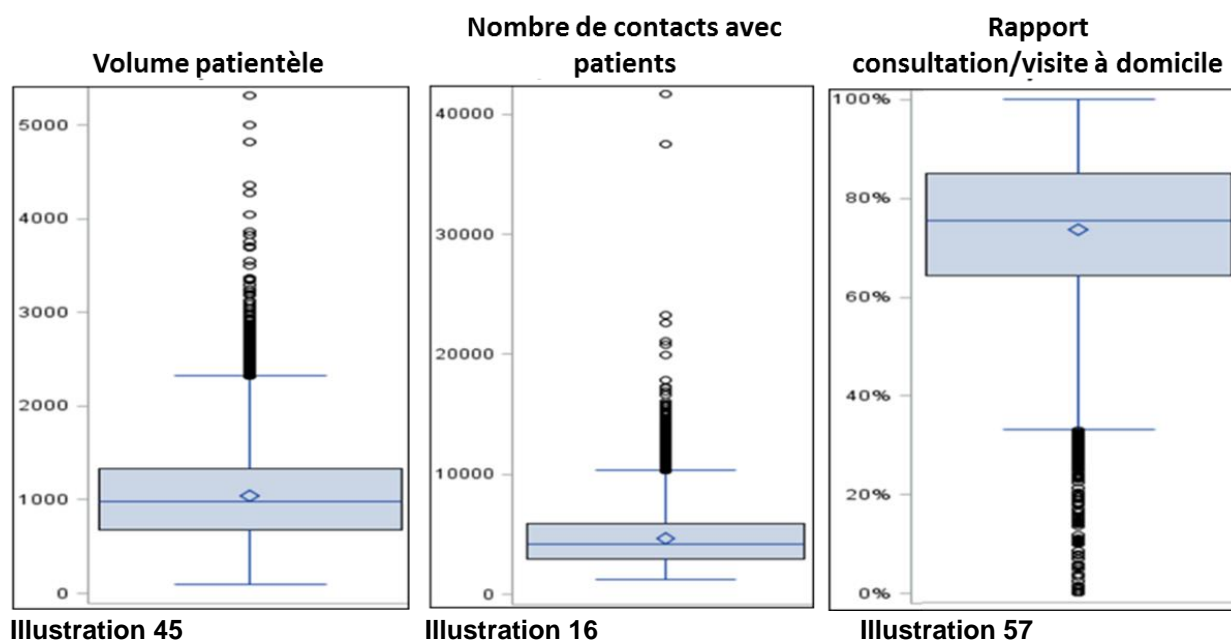
Illustration 13

Illustration 14

<sup>6</sup><http://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/atoms/files/Lessons%20learned%20from%20general%20practice.pdf>

<sup>7</sup> Deveugele, M., Derese, A., Van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(472).

Ces données correspondent à l'image de la pratique de médecine générale dans la littérature citée.



Par ailleurs, notre analyse montre que 25 % des médecins généralistes actifs ont plus de 1.333 patients, que le rapport consultations/ visites à domicile chez 25 % des médecins est déjà de 3/2 et qu'il va dans la direction de 100 % de visites à domicile.

L'analyse doit toutefois aussi être interprétée avec la prudence requise, vu que la taille de la patientèle est une estimation.

Nous pouvons déduire de cette analyse que le médecin moyen a un profil acceptable. Mais il y a aussi des médecins qui ont des pratiques importantes à très importantes.

On peut se demander si de telles pratiques permettent toujours de garantir la qualité des soins. Si par exemple un médecin avec une pratique de 2.500 patients voit en moyenne chaque patient environ 5 fois à l'occasion d'une consultation de 15 minutes, ce médecin doit avoir des consultations pendant toute l'année, à raison de 6 jours par semaine, et pendant au moins 10 heures par jour.

Une redistribution des patients parmi les médecins actifs permettrait de favoriser le caractère maîtrisable des grandes pratiques de médecine générale.

## 2. Collaboration avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN)

L'AFCN a pour mission de protéger la population, les travailleurs et l'environnement des risques liés aux rayonnements ionisants. Ses priorités sont avant tout :

- veiller à un niveau de sécurité le plus élevé possible face aux effets négatifs des rayonnements ionisants ;
- garantir la sécurité ;
- renforcer la protection contre les radiations par usage thérapeutique, en limitant la dose administrée de rayonnement ionisant au niveau le plus bas possible et en évitant toute exposition inutile.

L'AFCN est donc également active dans le secteur médical comme inspection nucléaire. Le SECM collabore avec l'AFCN dans le cadre de plusieurs projets.

### a. Audit du protocole d'accord sur l'imagerie médicale lourde

Les thèmes 'réduction de l'exposition aux rayonnements pour le patient' et 'réduction du nombre d'examens CT' font partie de ce protocole d'accord. Le SECM a participé dans ce but à un projet européen de l'AFCN pour le compte de l'HERCA (Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities). Leur intention était de cartographier comment se passe le trajet de la demande d'imagerie jusqu'à l'exécution dans différents pays européens.

En Belgique, 12 hôpitaux ayant un grand volume d'examens CT ont été sélectionnés pour participer à ce projet européen. Pour ces hôpitaux, nous avons entre autres ausculté les items suivants :

- Existe-t-il des procédures définies qui suivent le trajet de la demande jusqu'à l'exécution ?
- L'hôpital applique-t-il effectivement ces procédures ?
- Appliquent-ils des directives ?
- Quelles informations sont communiquées au patient concernant les risques de radiation ? Comment s'organise cette information ?
- Comment détectent-ils les patientes enceintes ?
- La procédure contient-elle les instructions nécessaires pour remplacer si possible les examens par des examens sans radiations ?

Le SECM a élargi cette enquête à 39 hôpitaux supplémentaires, qui ont été visités à l'occasion d'une enquête sur les appareils d'IRM. Les résultats de l'étude HERCA sont en cours d'analyse.

### b. Arrêté royal portant sur l'échange et le croisement d'informations et de données entre l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (AR du 20.12.2016 ; MB 19.1.2017) :

Il était nécessaire de prévoir un échange de données entre l'AFCN et l'INAMI en matière d'applications médicales de rayonnements ionisants pour leur permettre de réaliser le plus efficacement possible leurs missions de surveillance et de contrôle respectives. Une réglementation légale s'imposait alors. Les discussions pour élaborer un projet d'AR en la matière remontent à il y a plus de dix ans. En 2016, le SECM s'est investi activement pour relancer et finaliser l'élaboration de cet AR.

### c. Campagnes de régularisation à l'égard des médecins connexistes et des praticiens de l'art dentaire.

Pour pouvoir exécuter et attester des prestations faisant intervenir des radiations ionisantes, les médecins connexistes, les radiologues et les praticiens de l'art dentaire doivent être en possession d'une autorisation d'utilisateur délivrée par l'AFCN.

Lors d'un screening commun, le SECM et l'AFCN ont pu se rendre compte qu'un grand nombre de médecins connexistes, radiologues et praticiens de l'art dentaire attestaient des prestations faisant intervenir les radiations ionisantes alors qu'ils n'étaient pas autorisés à le faire par l'AFCN.

En 2016, l'AFCN et le SECM ont d'abord mené conjointement une campagne de régularisation, dans le cadre de laquelle les cardiologues connexistes qui n'étaient pas en ordre ont été contactés. Les campagnes à destination d'autres groupes cibles ont déjà débuté en 2017 ou doivent encore démarrer.

### 3. Le contrôle primaire des OA

La composition et le volume des frais d'administration que les OA et la Caisse des soins de santé de RH Rail reçoivent chaque année se trouvent décrits à l'article 195 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Pour 2016, ce coût était respectivement de 1.050.174.000 euros et de 18.037.000 euros.

Ce montant est ventilé entre les différents OA. La valeur du montant qu'un OA reçoit est fonction de ses dépenses réelles et du type d'affiliés (âge, malade chronique, statut socio-économique, etc.).

Depuis 2004, 10 % du montant qu'un OA reçoit annuellement est lié à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ce pourcentage de 10 % (près de 100 millions d'euros) est connu sous le nom de 'frais d'administration variables'.

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

À noter que cette responsabilisation des OA est un système de sanction. Si les OA obtiennent de mauvais scores, une partie des 10 % de frais variables est retenue. Si les OA obtiennent de bons scores, en revanche, ils profitent au maximum des 10 % complets (pas de récompense).

L'évaluation de la performance des OA est décrite depuis 2016 dans l'AR du 10.4.2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration. Le SECM réalise deux types d'analyses :

- Nous examinons tout d'abord pour des thèmes bien définis si les OA ont réalisé un contrôle primaire avant de rembourser les prestations de soins de santé.

**Tableau 11 : thèmes analysés en 2016**

Sous-analyses SECM 2016	Pourcentage moyen d'erreurs de tous les OA confondus*
<u>Réanimation 1</u> : monitoring cardiaque attestable si réalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés ou d'une fonction agréée de première prise en charge de soins urgents - remplissage du code service. NPS Art. 13, § 3	1,00
<u>Réanimation 2</u> : monitoring cardiaque attestable si réalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés ou d'une fonction agréée de première prise en charge de soins urgents - remplissage du lieu de prestation. NPS Art. 13, § 3	1,35
<u>Analyse des régions opératoires spécifiques</u> : Prestations 353231-353242 une seule fois remboursables à 100 % par jour. NPS Article 15, § 3 et 4	1,77
<u>La présence du numéro d'identification</u> du service agréé lors de l'attestation via la facturation magnétique de certaines prestations d'imagerie médicale est obligatoire. NPS Art. 6, § 16	17,64
<u>Implants</u> : doubles attestations interdites et remplissage obligatoire de la zone 'prestation relative' Cf. liste limitative – instructions de facturation magnétique	35,05

\*ces pourcentages constituent des moyennes pour tous les OA confondus. Ce pourcentage d'erreurs n'est donc pas nécessairement identique pour chaque OA. Il peut arriver par exemple que 4 des 6 OA comptent moins de 1 % d'erreurs alors que 2 sur les 6 comptent 100 % d'erreurs. Cela donne une moyenne de 35 %.

- Ensuite, le SECM évalue si les OA délivrent à l'INAMI les données authentifiées demandées dans le délai maximum de 30 jours.

**Tableau 12 : résultats 2016**

<b>OA</b>	<b>% de réponses non reçues ou reçues tardivement</b>
100	0,47
200	0,40
300	1,12
400	11,91
500	1,56
900	0,29

Plus le pourcentage est élevé, moins le OA aura exécuté sa mission légale correctement.



## V. INFORMATION

### 1. Brochures d'informations

Les Infobox sont des brochures d'informations dans lesquelles les dispensateurs de soins, et en particulier ceux qui débutent leur activité, peuvent trouver des réponses aux principales questions juridiques et administratives qui peuvent se poser dans leur pratique quotidienne. Ils y retrouvent par exemple leurs obligations administratives et ne doivent par conséquent pas les rechercher dans la législation.

Les brochures sont publiées sur le site web de l'INAMI et les groupes cibles sont informés de ces publications. Un exemplaire papier peut également être transmis sur demande.

**Tableau 13**

2016	Brochure
juillet	Infobox kinésithérapeute, version mise à jour
mars	Infobox praticien de l'art infirmier, version mise à jour
octobre	Infobox dentiste, version mise à jour
septembre	SECM, Missions et procédures, version mise à jour

### 2. Campagne par voie postale

Les campagnes par voie postale permettent au SECM d'entrer en dialogue avec les dispensateurs de soins. Nous informons de cette façon certains groupes cibles de dispensateurs de soins au sujet de résultats déviants qui ont été constatés à l'occasion d'une enquête thématique ou d'un projet d'évaluation. Ces lettres ont une fonction d'information et de sensibilisation. Elles incitent les dispensateurs de soins à adapter leur comportement et préviennent parfois aussi de futurs contrôles possibles.

Trois campagnes par voie postale ont été réalisées en 2016 :

- une lettre d'avertissement aux cardiologues-connexistes dont l'autorisation d'utilisation obligatoire pour les prestations avec rayonnements ionisants n'était pas en ordre ;
- une lettre de rappel aux cardiologues-connexistes qui n'avaient pas mis en ordre l'autorisation susvisée dans le délai indiqué dans la première lettre ;
- une lettre de sensibilisation aux médecins généralistes qui ont porté en compte une majoration pour des soins urgents (code 102410) dans plus de 20 % de leurs consultations du samedi en dehors du service de garde.

### 3. Rapport d'étude

#### Attestation du code 102410 par les médecins généralistes pendant les consultations le samedi en dehors du service de garde

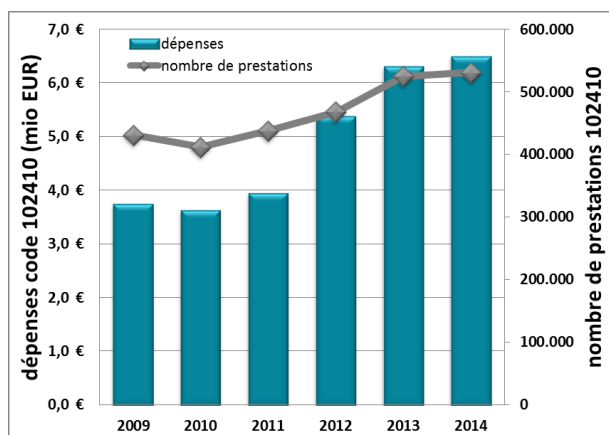


Illustration 18

Aux termes de l'art. 2 F de la nomenclature, le médecin généraliste peut porter en compte un supplément pendant le week-end ou les jours fériés, en plus de sa consultation, via le code de la nomenclature 102410, aux patients qui ont besoin de soins urgents ne pouvant pas être différés. Pour une consultation ordinaire du samedi qui n'est pas urgente, le médecin ne peut donc pas porter en compte ce supplément. Une analyse a montré que le nombre de suppléments attestés pour une consultation urgente a augmenté de 23 % entre 2009 et 2014, et que les dépenses ont augmenté de 74 % pour atteindre 6,5 millions d'EUR.

Dans cette enquête thématique, nous avons voulu examiner pour combien de consultations du samedi le supplément 102410 pour une consultation urgente a été porté en compte en 2013-2014. Nous n'avons pas tenu compte des consultations du samedi pendant les services de garde parce que l'on peut supposer qu'un patient ne se rend au service de garde qu'en cas d'urgence.

9326 médecins généralistes ayant le code compétence -003 ou -004 avaient attesté au moins une fois le supplément 102410. Parmi ces médecins, nous avons sélectionné 523 médecins généralistes qui avaient attesté en 2013 et 2014 au moins 750 consultations du samedi en dehors des services de garde.

Pour ces 523 médecins, nous avons déterminé le pourcentage de consultations 'urgentes' (= code 102410 attesté) par rapport au nombre total de consultations du samedi en dehors de la garde. Ce pourcentage varie pour les 523 médecins concernés entre 0 et 99 %, où 0 % signifie donc 'pas de consultations urgentes' et 99 % signifie 'pour 99 % des consultations du samedi en dehors du service de garde, le supplément a été attesté'.

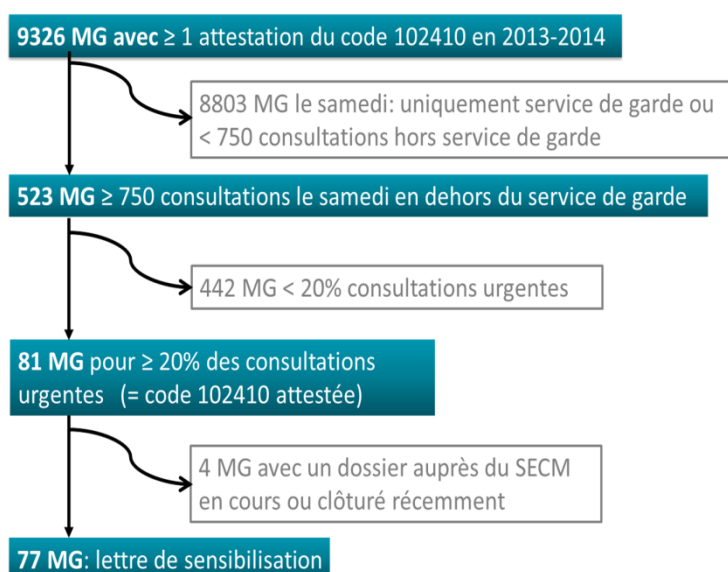


Illustration 19

Après l'analyse, il a été décidé de sensibiliser par courrier les 15 % de médecins qui attestent le plus souvent le supplément. Concrètement, il s'agissait de 81 médecins ayant attesté le code pour plus de 20 % de leurs consultations du samedi. Pour quatre d'entre eux, une enquête était en cours ou avait été récemment clôturée auprès du SECM. Ils n'ont donc pas été pris en considération. Les 77 autres médecins généralistes ont reçu une lettre de prévention concernant l'utilisation du code 102410. 21 d'entre eux ont réagi.

Il est ressorti de leurs réponses que la nomenclature n'était pas claire à leurs yeux et que le terme 'urgent' peut être interprété de différentes façons. C'est pourquoi le SECM va conseiller de revoir la nomenclature des prestations de week-end. Dans le futur, une mesure d'impact de la campagne de sensibilisation sera également réalisée.

## VI. AFFAIRES JURIDIQUES ET CONTENTIEUX

Le Service juridique du SECM est une direction qui collabore étroitement avec les autres directions. Il est doté de missions diverses :

- fournir des avis ;
- collaborer à des enquêtes en cours ;
- traiter la phase de procédure des enquêtes de contrôle concrètes ;
- élaborer des propositions nécessaires de modifications légales.

En ce qui concerne cette dernière tâche, le Service juridique a par exemple réalisé en 2016 le travail préparatoire des adaptations contenues dans la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé, publiée au Moniteur belge du 27 décembre 2016.

Les adaptations relatives au contrôle médical figurent dans la section 12 du titre 2 de cette loi.

Les deux adaptations les plus significatives pour le SECM, apportées à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont :

1. le fait que les constatations du SECM doivent avoir lieu dans un délai de 3 ans au lieu de 2 ans (art. 27) et
2. l'introduction de la méthode d'enquête "extrapolation" (art. 31).

Aux termes de l'exposé des motifs, ces deux adaptations ont pour objectif de permettre au SECM d'exercer ses compétences légales de façon plus efficace, afin de pouvoir mieux constater et rectifier un mauvais usage du budget de l'assurance maladie.<sup>8</sup>

Un délai d'enquête de trois ans permet, d'une part, au Service d'avoir une vue plus large sur les attestations des dispensateurs de soins et, d'autre part, de mieux réparer le dommage à l'assurance maladie causé par des dispensateurs de soins qui, depuis longtemps déjà, n'utilisent plus correctement les moyens de l'assurance maladie.

L'introduction de l'extrapolation comme méthode d'enquête dans la loi du 14 juillet 1994 apporte tant au personnel d'inspection du SECM qu'aux dispensateurs de soins une sécurité juridique en ce qui concerne l'utilisation de l'extrapolation et la façon de calculer le montant indûment attesté. Cette méthode d'enquête a été inscrite dans la loi compte tenu des exigences de la science statistique, de sorte qu'un calcul uniforme pourra être appliqué pour chaque dispensateur de soins.

L'application concrète des deux adaptations en montrera clairement les effets dans le futur.

---

8

<https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/flwb&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=N&legislat=54&dossierID=2154>.

## VII. COMMUNICATION

Le SECM dialogue régulièrement avec les journalistes au sujet de ses actions, résultats et mesures proposées. Cela favorise la précision de l'information par la presse générale et médicale. Une information claire au sujet de notre action contribue à une application correcte de la réglementation. Elle démontre aussi bien aux prestataires de soins qu'à l'opinion publique la pertinence sociale de l'assurance maladie et du SECM.

Cela a un impact positif sur les dépenses dans le secteur des soins de santé. Le prestataire de soins et le citoyen sont plus conscients de l'importance d'une assurance maladie financièrement durable.

En 2016, nous avons publié des communications sur le site web de l'INAMI et répondu à des questions des médias. Ces questions concernaient surtout

- l'attestation indue de prestations, en particulier dans le secteur des soins à domicile
- les décisions du fonctionnaire-dirigeant et des juridictions administratives.

L'introduction d'une nouvelle structure organisationnelle implique des changements pour le personnel du SECM. Cela requiert d'importants efforts et adaptations des membres du personnel. C'est pourquoi en 2016, nous avons mis l'accent sur la communication interne pour soutenir la gestion du changement. Le but est d'expliquer clairement les réformes profondes et d'exposer les nouveaux objectifs stratégiques. La communication est essentiellement fournie par :

- lettres d'information électroniques
- sessions d'information au siège et dans les bureaux provinciaux
- réunions du personnel
- avis au personnel.

# Plus d'informations ?

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

Contactez-nous :

Par mail : [infoteam.dgec.secm@inami.fgov.be](mailto:infoteam.dgec.secm@inami.fgov.be)

Par courrier : Institut national d'assurance maladie-invalidité  
Service d'évaluation et de contrôle médicaux  
Direction Information  
Avenue de Tervueren 158  
1150 Bruxelles.