

Rapport annuel SECM

Activités 2018



Avant-propos

L'impact de 223 membres du personnel sur le comportement de facturation et de prescription de 239 000 dispensateurs de soins a été soigneusement résumé en 78 pages. Bienvenue dans notre rapport d'activités 2018 !

Dans ce rapport, les activités du SECM sont bien réparties par direction : information, contrôle, évaluation et affaires juridiques et contentieux. Cependant, la réalité est encore plus belle. Sur le terrain, les directions verticales se fondent dans une collaboration transversale : notre fonctionnement ICE (information – contrôle – évaluation) dont vous trouverez un exemple à la page 75.

Le nombre d'enquêtes de contrôle individuelles clôturées a encore baissé et est passé à 303. Pas de panique ! Il s'agit en partie d'un choix conscient. Cela signifie que des ressources sont libérées pour d'autres activités : des projets nationaux, la sensibilisation des prescripteurs/dispensateurs de soins, des propositions de modifications de la nomenclature, un feed-back individuel et un suivi...

Malgré cette diminution spectaculaire du nombre d'enquêtes de contrôle individuelles, le nombre d'enquêtes en matière de fraude reste inchangé ces dernières années. Cela prouve que nous faisons les bons choix avec notre équipe de filtre, semaine après semaine. Pour les dossiers les plus importants, nous lançons une enquête ; nos équipes sont trop petites pour traiter tous les signalements externes avec le même sérieux.

Outre les nombreux signalements que nous recevons d'assurés et de dispensateurs de soins, nous procédons également à nos propres analyses de risques. Celles-ci se font parallèlement aux études/évaluations et à la Cellule Data, qui est en évolution constante.

Nous ne faisons pas seulement des choix sur la base de toute une série d'analyses de risques et de signalements. Pour chaque problème, nous devons également trouver une action appropriée : ciblée et efficace. C'est en cela que les mesures d'impact nous guident et nous permettent de nous ajuster. Elles sont désormais bien ancrées et font l'objet d'une rubrique distincte à la page 73. Outre le recouvrement immédiat d'argent au moyen de remboursements volontaires, de remboursements imposés dans le cadre de procédures administratives que nous engageons en tant que Service et de montants récupérés, nos activités ont également un impact financier indirect clairement mesurable. Nous créons ainsi une valeur ajoutée autre que financière dans le paysage des soins.

Dans notre recherche d'une utilisation efficace de nos propres ressources, nous continuons également à miser sur la collaboration. Tant au niveau national, avec le développement des activités « audit hôpitaux », qu'à l'international, avec le EHFCN. Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet à la page 69.

Le carburant de cette machine bien huilée est notre personnel. En tant que fonctionnaire dirigeant de notre service, je suis souvent agréablement surpris de voir que la machine continue de fonctionner, parce qu'il y a suffisamment de raisons pour faiblir. Un tiers de notre personnel d'inspection a moins de 3 ans d'expérience en tant qu'inspecteur social. Le personnel administratif se voit confier de nouvelles tâches en raison de l'évolution rapide de la numérisation. Les missions nationales nécessitent une approche différente, axée sur des projets. Après toutes sortes d'ajustements au cours des dernières années, nombreux sont les collaborateurs qui aspirent à une consolidation du mode de travail. Avec l'arrivée du nouveau système de gestion de dossiers numériques eDos en 2019, la poursuite de la numérisation et le déménagement des services centraux prévu en 2020, nous devons consentir des efforts supplémentaires.

Philip Tavernier
Fonctionnaire dirigeant f.f. du SECM

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	3
Partie 1 - L'organisation	7
I. Le Service d'Evaluation et de contrôle médicaux (SECM)	9
II. Le personnel.....	11
III. La structure organisationnelle	13
IV. Le processus de fonctionnement	13
Partie 2 - Les activités	15
I. Le SECM en tant que service de l'INAMI	17
II. Direction Contrôle.....	21
a) <i>Résultats généraux</i>	<i>21</i>
b) <i>Contrôles thématiques</i>	<i>25</i>
c) <i>Pharmaciens.....</i>	<i>27</i>
d) <i>Le SECM et la lutte contre la fraude.....</i>	<i>30</i>
III. Direction Evaluation.....	37
a) <i>Rapports d'étude.....</i>	<i>37</i>
b) <i>Le contrôle primaire des O.A.....</i>	<i>47</i>
c) <i>Fonction d'avis/ représentation du SECM dans les groupes de travail du Conseil technique Médical (CTM)</i>	<i>49</i>
IV. Direction Information	51
a) <i>Information externe.....</i>	<i>51</i>
b) <i>Information interne</i>	<i>53</i>
V. Affaires juridiques et Contentieux	55
a) <i>Formation nouveaux membres du personnel</i>	<i>55</i>
b) <i>Loi portant des dispositions diverses en matière de santé</i>	<i>55</i>
c) <i>Suivi de la jurisprudence du Conseil d'État</i>	<i>55</i>
d) <i>Suivi de la phase de procédure</i>	<i>56</i>
e) <i>Récupération et mesures imposées par les organes compétents</i>	<i>56</i>
VI. Collaborations AVEC D'AUTRES SERVICES ET ORGANISATIONS	69
a) <i>Affaires internationales</i>	<i>69</i>
b) <i>Projet « Audit hôpitaux »</i>	<i>70</i>
c) <i>Coopération avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN)</i>	<i>71</i>

VII. Impact sur le comportement de facturation et le comportement prescripteur des dispensateurs de soins	73
VIII. Projets ICE.....	75
Acronymes	77
Plus d'informations ?	78

Partie 1 - L'organisation

I. 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 (O.A.), 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.

Auparavant, le SECM remplissait cette mission principalement en menant des enquêtes après signalement. Il s'agissait de plaintes ou de signaux externes. Le but de ces enquêtes de contrôle était que les dispensateurs de soins remboursent le montant qu'ils avaient facturé indûment.

Cependant le SECM veut avoir un impact sur le comportement de facturation du plus grand nombre possible de dispensateurs de soins. C'est pourquoi le Service analyse la façon dont les groupes de dispensateurs de soins assurent leur pratique, tant au niveau de la prescription qu'au niveau de l'exécution des prestations. Ces évaluations constituent souvent la base d'enquêtes nationales et de lettres de sensibilisation. Bien sûr, le Service vise également à influencer le comportement de facturation des dispensateurs de soins via des enquêtes individuelles. En outre, il formule régulièrement des propositions en vue de la modification de la nomenclature. Ce sont les directions Information, Contrôle et Evaluation qui coordonnent ces actions. Lesdites directions coordonnent de plus en plus leurs activités. Ainsi une « stratégie I C E » se met en place.

En ce qui concerne l'origine des actions du SECM, le signalement constituait auparavant quasiment le seul élément déclencheur des enquêtes. A présent, une analyse interne constitue de plus en plus souvent la base des différentes actions du SECM telles que les actions de sensibilisation, les enquêtes nationales, les mesures d'impact, etc.

Le processus de travail est davantage caractérisé par trois étapes consécutives : l'analyse, l'action et ensuite l'impact. Pour plus d'efficacité les actions sont tantôt consécutives, tantôt simultanées. Bien que les moyens en personnel soient limités, cette façon de travailler favorise l'impact du Service.

Les missions légales ¹:

Le législateur a donné les missions suivantes au SECM :

- ✦ diffuser de l'information aux dispensateurs de soins afin de prévenir des infractions à la réglementation
- ✦ évaluer les prestations, prescrites ou réalisées, de l'assurance soins de santé et examiner la façon dont les groupes de dispensateurs de soins assurent leur pratique
- ✦ 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.

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

Objectifs du contrat d'administration 2016-2018

Un contrat d'administration est un contrat entre l'État et une institution publique de sécurité sociale. Le contrat d'administration 2016-2018 conclu par l'INAMI contient également des objectifs à atteindre par le SECM :

- ✦ article 31 = réforme interne de la structure organisationnelle et du fonctionnement du SECM
- ✦ article 32 = gestion informatisée des dossiers par l'implémentation de l'application eDos
- ✦ article 35 = collaboration avec la Cellule Soins efficaces.

II. LE PERSONNEL

En raison d'une importante campagne de recrutement, les effectifs ont stagné pour la première fois en 2018 après plusieurs années de forte baisse (de 321 en 2011 à 227 en 2017 et 223 en 2018) (Tableau 1, illustration 1).

Tableau 1: Nombre de membres du personnel SECM au 31 décembre 2018

		Services centraux		Provinces		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant / Médecin-directeur-général*		1				1
Médecins-inspecteurs généraux* (A4)			2			2
Directeurs (Information, juridique, régions) (A3)		1	1	3	2	7
Coordinateurs des domaines d'expertise, coordinateur du filtre et adjoints de direction Contrôle* (A3)		4	2			6
Inspecteurs sociaux	médecins (A2-A3-A4)	9	4	23	18	54
	pharmaciens (A2)	4	3			7
	infirmiers (B)			18	14	32
	attachés scientifiques (A1)	1		2	4	7
Juristes (A1-A2-A3)		4	6			10
ICT, international, développement, gestion des connaissances (A1, A2, A3)		3	3			6
Data analystes (A1)		2	2			4
Administratifs:	conseillers (A2)	1	1	2		4
	experts (B)	3	3	6	5	17
	assistants (C)	6	7	22	17	52
	collaborateurs (D)	3	2	4	3	12
Détachés (Cellule stratégique)		2				2
TOTAL		44	36	80	63	223

(*) Fonctions assumées : fonctionnaire dirigeant, médecin-inspecteur général de la direction Contrôle, coordinateur des domaines d'expertise 1, 2 et 5.

En 2018, nous avons accueilli 24 nouveaux inspecteurs sociaux. Ils ont reçu chacun, groupés en trois sessions, une formation intensive de base de six semaines, un suivi par un coach individuel et un suivi mensuel lors des « journées de rappel ».

Cette formation intensive des inspecteurs sociaux est essentielle au transfert des connaissances, des compétences et des attitudes. 33 % de nos inspecteurs ont moins de trois ans d'expérience en tant qu'inspecteur social.

Huit postes de médecin-inspecteur n'ont pu être pourvus, ainsi que deux postes d'attaché scientifique. En outre, il existe de nombreux postes de médecin prévus dans le cadre du personnel, mais qui ne sont pas repris dans le plan de personnel.

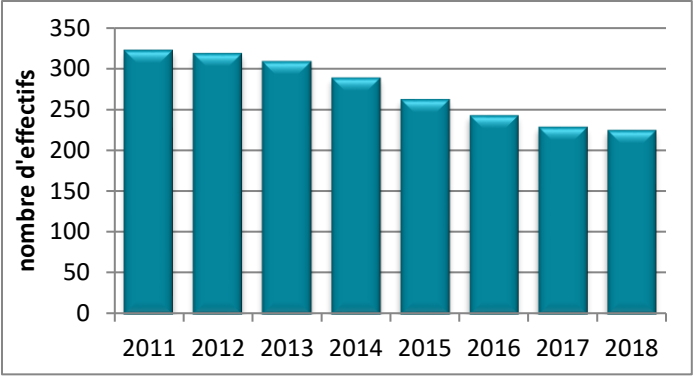


Illustration 1

III. LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Depuis 2016, le SECM a un nouveau modèle organisationnel, comme le montre l'illustration 2.

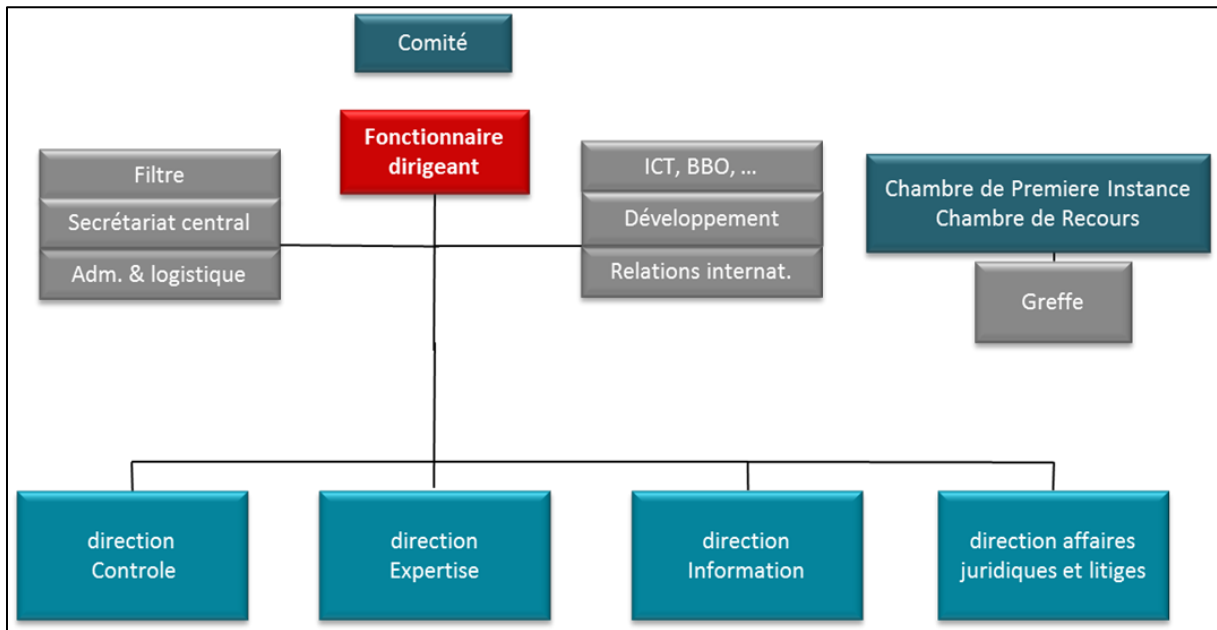


Illustration 2

IV. LE PROCESSUS DE FONCTIONNEMENT

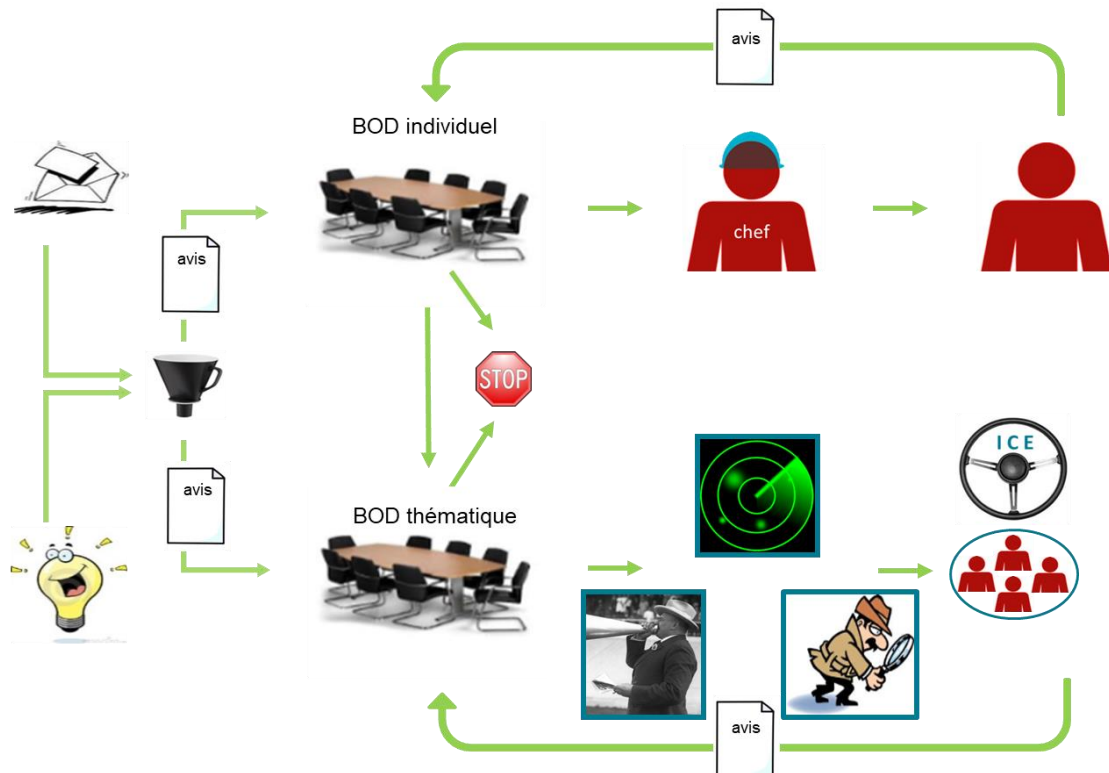


Illustration 3

Ci-dessus une représentation schématique du processus de fonctionnement interne du SECM (Illustration 3). Une action du SECM peut résulter d'un signalement externe ou d'une proposition interne. Un signalement est un signal externe tel qu'une plainte, une demande ou une mission venant de l'extérieur. Une proposition interne vient d'un membre du personnel et après une analyse des risques.

L'équipe du Filtre reçoit les signalements et les propositions. Elle les examine entre autres par rapport à la compétence du SECM, aux priorités stratégiques et aux ressources disponibles. L'équipe du Filtre formule des avis au Beslissingsorgaan/l'Organe Décisionnel (BOD). Le BOD est composé des responsables du Filtre et des directions Information, Contrôle, Evaluation et des Affaires Juridiques et Litiges. Le BOD décide quelles actions le SECM entreprendra. Le BOD individuel décide des actions de portée individuelle ; le BOD thématique décide des actions de portée générale ou nationale.

Le BOD individuel donne des instructions à un dirigeant qui assurera le suivi du travail du gestionnaire du dossier. A l'issue de sa mission, le responsable du dossier rendra compte au BOD et, le cas échéant, il proposera d'effectuer éventuellement des actions complémentaires.

Le BOD thématique donne des missions de portée générale à une équipe multidisciplinaire, généralement composée de représentants des directions Information, Contrôle et Evaluation. Ces tâches peuvent comprendre une analyse (des risques) et/ou la diffusion d'informations et/ou une enquête thématique ou nationale. Ces actions peuvent être effectuées simultanément ou successivement.

L'analyse peut examiner différents aspects :

- ✦ une analyse quantitative : l'évolution ou la comparaison du comportement de facturation des dispensateurs de soins sur base des données de facturation fournies par les organismes assureurs (O.A.)
- ✦ une analyse qualitative : respect des directives, règles d'interprétation, etc.
- ✦ une analyse de terrain : via une enquête auprès d'un groupe de dispensateurs de soins comparables.

La diffusion d'informations peut prendre diverses formes :

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

L'enquête nationale ou thématique a pour but de déterminer si les dispensateurs de soins ont commis une infraction et facturé à tort des prestations à l'assurance maladie. Sur base d'une méthodologie prédéterminée, le comportement de facturation d'un groupe important et comparable de dispensateurs de soins de santé est examiné sur base des mêmes critères. Une enquête peut avoir des conséquences différentes (voir les descriptions à la page 22) :

- ✦ négatif
- ✦ informatif
- ✦ avertissement
- ✦ transmission à des tiers
- ✦ invitation au remboursement volontaire de l'indu
- ✦ le remboursement volontaire et, éventuellement, une procédure de recouvrement de l'indu et/ou des sanctions supplémentaires.

Les actions susmentionnées sont menées par une équipe multidisciplinaire sous forme de projet dont le déroulement est suivi par le comité de pilotage « I C E ». L'équipe fait ensuite rapport au BOD thématique et peut proposer des actions complémentaires dans un avis.

Partie 2 - Les activités

I. LE SECM EN TANT QUE SERVICE DE L'INAMI

a) Signalements externes et analyses des risques propres en 2018

En 2018, le SECM a reçu 1.164 signalements externes. En outre, le personnel du SECM a lui-même formulé 88 propositions d'action². Ces propositions étaient toutes fondées sur leur propre analyse des risques.

De ce nombre, le SECM a lancé 346 missions, dont 48 missions d'information, 204 missions de contrôle³, 88 missions d'évaluation et 6 missions juridiques.

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

Description

Début 2016, l'INAMI a créé une taskforce « Soins efficaces » avec comme objectif d'examiner où des économies étaient possibles ou souhaitables.

À la demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, le rapport de la taskforce a été utilisé pour élaborer le « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé ». Ce plan d'action est arrivé à échéance fin 2017.

La nécessité d'une utilisation performante des ressources financières dans le secteur des soins de santé demeure actuelle, entre autres du fait du volume réduit des moyens disponibles et de certaines tendances sociétales telles que le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de maladies chroniques. Dès lors, un nouveau « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé » portant sur la période 2018-2020 est soumis au Conseil général de l'INAMI pour approbation.

Actions du SECM

Le SECM intervient dans les chapitres suivants du plan d'action.

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

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

L'objectif est d'assurer la transparence et une approche uniforme des enquêtes effectuées et des éventuelles récupérations financières. Cela implique une collaboration entre les organismes assureurs (O.A.) et le SECM, dans le cadre de laquelle les O.A. transmettront au SECM les plaintes quant aux prestations non effectuées. Les points de contact auprès des O.A. sont opérationnels depuis début 2018 :

- ✦ T2 2018 : mise en place du cadre de collaboration
- ✦ T2 2018 : concertation et échange concernant le planning annuel de projets importants
- ✦ T2 2018 : échange de données concernant les enquêtes de contrôle effectuées en 2016-2017.

Début 2019, le fonctionnement de ces points de contact sera évalué sur la base de l'exercice 2018.

² Dont quelques missions basées sur un signalement ou idée de 2017

Chapitre 5 : Mesures structurelles

5.3 Audit hôpitaux

Poursuite du développement de l'« Audit hôpitaux » sur la base d'une structure de co-gouvernance entre le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (SPF SPSCAE), l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et l'INAMI, au sein de laquelle le concept de réseau, assorti d'une responsabilité partagée qui fait l'objet d'un large consensus et d'un équilibre entre les institutions, revêt une importance capitale.

Le projet a démarré le 17 avril 2018, suivi à l'automne :

- ✦ du début de la démonstration de faisabilité (proof of concept)
- ✦ d'une première présentation du projet au Conseil général.

Le passage à la phase opérationnelle aura lieu dans le courant de 2019.

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

5.4.1 Cas : Profils de patients – analyse générale

Poursuite du projet 2017 pour tester les indicateurs, en collaboration avec l'Agence intermutualiste (AIM) et les O.A.

Le SECM rassemble par ailleurs toutes les données relatives aux assurés sur la base de ses indicateurs (pathologie inconnue, contacts fréquents avec les dispensateurs de soins par an, maximum 3 médecins consultés).

- ✦ phase de recherche : collaboration entre l'analyse de données SECM et l'AIM + interprétation médicale du SECM
- ✦ phase de terrain : collaboration entre les O.A. (médecins-conseils (MC)) et le SECM.

5.4.2 Cas : Profils de patients – application aux prestations dentaires

Les données d'une enquête précédente (2014) ont révélé un certain nombre de profils déviants. Les résultats seront communiqués au SECM sur la base de la méthodologie globale mentionnée ci-dessus. Le Service décidera alors de réaliser ou non une étude de terrain et/ou des enquêtes.

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

Depuis quelques années, des contrôles effectués par le SECM ont révélé un certain nombre de profils annuels élevés, avec des prestations systématiquement non effectuées. Comme solution structurelle, on propose l'introduction d'un seuil de justification, moyennant l'accord de la commission de conventions compétente.

Chapitre 6 : lutte contre la fraude

6.1 Forfaits d'hôpital de jour (IP044)

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

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

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

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

Le SECM transmettra les connaissances acquises à la Commission de conventions nationale et collaborera à l'adaptation de la réglementation :

- ✦ définition univoque des concepts
- ✦ textes en français et en néerlandais uniformes
- ✦ adaptation des listes des prestations des groupes 1 à 7 avec une proposition visant à supprimer les interventions qui peuvent avoir lieu en dehors du cadre hospitalier.

6.2 Monitoring cardiaque, ambulatoire et à l'hôpital : évaluation de l'application de la nomenclature

Le SECM a analysé les données SHA.

- ✦ monitoring ambulatoire uniquement aux urgences : conformité et fraude
- ✦ facturation électronique : pas de code de section structurel pour les urgences
- ✦ différences entre hôpitaux.

6.3 Médicaments facturés pendant l'hospitalisation

Un échantillon de cinq médicaments a révélé une surfacturation des doses journalières. Sur la base du datamining des SHA et de leur analyse par le SECM, ces cas sont retenus lorsque ces doses élevées ne sont pas justifiées d'un point de vue médical. Au besoin, le Service effectue des visites de contrôle.

6.4 Physiothérapie en milieu hospitalier : contrôle du nombre de séances

Les médecins-conseils et le SECM évalueront au besoin les éléments médicaux pouvant justifier ou non une nouvelle série de séances.

6.8 Clichés panoramiques

Nous avons identifié 242 dispensateurs qui n'ont pas adapté leur façon d'attester, ou du moins pas suffisamment. Afin d'en déterminer la cause, nous avons interrogé ces mêmes dentistes sur leurs indications. Si les indications étaient conformes aux lignes directrices, nous avons considéré la prestation comme « justifiée ».

- ✦ pour 26 dispensateurs, plus de 75 % des cas étaient « justifiés »
- ✦ pour 161 dispensateurs, une nouvelle campagne d'information un peu plus contraignante peut être lancée
- ✦ pour 30 dispensateurs ayant (presque) uniquement des indications « injustifiées » pour leurs radiographies panoramiques, des enquêtes de contrôle surconsommation peuvent être envisagées.

Chapitre 7 : « Soins efficaces »

7.2 Thèmes spécifiques « soins efficaces »

7.2.1. Dossier médical global (DMG)

En 2018, nous avons réalisé une étude de terrain dans le cadre de laquelle nous avons contrôlé les DMG.

7.2.6 Neurologie EEG/Vidéo EEG

Analyse de l'utilisation des codes EEG par les neurologues, en prêtant une attention aux répétitions à court terme. Le SECM analysera les EEG.

7.2.8 Anatomopathologie

Il s'agit d'un secteur qui a été peu étudié à ce jour. L'objectif est d'identifier les outliers en termes de comportement prescripteur et de comportement de facturation, avec une campagne de prévention

auprès des gros prescripteurs, et même d'effectuer des contrôles en cas d'infractions flagrantes. Outre l'analyse des données, le SECM fournit une interprétation médicale et effectue au besoin des visites sur le terrain.

7.2.9 Biologie clinique

L'objectif est de parvenir à une utilisation efficace des tests de laboratoire et à une tarification correcte par les laboratoires. Outre l'analyse des données, le SECM fournit une interprétation médicale et effectue au besoin des visites sur le terrain.

7.2.11 Audit du secteur d'imagerie médicale 2.0

Cela concerne le suivi de l'extension budgétairement neutre des appareils IRM par une diminution du nombre de CT scans diagnostiques.

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

Un nouveau groupe a été sélectionné pour une régularisation.

Au second semestre de 2018, une mesure d'impact a été réalisée auprès des groupes précédemment contactés.

II. DIRECTION CONTRÔLE

Dans ce rapport sur les activités de 2018 nous présentons les chiffres qui ont été actualisés le 22 janvier 2019. 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.

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

a) Résultats généraux

En 2018 le SECM a clôturé 303 enquêtes de contrôle avec un indu de 5.271.820 EUR (Tableau 2, Tableau 3). Il s'agit de 52 % du nombre d'enquêtes clôturées en 2017. Toutefois, l'indu total s'élève à 71 % de l'indu en 2017.

I. Enquêtes de contrôle clôturées en 2018, suivant la qualification de l'intéressé

Tableau 2

Qualification de l'intéressé	Nombre	%
Médecins généralistes	23	7,6
Médecins spécialistes	24	7,9
Pharmaciens	5	1,7
Dentistes	18	5,9
Praticiens de l'art infirmier	71	23,4
Kinésithérapeutes	38	12,5
Logopèdes	5	1,7
Orthopédistes	2	0,7
Fournisseurs d'implants, prothèses et appareils divers	3	1,0
Acousticiens	1	0,3
Groupe de dispensateurs de soins	1	0,3
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	49	16,2
MRPA	4	1,3
Assurés	44	14,5
Autres	15	5,0
TOTAL	303	

II. Aperçu de toutes les enquêtes de contrôle clôturées en 2018, suivant la décision

Tableau 3

Type d'enquête	Nombre	%	Indu (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
A poursuivre	59	19,5	3.289.645	874.574
Avertissement avec remboursement volontaire	100	33,0	1.799.102	1.797.852
Action pour tiers	70	23,1	183.073	5.824
Avertissement	19	6,3		
Informatif	7	2,3		
Négatif	42	13,8		
Signalement sans suite	6	2,0		
Total	303		5.271.820	2.678.250

Explications à propos du tableau 3 :

- ✦ En ce qui concerne les enquêtes où une infraction a été constatée, plusieurs traitements sont possibles :
 - ✧ le dossier peut être renvoyé au Fonctionnaire dirigeant ou à la Chambre de première instance (procédures : une procédure n'est introduite que pour un nombre restreint de dossiers)
 - ✧ le dossier peut être clôturé sans renvoi après un remboursement volontaire total
 - ✧ le dossier peut être renvoyé à des tiers (lorsque d'autres instances sont compétentes), tels que :
 - le Service du contrôle administratif,
 - l'Auditeur du travail,
 - le Procureur du Roi,
 - l'Ordre des médecins,
 - l'AFMPS,
 - ...
- ✦ Dans le cadre des catégories '*avertissement*' et '*avertissement avec remboursement volontaire*', nous n'entamons pas de procédure auprès du Fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives, mais nous avons envoyé au dispensateur de soins/à l'instance de soins un avertissement après un remboursement volontaire de l'indu.
- ✦ La catégorie '*informative*' concerne les enquêtes de contrôle que nous clôturons sans constater d'infraction, après audition du déclarant et/ou du dispensateur de soins.
- ✦ La catégorie '*négative*' comprend les cas où :
 - ✧ les soupçons d'erreurs ou de fraude sont négatifs
 - ✧ sans suite.

III. Infractions constatées

Le nombre total d'infractions constatées en 2018 s'élève à **592.659**.

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

Exemple :

- ✦ 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, mais seulement une des deux infractions est mise à charge.

IV. Evolution 2015-2018

Le nombre d'enquêtes de contrôle clôturées a presque diminué de moitié depuis 2015 (Illustration 4).

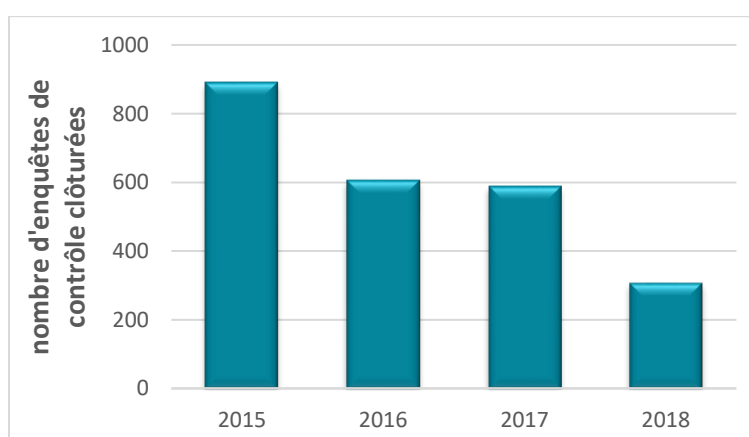


Illustration 4

Quelques explications :

- ✦ **Ressources limitées**
Le nombre d'agents a diminué de 30 % en 5 ans. Une réorganisation interne du SECM était nécessaire pour contrecarrer cette diminution. Actuellement, 30% de notre personnel d'inspection a moins de trois ans d'expérience.
- ✦ **L'instauration du filtre en février 2015**
Le Filtre est une cellule qui analyse des signalements et des idées et y donne une certaine priorité.
L'analyse par le Filtre a par exemple permis de diminuer le 'nombre d'enquêtes de contrôle négatives' de 462 en 2015 à 119 en 2017. Le Filtre accroît ainsi la précision de notre activité de contrôle.
- ✦ **Davantage d'investissement d'analyse de données et de screening**
La cellule 'analyse des données' effectue une première analyse sur les données de facturation des O.A. 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. Outre les actions telles que les enquêtes de contrôle (= enquêtes après attestation), le SECM se concentre de plus en plus sur l'analyse et la fourniture d'informations préventives. Malgré une réduction des ressources, cela augmente l'impact du SECM, mais réduit en même temps le nombre d'enquêtes de contrôle. L'augmentation de l'impact est expliquée à la page 73.

✦ **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.

Les 303 enquêtes de contrôle précitées peuvent être réparties sur base de trois critères :

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

Ci-dessous nous expliquerons chacun des trois critères.

b) 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 mis en oeuvre, 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.

Contrôle thématique 1 : Dépassement du plafond des valeurs M en 2015

Dans le cadre d'un projet national concernant tous les kinésithérapeutes, le SECM a examiné s'ils avaient dépassé le plafond des valeurs M en 2015.

Cette enquête de contrôle poursuivait un double objectif :

- ✦ définir et tester la méthode de travail pour la récupération des prestations non conformes
- ✦ récupérer le montant indu facturé à l'assurance maladie pour les prestations non conformes.

Nous avons lancé une enquête de contrôle pour 36 kinésithérapeutes qui avaient facturé pour plus de 160 000 valeurs M à l'assurance maladie en 2015.

Ces kinésithérapeutes ont reçu un procès-verbal de constatation (PVC).

- ✦ 29 kinésithérapeutes ont opté pour le remboursement spontané. Aucune amende ne leur a donc été infligée. Leur dossier a été clôturé par un avertissement.
- ✦ Une procédure a été lancée pour 6 dossiers,
 - ✧ 4 pour non-remboursement du montant faisant l'objet du grief
 - ✧ 2 en raison d'antécédents auprès du SECM.
- ✦ Nous avons clôturé 1 dossier avec un avertissement sans remboursement.
- ✦ Nous avons rédigé un procès-verbal de mise en conformité (PVM) pour 2 dossiers parce que les kinésithérapeutes concernés avaient facturé ou fait facturer les prestations d'autres kinésithérapeutes sur leur carnet avec leur numéro INAMI. Dans le PVM, nous avons demandé d'attester toutes les prestations à partir de deux mois après la date du PVC dans les carnets appropriés et sous le numéro INAMI correct. Pour ces deux dossiers-là, nous n'avons pas non plus demandé le remboursement du montant faisant l'objet du grief.

Pour ce projet national, les prestations non conformes remboursées représentent un montant total de 428.936,29 EUR.

Contrôle thématique 2 : Contrôle thématique du matériel utilisé en électrophysiologie

Le secteur des Implants et dispositifs médicaux invasifs, qui représentait des dépenses pour un montant de 698.280.000 EUR en 2016, a été peu contrôlé jusqu'à présent. Lors d'une première enquête thématique dans ce secteur, nous avons contrôlé l'application des modalités de remboursement dans le cadre de l'attestation de dispositifs médicaux invasifs utilisés en électrophysiologie.

À travers un examen électrophysiologique (EEP), un médecin peut obtenir des informations précises sur le type d'arythmie dont souffre un patient et où exactement dans le cœur elle trouve son origine. Comme traitement à certaines arythmies, le médecin procède à une ablation.

Pour le remboursement de l'EEP et de l'ablation, un numéro de nomenclature est prévu pour le médecin et un numéro de prestation pour le matériel pour différents types d'arythmie (arrêté royal du 25.6.2014).

Nous avons d'abord analysé de manière générale les données d'attestation de tous les hôpitaux pour les cinq prestations de matériel concernées (158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944, 158955-158966). Nous avons ensuite analysé un dossier test et trois hôpitaux supplémentaires où des infractions, à savoir l'attestation multiple des prestations de matériel 158885, 158900, 158922 et 158944, ont été commises pour un montant \geq 10 000 EUR durant la période.

Pour les quatre hôpitaux sélectionnés, nous avons constaté deux types d'infractions, à savoir l'attestation injustifiée de la fourniture de matériel plusieurs fois le même jour et l'attestation d'une prestation de matériel erronée.

Les courriers échangés avec les pharmacies hospitalières ne nous permettent pas toujours de déterminer clairement si les infractions découlent ou non d'une erreur (administrative).

Nous avons dressé pour chaque hôpital un procès-verbal de constat pour un montant total de 42.060,03 EUR. Tous les hôpitaux ont volontairement remboursé le montant qu'ils avaient indûment attesté.

À l'avenir, nous examinerons également ces prestations de matériel dans d'autres hôpitaux, en combinaison avec la réglementation issue du chapitre « chirurgie des vaisseaux ».

Contrôle thématique 3 : Forfaits d'hôpital de jour attestés en polyclinique

Un forfait d'hôpital de jour est un montant que l'hôpital peut facturer pour des prestations ambulatoires des listes des groupes 1 à 7 de l'annexe I à la Convention nationale médico-mutualiste conclue entre les hôpitaux (HÔP) et les organismes assureurs (O.A.). La condition à respecter est que la prestation ne soit pas effectuée au service de consultation polyclinique. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a effectué une enquête nationale concernant l'attestation en 2016 de forfaits d'hôpital de jour pour des prestations en service de consultation polyclinique.

Sur la base d'une analyse de risques des attestations, nous avons sélectionné 33 hôpitaux qui ont attesté des forfaits d'hôpital de jour pour un montant de 12,49 millions d'EUR.

Un couplage de données cliniques et financières a révélé que des interventions avec forfait d'hôpital de jour étaient probablement effectuées en polycliniques d'urologie et de chirurgie maxillo-faciale et, dans une moindre mesure, en polycliniques de pneumologie et de gynécologie.

64 visites d'inspection dans 20 hôpitaux différents ont démontré qu'au service de consultation polyclinique étaient essentiellement effectués des cystoscopies, des lithotripsies, des curetages pour ostéite inflammatoire du maxillaire, des apicectomies, des bronchoscopies et des amniocentèses/choriocentèses.

Par ailleurs, il est souvent apparu impossible d'évaluer clairement les situations au sein des hôpitaux vu certaines lacunes et imprécisions dans l'Accord national médico-mutualiste.

Telles sont les raisons pour lesquelles le SECM a décidé de ne pas rédiger de procès-verbaux de constatation des infractions mais d'inciter la Commission de convention nationale à traduire les connaissances acquises en adaptations de la réglementation.

c) Pharmaciens

I. Contrôle « code-barres unique » (CBU)

Le SECM entend veiller à ce que les médicaments attestés

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

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.

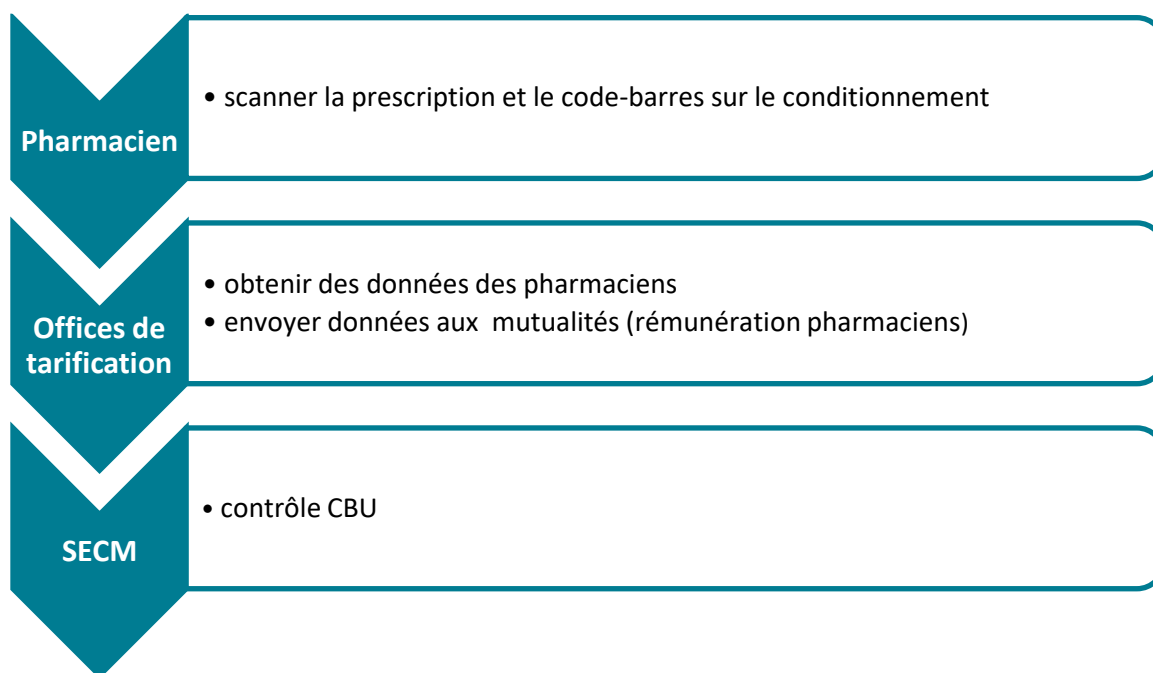


Illustration 5 : Présentation schématique de la procédure

Les firmes qui commercialisent des médicaments remboursables sur le marché belge nous envoient 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.

Résultats :

Tableau 4

Contrôle CBU de juillet 2016 à juin 2018 inclus (= 24 mois)	
Nombre d'officines concernées	4.944
Nombre total de lignes de tarification analysées	217.703.022
Nombre de lignes de tarification qui doivent être munies d'un CBU	205.267.038
% sans CBU	1,10 %
% 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	98,83 %
% 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 se stabilise.

Conclusion : le CBU reste un instrument efficace qui permet :

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

Le CBU devient européen

Le 9 février 2019, la législation relative à la lutte contre les médicaments falsifiés est entrée en vigueur dans (presque) tous les États membres européens, dont la Belgique³. Cela signifie que le code unique linéaire classique a été remplacé par un code matriciel 2D.

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

- ✦ de la BeMVO (Belgian Medicines Verification Organisation)
- ✦ de l'AFMPS
- ✦ du SdSS et du SECM de l'INAMI.

Le SECM joue donc un rôle actif dans le développement du code matriciel 2D.

Méthode de travail :

Les entreprises sont tenues d'apposer des dispositifs de sécurité sur les emballages des médicaments, composés :

- ✦ d'un code d'identification unique (code-barres matriciel) et
- ✦ d'un dispositif anti-effraction (scellement de l'emballage)

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

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

Les entreprises enregistrent toutes les matrices de données dans une base de données.

³ Directive 2011/62/UE du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/UE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction de médicaments falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement légale

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

- ✦ Un code matriciel 2D doit être apposé sur tous les médicaments soumis à prescription et tous les médicaments remboursables.
- ✦ Exceptions :
 - ✧ médicaments radiopharmaceutiques, gaz médicaux, par ex. : O₂, perfusions, alimentation parentérale, produits de contraste, homéopathie, extraits d'allergènes (= « liste blanche »)
 - ✧ médicaments en vente libre (OTC) soupçonnés d'être dangereux (« liste noire »).

Le CNK est conservé, mais n'est pas inclus dans la matrice de données. Le logiciel de pharmacie devra donc convertir un GTIN scanné en CNK correspondant sur la base de tableaux de conversion. Le GTIN et le numéro de série du code seront enregistrés dans le fichier de facturation par le pharmacien.

II. Analyse des profils déviants dans les fichiers 'Séjours hospitaliers anonymes' et 'Hospitalisation de jour anonyme' (SHA/HJA)

Chaque année, le SECM analyse les prestations, implants et médicaments attestés dans ces fichiers SHA/HJA afin de détecter de manière proactive les irrégularités dans la tarification.

En 2018, 6 enquêtes de contrôle au total ont été ouvertes, dont 2 négatives, 2 en cours et 2 clôturées avec avertissement et un remboursement volontaire du montant total indu de 250.567,93 EUR.

III. Autres projets des pharmaciens-inspecteurs :

- ✦ détection des profils pharmaceutiques déviants (PharmaOT) sur la base des fichiers intégrés : pharmaciens, médecins, assurés
- ✦ enquête thématique sur les drogues sensibles à la fraude (opioïdes)
- ✦ enquête thématique implants et dispositifs médicaux invasifs (uro-gynéco)
- ✦ screening et contrôle des attestations de médicaments, bandagisterie
- ✦ répondre aux questions et transmettre des informations :
 - ✧ à l'AFMPS
 - ✧ à la Commission médicale provinciale
 - ✧ à l'Ordre des médecins
 - ✧ à la Justice.

d) Le SECM et la lutte contre la fraude

Nous travaillons avec les autres services de l'INAMI et avec les O.A. pour des enquêtes de fraude concrètes et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude.

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

I. Définition de la fraude

Le 19 avril 2017, la commission anti-fraude de l'INAMI a approuvé les directives concernant la définition de la notion « indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies de la loi SSI⁴.

La directive explicite ce que la notion 'dol/fraude' signifie exactement :

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

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

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

Afin de concrétiser le suivi des fraudeurs, le SECM qualifie e.a. les cas suivants de fraude :

- ✦ prestations non effectuées pour plus de 3.000 EUR (à l'exception des erreurs administratives)
- ✦ prestations non conformes pour plus de 25.000 EUR avec des indications claires de facturation illégale intentionnelle
- ✦ fraude commise par des assurés avec un indu (traité par le SCA)
- ✦ récurrence de surconsommation.

II. Enquêtes en matière de fraude clôturées en 2018

Des 303 enquêtes de contrôle au total qui ont été clôturées (Tableau 3), 87 concernent des enquêtes en matière de fraude pour un indu total de 4.541.687 EUR (Tableau 5). Dans 51 % des dossiers de fraude, il s'agit essentiellement de prestations non effectuées.

⁴ Loi SSI : loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Tableau 5 : Aperçu des enquêtes en matière de fraude clôturées en 2018, suivant le type de fraude

Type de fraude	Nombre d'enquêtes	Indu (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
Prestations non effectuées	44	1.812.066	747.153
Prestations non conformes	39	2.701.773	1.226.777
Abus d'imprécisions dans la nomenclature	4	27.848	9.068
Total	87	4.541.687	1.982.998

Les enquêtes en matière de fraude représentent 29 % des enquêtes de contrôle clôturées, 86 % de l'indu et 68 % du montant remboursé volontaire (Illustration 6).

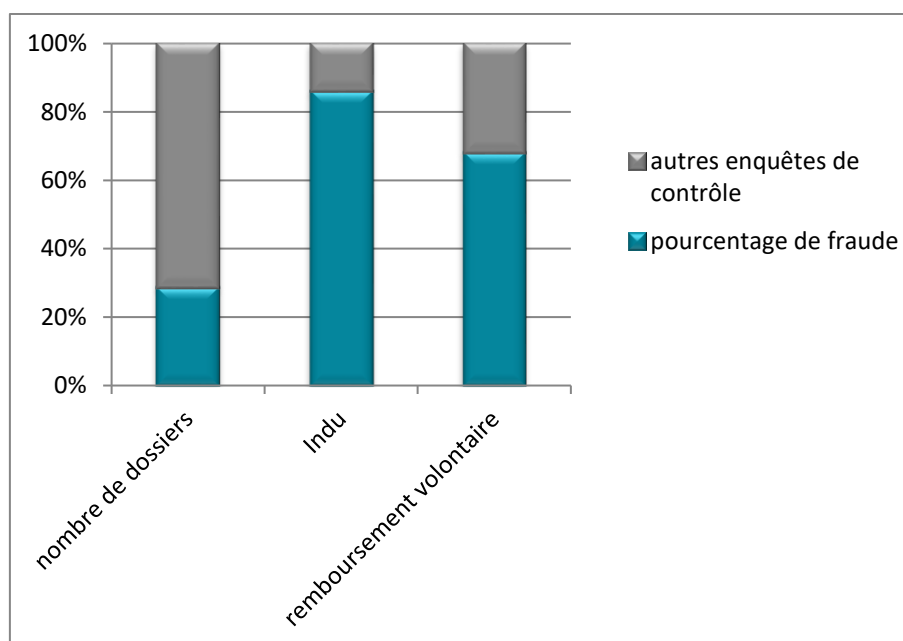


Illustration 6 : Pourcentage de fraude en 2018 par rapport à l'ensemble des enquêtes de contrôle

44 % du montant imputé dans les enquêtes en matière de fraude sont remboursés volontairement. Pour les cas de fraude concernant des prestations non effectuées, le remboursement volontaire se limite à 41 % du montant imputé. (Illustration 7).

À titre de comparaison : dans le groupe des enquêtes de contrôle qui ne sont pas qualifiées de fraude, pas moins de 98 % de l'indu est remboursé volontairement.

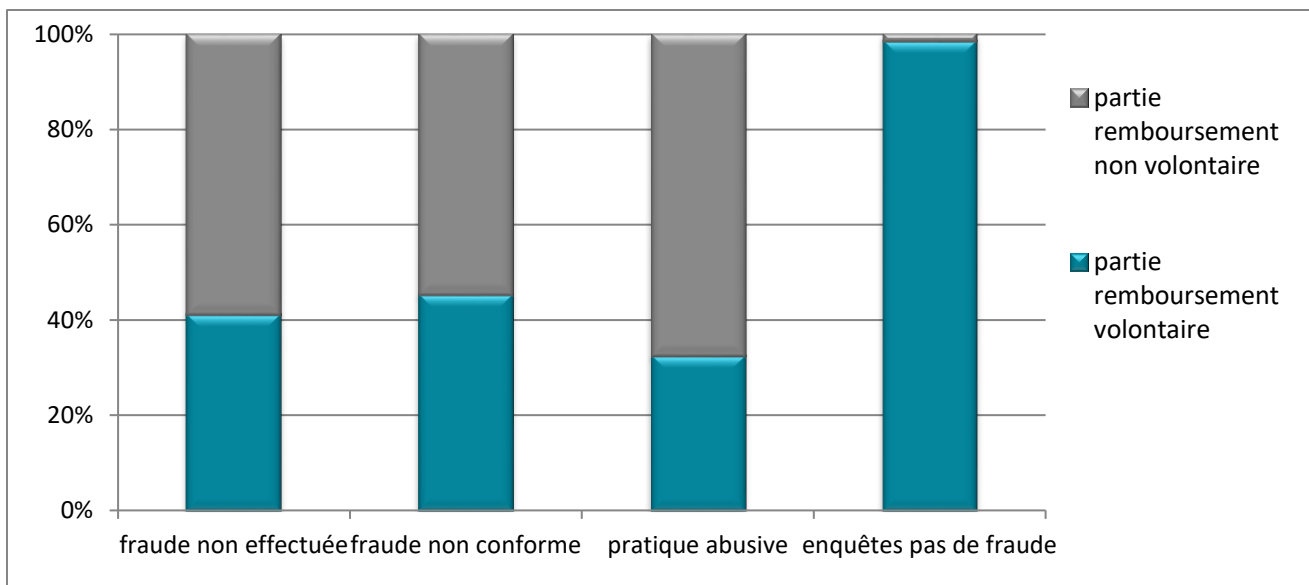


Illustration 7 : Part remboursée volontairement par rapport à l'indu par type de fraude

Si l'on compare les dernières années, le nombre d'enquêtes en matière de fraude et le montant imputé pour les enquêtes en matière de fraude restent similaires. Compte tenu de la forte baisse du nombre total d'enquêtes de contrôle au cours de la même période, la proportion d'enquêtes de contrôle en matière de fraude augmente par rapport à l'ensemble des enquêtes de contrôle (Illustrations 8 en 9).

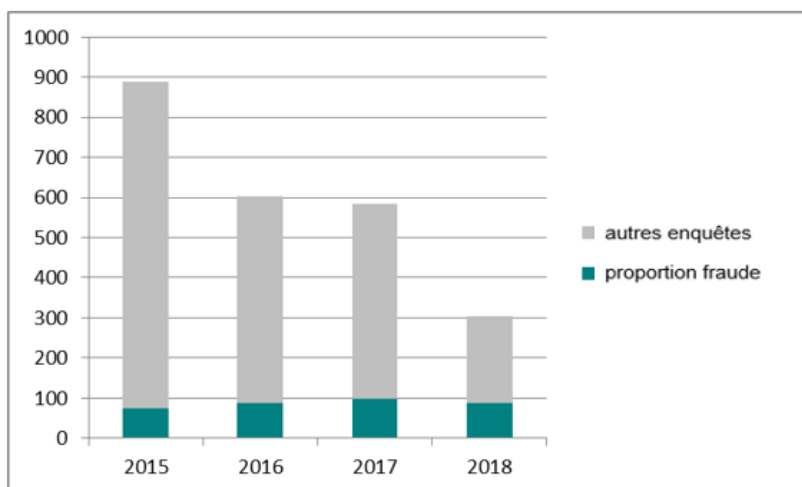


Illustration 8 : Pourcentage de fraude en 2015-2018 par rapport à l'ensemble des enquêtes de contrôle

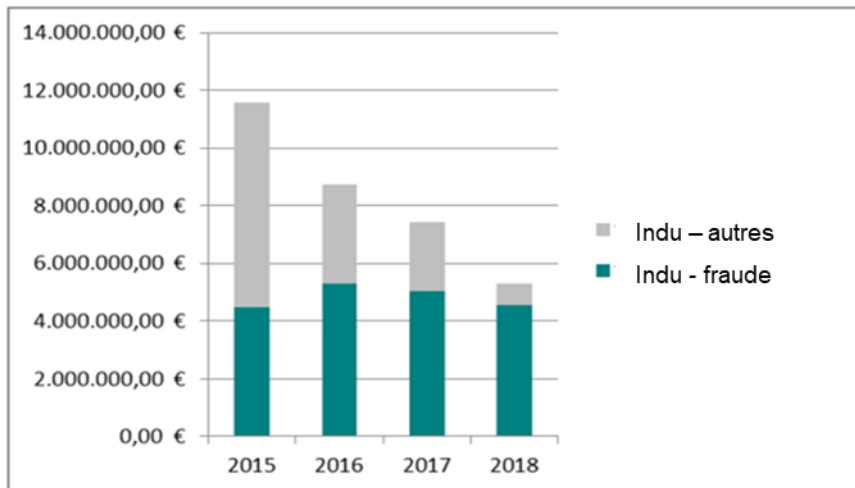


Illustration 9 : Pourcentage du montant imputé en matière de fraude en 2015-2018 par rapport à l'ensemble des enquêtes de contrôle

III. Qui fraude ?

- ★ 32 **praticiens de l'art infirmier à domicile** représentent 37 % du nombre d'enquêtes en matière de fraude et 43,5 % du montant imputé dans toutes ces enquêtes en matière de fraude (Illustration 10 en 11).
- ★ Il y a 20 enquêtes en matière de fraude (22,98 %) d'**assurés** (fausses prescriptions et fausses attestations de soins donnés), mais dans chaque enquête, il ne s'agit que d'un indu relativement limité.

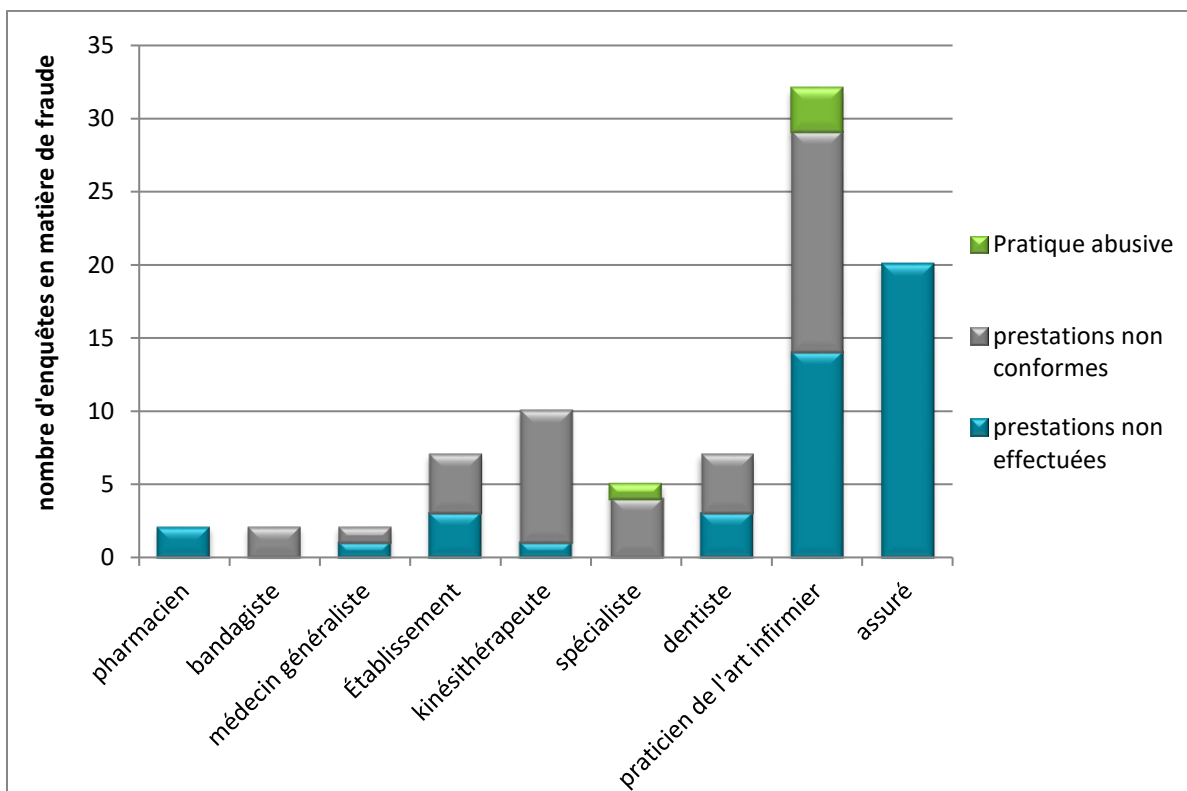


Illustration 10 : nombre d'enquêtes par groupe concerné et par type d'infraction

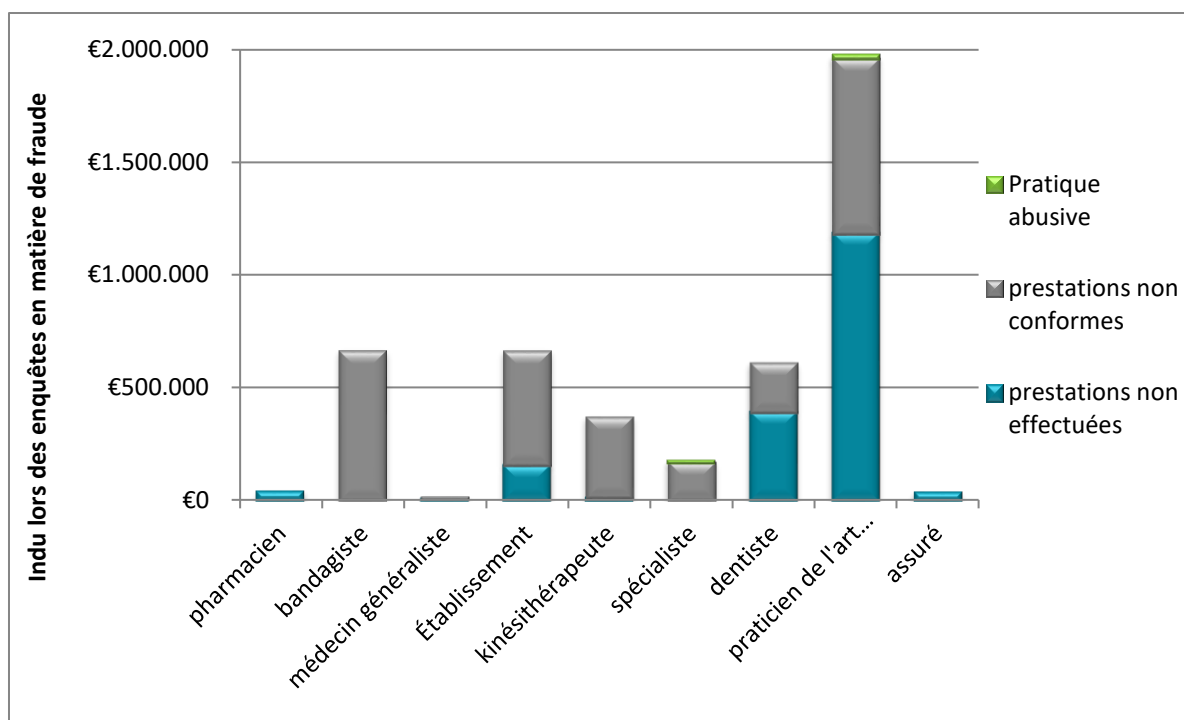


Illustration 11 : Indu par groupe concerné

IV. Suspension du paiement via le tiers payant

L'article 77sexies de la loi SSI offre la possibilité de suspendre temporairement le paiement de prestations via le régime du tiers payant pour une période maximale de 12 mois. Il s'agit là d'une mesure supplémentaire qui permet de mettre un frein aux fraudeurs entêtés - qui font volontiers usage du régime du tiers payant - tandis que le personnel d'inspection mène l'enquête sur le fond et formule, le cas échéant, un grief formel.

En 2018, le FD a suspendu temporairement le paiement de huit numéros de tiers payant concernant cinq fraudeurs. Ils concernent tous des praticiens de l'art infirmier à domicile (Tableau 6).

Tableau 6 : Aperçu des suspensions du paiement via le régime du tiers payant (art. 77sexies)

Suspension	Début suspension	Fin suspension	type	Responsable présumé*
1	02-02-2018	01-02-2019	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	A
2	16-02-2018	15-02-2019	Praticiens de l'art infirmier à domicile	B
3	16-02-2018	15-02-2019	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	B
4	06-07-2018	05-07-2019	Praticiens de l'art infirmier à domicile	C
5	06-07-2018	05-07-2019	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	C
6	06-07-2018	05-07-2019	Praticiens de l'art infirmier à domicile	D
7	06-07-2018	05-07-2019	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	D
8	15-05-2018	14-05-2019	Praticiens de l'art infirmier à domicile	E

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

V. Impact

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

Nous possédons entre-temps des données de 177 dispensateurs de soins-fraudeurs (Tableau 7). Nous voyons que leur attestation globale baisse de 10.531.663 EUR après la constatation. Ce montant correspond environ à l'indu total de ce groupe et est supérieur au montant du remboursement volontaire.

L'année de constatation aussi, nous pouvons également observer une baisse jusqu'à concurrence de 4.596.475 EUR (par une constatation en début d'année et impact par des auditions antérieures).

Tableau 7 : Aperçu de l'impact financier des actions de contrôle sur le groupe de fraudeurs

Nombre de dispensateurs de soins-fraudeurs	Attestation annuelle à l'INAMI (profil annuel)				
	1 an avant la constatation (EUR)	l'année de la constatation (EUR)	1 an après la constatation (EUR)	2 ans après la constatation (EUR)	3 ans après la constatation (EUR)
total : 177	45.649.434	41.052.959	35.117.770		
dont : 111	30.372.570	27.644.589	24.479.861	23.039.877	
dont : 43	11.957.402	10.945.250	9.785.404	9.209.133	8.424.860

Sur les 177 fraudeurs que nous suivons de façon proactive, 111 ont déjà fait l'objet d'un suivi 2 ans après la constatation et 43, 3 ans après la constatation. Sur la base des données de facturation, nous pouvons conclure (Tableau 7) que l'impact financier dure plusieurs années.

Nous continuerons à suivre la situation et examinerons quelle sera la durée de cet impact. Il est d'ores et déjà clair que l'impact financier sur les fraudeurs est beaucoup plus élevé que le montant récupéré via le remboursement spontané.

Les fraudeurs individuels chez qui nous ne remarquons pas de baisse dans leurs profils annuels seront à nouveau contrôlés par nos soins. En 2018, nous avons ouvert une nouvelle enquête sur trois fraudeurs sur la base de ce suivi.

Bien que nous ayons un impact manifeste sur les fraudeurs, le montant total imputé dans les enquêtes en matière de fraude de cette année équivaut à peu près à celui de l'année passée (5.025.755 EUR). On peut l'expliquer comme suit :

- ✦ Il y a une part de récidives chez les fraudeurs;
- ✦ Nous découvrons chaque année aussi d'autres/de nouveaux fraudeurs dans le cadre de nos enquêtes

VI. Mesures structurelles

Le SECM a fait des propositions concrètes dans le cadre du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 pour introduire un seuil de responsabilité pour les praticiens de l'art infirmier à domicile (180.000 EUR par an).

III. DIRECTION EVALUATION

L'objectif de l'évaluation de la direction Evaluation est d'améliorer l'efficacité dans le domaine des soins de santé et des prestations. Pour atteindre cet objectif, elle sélectionne des groupes cohérents de dispensateurs de soins sur la base de leur pratique (en fonction de leurs attestations et/ou réglementations) avec un thème particulier.

Leur pratique est ensuite confrontée aux règles de bonnes pratiques (EBM, lignes directrices, nomenclature,...) de la littérature et/ou de la réglementation et/ou à des éléments statistiques au moyen d'analyses de données ou d'observations de terrain.

Les résultats des évaluations permettront ensuite de prendre des mesures en vue de modifier les pratiques des prestataires de soins de santé dans le but d'accroître l'efficacité :

- ✦ une sensibilisation des dispensateurs de soins
- ✦ l'adaptation de la réglementation
- ✦ demander que les examens de contrôle soient effectués par la direction du contrôle.

a) Rapports d'étude

Rapport 1 : Dépistage : kinésithérapeutes indépendants exerçant également une autre activité rémunérée

Une valeur M a été attribuée dans la nomenclature pour de nombreuses prestations physiothérapeutiques qui sont remboursées par l'assurance maladie.

Les valeurs M ont été créées afin de garantir la durée moyenne de prestation fixée par la loi, et de ce fait également la qualité de la prestation de kinésithérapie. Le nombre de valeurs M qu'un kinésithérapeute est autorisé à facturer, est ⁵ :

- ✦ 40.000 valeurs M pour une période donnée de trois mois
- ✦ 156.000 valeurs M pour une période donnée d'une année civile.

En 2015, 19.967 kinésithérapeutes ont facturé à l'assurance maladie des prestations au titre de l'article 7 « Kinésithérapie » de la nomenclature pour un montant total de 664.944.068,07 EUR.

L'art. 7 § 19 n'opère aucune distinction entre les kinésithérapeutes qui exercent uniquement des activités liées à la valeur M et ceux qui, en marge, exercent des activités rémunérées non liées à la valeur M, comme les enseignants ou les entraîneurs physiques indépendants.

Ceci n'est pas conforme à la philosophie de l'art. 7 § 19, qui vise à maintenir un haut niveau de qualité de prestation et à garantir la durée moyenne du temps consacré aux patients (en fonction de la prestation).

L'objectif de ce dépistage est d'examiner

- ✦ la mesure dans laquelle les kinésithérapeutes exercent d'autres activités rémunérées en marge de leur activité liée à la valeur M
- ✦ l'influence potentielle de ces activités sur le nombre de valeurs M facturées par ces kinésithérapeutes en 2015.

Des 17.877 kinésithérapeutes qui avaient demandé des prestations d'assurance-maladie au cours de chaque trimestre de 2015, nous avons choisi au hasard 150 kinésithérapeutes.

34 des 150 kinésithérapeutes ont été enregistrés en tant que travailleur salarié.

⁵Arrêté royal du 21 février 2014 modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (en vigueur le 1^{er} mai 2014).

Pour être en mesure de déterminer l'influence de l'activité de salarié sur le nombre de valeurs M, nous sommes partis du principe que chaque heure prestée en tant que salarié correspond à 48 valeurs M.

Après avoir recalculé, nous ne constatons que des dépassements supplémentaires des plafonds de valeurs M fixés par trimestre ou par an chez un kinésithérapeute. Ce kinésithérapeute a travaillé 26 heures par semaine en tant que salarié en marge de son activité de kinésithérapeute indépendant liée à la valeur M.

Conclusion

À l'heure actuelle, notre service n'est pas en mesure de rechercher rapidement et efficacement les activités que le prestataire de soins exerce en tant que salarié ou en dehors de la nomenclature INAMI.

Actuellement, la législation disponible ne nous permet pas non plus de procéder à des récupérations sur la base d'activités supplémentaires en dehors de la nomenclature INAMI.

Nous avons transmis les conclusions de cette étude à la Commission de kinésithérapeutes du Service des soins de santé.

Notre service a mené une enquête de contrôle portant sur l'année 2015. Nous avons constaté que 131 kinésithérapeutes ont dépassé les plafonds fixés pour les valeurs M au cours d'au moins un trimestre ou sur l'année. Nous avons sélectionné 36 de ces 131 kinésithérapeutes ayant facturé plus de 160.000 valeurs M par an à l'assurance maladie. Nous avons envoyé à ces 36 kinésithérapeutes un procès-verbal de constat avec récupération de toutes les valeurs M au-delà de 156.000. Le montant indu s'élevait à 591.868,55 EUR.

Rapport 2 : Prestations de kinésithérapie lors d'un séjour en maternité après un accouchement ou une césarienne

Le budget de l'assurance-maladie de kinésithérapie et de physiothérapie pour les soins de maternité après un accouchement ou une césarienne est couvert par l'assurance maladie obligatoire. En 2015, il s'élevait à 1.700.000 EUR pour ce secteur.

Au cours de cette étude, le SECM a réalisé une vue nationale de toutes les pratiques belges afin de vérifier que les ressources disponibles sont utilisées de manière optimale et appropriée.

Nous avons sélectionné au hasard 10 hôpitaux comportant au moins 10 séjours avec physio/kinésithérapie « natale⁶ » pour chaque type d'accouchement (par voie basse et par césarienne). Pour chaque hôpital des 10 sélectionnés, nous avons sélectionné 10 dossiers kinés pour les 2 types d'accouchement par un tirage aléatoire (soit un total de 200 dossiers).

Pour un total de 101.692 accouchements en 2015, les hôpitaux ont facturé 65.973 attestations de soins kiné natale et 25.084 attestations de soins kiné postnatale. Entre les différents hôpitaux, le pourcentage d'attestations de soins kiné varie entre 0 et 98 %. Cette disparité est constatée tant dans les hôpitaux universitaires que non universitaires.

Une grande variabilité est constatée entre les taux de prestations de physio/kinésithérapie selon les hôpitaux (universitaires et non universitaires) et les types d'accouchements (de 6 à 89 % pour ceux par VB, de 38 à 99 % pour les CES dans notre échantillon).

A partir des dossiers kinés reçus, très incomplets et peu documentés, le constat peut être fait que les prestations retrouvées ont un caractère quasi systématique, sont de confort et non indiquées dans la littérature.

⁶ Natale: du jour de l'accouchement jusqu'à 6 jours après la naissance

Ce problème doit être pris en charge au niveau des commissions Soins de santé (prescripteurs, dispensateurs).

Nous avons transmis les conclusions de cette étude à la Commission de kinésithérapeutes du Service des soins de santé.

Rapport 3 : les indications pour les examens CT et RMN

En 2015, les médecins ont facturé 3.266.624 examens CT et RMN pour un montant de 353.155.999 EUR. Dans cette étude, notre objectif a été de dresser l'inventaire des indications pour la prescription d'un examen CT ou RMN et de vérifier s'il y a ou non surconsommation de certaines indications. Nous avons en outre analysé la forme et le contenu de la prescription et du rapport.

Pour chacun des 104 hôpitaux, nous avons analysé les examens CT et RMN du jour où l'hôpital en a globalement facturé le plus en 2015. Nous avons demandé à recevoir les demandes et les rapports de radiologie de ces examens CT et RMN sous forme électronique.

Au total, nous avons analysé les demandes et rapports de 15.035 examens pour 14.310 assurés. 8.151 médecins, dont 2.923 médecins généralistes et 5.228 médecins spécialistes, ont prescrit au moins un de ces examens. Ils ont prescrit respectivement $\frac{1}{4}$ et $\frac{3}{4}$ des examens.

- ✦ Pour 52 % des CT et des RMN de la colonne vertébrale (= 1.600 examens), les « lombalgies avec ou sans rayonnement » constituent l'indication prescrite. Les médecins généralistes ont prescrit ces examens tout aussi souvent que les médecins spécialistes alors que cette proportion est de 1 sur 4 pour les autres indications. Les anomalies radiologiques n'étaient pas nécessairement liées aux plaintes (dorsales).
- ✦ 10 % de tous les examens CT et RMN sont effectués dans le contexte d'une pathologie oncologique. Pour les codes avec CT Thorax+Abdomen, il s'agit de 75 % dont 15 % sont effectués en combinaison avec un examen PET.
- ✦ La traumatologie constitue également une indication importante. La demande comprend généralement une combinaison de plusieurs examens qui sont effectués au service des urgences.
601 des 14.310 patients (4,20 %) ont plus d'1 examen CT et/ou examen RMN en 1 jour dont au moins 175 (30 %) à la suite d'un polytraumatisme.
- ✦ Parfois l'indication pour l'examen CT (\pm 4 %) est purement technique, par exemple comme soutien aux prestations suivantes : ponction, biopsie, infiltration, planning de la radiothérapie, scintigraphie et examen PET.
Des codes de nomenclature spécifiques ont été créés en 2016 pour le CT de localisation dans le cadre d'une scintigraphie et pour le CT de diagnostic dans le cadre d'un examen PET.
- ✦ Les résultats anormaux d'autres examens de diagnostic (analyse de sang, autre examen d'imagerie médicale...) représentent environ 2 % des indications pour un CT ou RMN. Les indications pour un examen RMN d'un organe sont très ciblées et spécifiques, contrairement à celles pour les demandes de CT de l'abdomen.
- ✦ 50 % des examens des articulations concernent le genou.
- ✦ Pour ce qui est des examens de la tête, le mal de tête constitue dans 15 % des cas l'indication prescrite.

Nous avons l'impression que la prescription a (reçu) un rôle presque exclusivement administratif.

- ✦ Nous avons constaté 143 cas de substitution⁷ sur 15.035 prescriptions (0,95 %).
- ✦ Dans 25 % des demandes, les rubriques « Informations cliniques pertinentes » et/ou « Demande de diagnostic » n'ont pas été complétées. Ces deux rubriques ont parfois même été fusionnées en une seule rubrique.
- ✦ Si les « Informations cliniques pertinentes » ont quand même été complétées, on constate que les informations médicales sont particulièrement sommaires.
- ✦ La demande de diagnostic est formulée en des termes plutôt vagues que claires.
- ✦ La rubrique « Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) » n'est pas non plus soigneusement complétée.
- ✦ L'option « Aucun examen préalable n'a été effectué » n'existe pas. En ce qui concerne les examens dans l'indication « Suivi », on constate que cette rubrique est également souvent non complétée. Des examens doivent pourtant avoir été effectués au préalable étant donné qu'il s'agit d'examens de suivi pour lesquels la demande de diagnostic se concentre sur l'évolution de l'affection à l'aide d'images de radiologie.
- ✦ L'écriture est parfois illisible, la terminologie médicale est employée avec nonchalance et des abréviations (« officielles ») non uniformes sont souvent utilisées.

La nomenclature prête peu d'attention à la structure et au contenu d'un rapport, ce qui se traduit dans la pratique par :

- ✦ l'absence de la demande (de diagnostic) dans 1/3 des rapports
- ✦ une description généralement détaillée, parfois structurée, parfois sous forme de prose, des images de radiologie. Dans 1/3 des rapports, une conclusion succincte qui établit le lien avec la demande de diagnostic du prescripteur fait défaut
- ✦ un manque d'uniformité dans la terminologie médicale employée. On décrit à l'aide de concepts qualitatifs plutôt que quantitatifs, par exemple « Il s'agit d'une sténose modérée »
- ✦ lorsqu'un agent de contraste est employé, le produit et la quantité utilisés ne sont pas systématiquement mentionnés.

Conclusion

Sur la base de la prescription, il n'est pas aisé de constater si l'examen est indiqué et justifié sur le plan médical ou non. Des adaptations s'imposent dans la nomenclature, le contenu de la prescription et le rapport.

Propositions

Le SECM propose ce qui suit :

1. adaptations dans la nomenclature :
 - a. CT de diagnostic, CT de suivi, comme soutien à la prestation technique
 - b. CT traumatisme
2. introduction d'un formulaire de demande électronique « Imagerie médicale » vu les nombreux problèmes pratiques rencontrés avec la version papier de la prescription.
3. un rapport de radiologie devrait répondre à certaines normes au niveau de la structure et du contenu de sorte que la structure et la terminologie soient reconnaissables de tous. Dans ce contexte, les peer reviews des rapports de radiologie peuvent jouer un rôle important.

Les résultats de cette étude ont été présentés à la cellule stratégique du Ministre dans le cadre de l'audit protocole d'accord Imagerie médicale (cf. rapport 7).

⁷ Sur la base de l'expertise, des directives en vigueur et de la situation clinique spécifique du patient, le radiologue doit évaluer la prescription avant de l'exécuter. Depuis le 1^{er} avril 2014, le radiologue a la possibilité de substituer l'examen proposé par un examen plus indiqué.

Rapport 4 : Mesure d'impact des actions entreprises suite à l'étude de 2013 sur les services d'urgences

En 2013, le SECM a procédé à une analyse approfondie des comptes des services d'urgence.⁸ À la suite de cette analyse, plusieurs mesures ont été prises :

- ✦ En 2014, envoi par le SECM d'un courrier aux hôpitaux rappelant
 - ✧ les règles d'attestation des prestations dans les services d'urgences et
 - ✧ notamment que les prestations devaient être attestées selon la qualification du médecin ayant réellement réalisé la prestation.
- ✦ Modification de la nomenclature : introduction de 4 nouveaux codes pour les consultations effectuées au sein des services d'urgences par les médecins spécialistes non reconnus comme urgentistes, avec des honoraires moins élevés que ceux des spécialistes urgentistes, d'application au 01 mai 2016.⁹
- ✦ Introduction d'une nouvelle règle interprétative n° 23 dans l'article 25 de la nomenclature publiée au Moniteur le 10 mars 2016.¹⁰
- ✦ Etablissement d'une méthodologie pour détecter les services à contrôler.

L'objectif de cette mesure d'impact était d'évaluer l'impact à court terme de nos actions sur l'attestation des prestations des services d'urgence. Nous voulions également déterminer les mesures que nous devons prendre à l'avenir.

Résultats

l'analyse des données d'attestations pour les années 2015 et 2016 a permis de constater :

- ✦ la persistance de l'attestation par certains services de la majorité des prestations au nom du chef de service
- ✦ un taux très élevé d'appels de spécialistes pour certains services ou nul pour d'autres
- ✦ l'attestation par un senior pour des médecins-spécialistes en formation, sans qu'il soit mentionné le dispensateur réel, et sans savoir si le médecin senior était réellement dans les conditions pour pouvoir attester
- ✦ le nombre d'admissions à l'urgence a augmenté de 4,96 % et les montants alloués de 2,73 % seulement (dépenses de 80.475.658 EUR, alors qu'on s'attendait à un montant de 81.810.158 EUR).

Cela est dû entre autres :

- ✧ au fait d'avoir proportionnellement moins d'appels de spécialistes (+ 2,2% en 2016 au lieu de + 3,3% en 2015) sans tenir compte des récentes constatations faites par le SECM dans le cadre du projet de surveillance cardiaque (voir ci-dessous), qui doivent être considérées sous un angle différent
- ✧ à la diminution des suppléments d'urgences (- 5 % au lieu de + 3 %)
- ✧ à la meilleure proportion de consultations attestées par les médecins urgentistes moins hautement qualifiés (acutistes et BAG)
- ✧ aux nouveaux codes de nomenclature avec des honoraires moins élevés (d'application à partir du 01 mai 2016)
- ✧ à la proportion moindre d'actes attestés par les urgentistes.

⁸ Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. (2015, mai). 13/008 Services des urgences : résultats de l'étude de terrain. Rapport SECM Activités de l'année 2014, 20–26. Consultés sur <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/evaluation-control-rapport-activites-2014.pdf>.

⁹ Art. 1 1° de l'Arrêté royal de 19 février 2016 modifiant l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

¹⁰ Règle interprétative 23 concernant les prestations de l'article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) de la nomenclature des prestations de santé, MB 10 mars 2016.

Dans une autre étude du SECM, l'étude sur la surveillance cardiaque à l'urgence, nous avons constaté que les spécialistes des différents hôpitaux ne facturent pas leurs appels via l'art. 25 de la nomenclature¹¹, mais via une consultation conformément à l'art. 2¹². Ceci est permis selon la règle d'interprétation 1 de l'art. 2.¹³

Étant donné que les médecins appelés peuvent faire payer leurs conseils à la fois par l'art. 25 et l'art. 2, il est impossible d'établir un lien entre le nombre d'admissions d'urgence et le nombre de spécialistes auxquels il est fait appel.

Cette constatation rend difficile la mesure de l'impact. Il n'est pas possible de calculer efficacement l'impact financier.

Il s'est également avéré impossible de comparer les noms des prestataires de soins figurant sur les listes permanentes avec ceux des prestataires de soins qui avaient certifié la consultation. Cette comparaison était nécessaire parce que pour la même prestation (antécédents médicaux et examen du patient), les honoraires dépendent de la qualification du prestataire de soins certifié.

Toutefois, certains services certifient tous les services au nom du chef de service qui perçoit la rémunération la plus élevée.

Les listes de permanence avaient été demandées sous la forme d'un fichier Excel précis. La réception de ces listes a fait apparaître de nombreux problèmes :

- ✦ absence de réponse nécessitant des procédures de rappel
- ✦ données incomplètes ou confuses nécessitant des compléments d'information
- ✦ formats extrêmement variables :
 - ✧ fichiers .PDF nécessitant un ré-encodage manuel
 - ✧ fichiers Excel ne répondant pas à la demande et nécessitant une remise en forme
- ✦ listes de permanences dont il ne ressortait pas quels étaient les médecins physiquement présents aux urgences, et dans quelles tranches horaires
- ✦ évidence que des hôpitaux ne disposaient pas de ces listes et avaient dû les constituer pour répondre à la demande
- ✦ contenu des listes peu satisfaisant :
 - ✧ médecins non identifiables
 - ✧ tranches horaires non mentionnées
 - ✧ assistants avec maîtres de stage non mentionnés
- ✦ fourniture des listes de permanence de tous les services de l'hôpital
- ✦ hôpital avec plusieurs sites d'urgences : un seul fichier avec les données d'attestations, mais plusieurs fichiers avec les listes de permanence pour chaque site.

Dans la pratique, toutes ces difficultés ont empêché la comparaison des comptes avec le temps de garde et ont rendu impossible l'identification des services qui pourraient avoir besoin d'être vérifiés.

Proposition

Suite au constat de l'impossibilité d'utiliser les listes de permanence existantes, notamment parce que la réglementation n'impose rien pour ces listes (format, contenu, ...), le SECM va demander, via sa fonction d'avis, que la règle suivante :

« La liste est établie sur un document approuvé par le comité de l'assurance et est transmise à leur demande par voie électronique à l'Organisme assureur ou au Service d'évaluation et de contrôle médicaux »

¹¹ Art. 25 de la nomenclature : Surveillance des bénéficiaires hospitalisés.

¹² Art. 2 de la nomenclature : consultations, visites et avis, psychothérapies et autres.

¹³ Règle interprétative 1 concernant les prestations de l'article 2 (consultations, visites et avis, psychothérapies et autres) de la nomenclature des prestations de santé, MB 13 mars 2002.

soit intégrée dans l'article 25 de la nomenclature comme cela a été fait dans l'article 13 pour les services de soins intensifs.

Cette règle permet de définir et standardiser le contenu et l'usage de ces listes avec possibilité d'identifier tout prestataire de permanence, avec ses tranches horaires et le médecin maître de stage pour les médecins spécialistes en formation.

Rapport 5 : Mesure d'impact de l'action d'information concernant la prestation 102410 (suppléments d'urgence lors des consultations du samedi)

Introduction

Début 2016, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a réalisé une étude concernant l'attestation très fréquente de la prestation 102410 (voir cadre légal) lors de consultations du samedi qui pouvaient être libres ou sur rendez-vous.¹⁴

Il a été décidé de sensibiliser par courrier les 77 médecins qui :

- ✦ attestaient la prestation 102410 pour plus de 20 % de leurs consultations du samedi, et
- ✦ avaient attesté en 2013 et 2014 au moins 750 consultations du samedi en dehors des services de garde.

Ils ont reçu le 29 février 2016 une lettre de prévention les renseignant sur leur propre taux d'attestations et leur rappelant la législation (voir annexe).

Cadre légal

La nomenclature des prestations de santé

Art. 2, B :

102410: Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures

Art. 2, F :

Les prestations 102410 ..., ne peuvent être portées en compte que ... quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés.

Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous.....

Objectif

Mesurer l'impact de l'action information concernant la prestation 102410.

Méthodologie

Pour les 77 médecins qui ont reçu la lettre de prévention, nous avons comparé l'attestation du code 102410 l'année précédant et après la réception de la lettre de prévention.

Pour mesurer l'impact, nous n'avons pas tenu compte des médecins qui nous avaient informés après la lettre de prévention que leurs services avaient lieu le samedi dans un poste de garde.

¹⁴ La synthèse de cette étude 'Attestation du code 102410 par les médecins généralistes pendant les consultations le samedi en dehors du service de garde' se trouve dans le rapport annuel du SECM 'Activités 2016' p 50.
<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/evaluation-controle-rapport-activites-2016.pdf>

Résultats

Tableau 8

	périodes		résultats	
	01-03-2015 à 29-02-2016	01-03-2016 à 28-02-2017	chiffré	%
Nb 102410	26.381	4.966	- 21.415	- 81
Montant (EUR)	322.774	61.513	- 261.261	- 81

Conclusion

L'impact à court terme de l'action Information concernant la prestation 102410 est éminemment positif, avec une diminution de 81 % du montant des prestations attestées.

Rapport 6 : Le dossier infirmier

Contexte

Lors de contrôles, le personnel d'inspection du SECM constate que les dossiers infirmiers ne répondent pas aux conditions de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé. La tenue d'un dossier infirmier est pourtant une condition de remboursement des soins dispensés par les dispensateurs infirmiers en soins à domicile.

Réaliser une évaluation nationale du contenu du dossier infirmier pour l'année 2014 sur base de 6 critères :

- ✦ les toilettes
- ✦ les soins de plaies
- ✦ les honoraires forfaitaires
- ✦ les prestations techniques spécifiques
- ✦ les soins palliatifs
- ✦ les aides soignants.

Méthodologie

Sélection aléatoire d'un échantillon de 120 praticiens de l'art infirmier : 78 néerlandophones et 42 francophones. 10 dossiers infirmiers au maximum ont été sélectionnés pour chacun de ces 120 praticiens de l'art infirmier.

Les 120 praticiens de l'art infirmier ont été rencontrés du 01-12-2015 au 31-03-2016 (4 mois). 1.181 dossiers de patients ont été demandés.

L'analyse des données se base sur l'étude du dossier consulté en présence du dispensateur de soins infirmiers entendu lors de l'audition.

Résultats

1.147 dossiers ont été contrôlés, 34 dossiers (3 %) étaient absents.

- ✦ 13 % des dossiers étaient entièrement électroniques, 20 % n'existaient que sous forme papier. Les autres dossiers étaient mixtes (en partie électroniques, en partie sur papier pour un même assuré).
- ✦ 54 % des dossiers étaient entièrement chez l'infirmière à domicile ou au secrétariat, 5 % entièrement chez l'assuré.

Tableau 9

Critère	Nombre de dossiers	Élément du critère	présente et correct		Absente of pas correct	
			#	%	#	%
Les données concernant l'identification	1.147	Le prestataire de soins	1.090	95	57	5
		La personne assurée	1.124	98	23	2
		Des soins effectués	1.101	96	46	4
Toilettes	384	Echelle d'évaluation (Katz)	358	93	26	7
		Planning	214	56	170	44
		Evaluation tous les 2 mois	234	61	150	39
Mention soins complémentaires	170	Prescription	83	49	87	51
Toilettes présence d'aides soignants	124	Annotation visite mensuelle de contrôle (infirmier)	19	15	105	85
		Motivation dans le dossier (infirmier/aide-soignant)	9	7	115	93
Honoraires forfaitaires A,B,C présence d'aides soignants	37	Annotation visite mensuelle de contrôle (infirmier)	37	100	0	0
		Motivation dans le dossier (infirmier/aide-soignant)	9	25	28	75
Soins de plaies simples	333	Prescription	219	66	114	34
Soins de plaies complexes	239	Prescription	148	62	91	38
		Dossier infirmier spécifique :	114	48	125	52
		Anamnèse infirmière	102	43	137	57
		Evaluation clinique	110	46	129	54
		Identification type de plaie	194	81	45	19
Forfaits A, B, C	394	Echelle d'évaluation (Katz)	369	94	25	6
		Planning	147	37	247	63
		Evaluation tous les 2 mois	187	47	207	53
Forfaits A,B,C Mention soins complémentaires	194	Prescription	36	19	158	81
Nutrition parentérale	26	Prescription	21	81	5	19
		Plan de soins	19	73	7	27
		Notification au médecin conseil	22	85	4	15
		Débit et quantité/24 heures	21	81	5	19
Soins palliatifs	121	Echelle d'évaluation (Katz)	105	87	16	13
		Notification au médecin conseil	91	75	30	25
		Prise en charge permanente	89	74	32	26
		Nom de l'infirmier de référence	79	66	42	34
		Dossier infirmier de soins palliatifs	121	100	0	0
		Enregistrement des symptômes	65	54	56	46
		Echelle de la douleur	47	39	74	61
		Contacts avec la famille	64	53	57	47
		Rapport réunion coordination	30	25	91	75
		planning	50	41	71	59
Consultation infirmière	165	évaluation hebdomadaire	54	45	67	55
		Identification de l'assuré	147	89	18	11
		Date de la consultation infirmière	151	92	14	8
		Modèle/classification	150	91	15	9
		Types de problèmes infirmiers de santé	150	91	15	9
		Objectifs de soins chez l'assuré	149	90	16	10
		Identification de l'infirmier	150	91	15	9

Conclusions

Au vu de la méthode de sélection, cette analyse donne des résultats significatifs et représentatifs d'un grand nombre d'items **insuffisamment complétés** qui impactent négativement la bonne tenue du dossier infirmier.

Ces résultats confirment par ailleurs ceux de l'étude de 2008 'Le dossier infirmier dans la pratique'.

Ceci ne concerne pas uniquement un problème d'attestation correcte des prestations mais aussi la qualité de la relation entre le patient et le(s) praticien(s) professionnel(s)¹⁵.

Les résultats de cette étude ont été soumis à la commission de conventions infirmiers-organismes assureurs.

Propositions

- ★ revoir l'article 8 de la NPS et préciser la terminologie utilisée. Exemples :
 - ◇ qu'est-ce qu'un diagnostic infirmier ?
 - ◇ différencier plus précisément évaluation et observations pertinentes
- ★ poursuivre les sessions d'informations aux prestataires infirmiers en soins à domicile
- ★ promouvoir la connaissance de l'Infobox Infirmier
- ★ envisager une session de formation lors de l'accession au n° INAMI
- ★ proposer d'inclure le dossier infirmier dans un e-dossier patient, au même titre que le dossier médical global, le dossier kiné, le dossier dentaire,

Rapport 7 : Imagerie médicale : audit protocole d'accord

Le protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde¹⁶ définit un certain nombre d'accords entre les autorités compétentes et le secteur de l'imagerie médicale. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a été chargé d'auditer la mise en œuvre de ces accords.

Il a été demandé d'auditer les accords en matière de CT et d'IRM dans ce rapport. À cette fin, les données longitudinales de 2006 à 2016 ont été utilisées pour esquisser une évolution globale. Des données plus détaillées de 2014 à 2016 inclus ont été utilisées pour l'analyse plus ciblée.

L'audit a montré que, en raison du secteur, les accords conclus dans le protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde n'ont pas été respectés : il n'y a pas de neutralité budgétaire, il n'y a pas de passage du CT à l'IRM, et il n'y a pas de diminution de 20 % des examens CT du crâne et de la colonne vertébrale, mais bien une augmentation. L'audit a entraîné des actions de suivi relatives aux appareils IRM non autorisés, non agréés ou non reconnus pour examens cliniques. Le cadastre national des appareils d'imagerie médicale lourde a été créé dans le cadre du cadastre, et 12 nouveaux appareils ont été inclus dans la programmation. Il a été prouvé qu'il existait de nettes différences entre les Régions et les arrondissements entre eux en ce qui concerne le nombre d'examens par 1 000 habitants et l'utilisation des appareils CT et IRM. L'opportunité d'un moratoire pour les appareils CT a été démontrée, et plusieurs paramètres à utiliser ont été répertoriés pour la poursuite optimale du développement du parc IRM. Une marge d'optimisation dans l'utilisation du CT a été rendue visible. Une analyse complémentaire a montré l'impact d'une nomenclature qui décrit non seulement la prescription, mais aussi les critères auxquels sa mise en œuvre doit répondre. Le processus de justification de la mise en œuvre de l'imagerie a été revu, et des points d'amélioration ont été identifiés. Le fil conducteur entre les résultats partiels de l'audit est que l'utilisation obligatoire d'un Clinical Decision System, mettant en balance le poids de la prescription et celui de la justification dans le service d'imagerie, peut contribuer à des soins de meilleure qualité et plus ciblés et à une utilisation optimale des moyens.

Cet audit est en partie à la base du complément au protocole d'accord du 24 février 2014 publié au Moniteur belge du 14-12-2018. Cet audit contribuera également à l'élaboration de critères pour la poursuite optimale du développement du parc IRM.

¹⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

¹⁶ Protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale En raison des compétences spécifiques du gouvernement fédéral et des autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, M. B. du 20-06-2014

b) Le contrôle primaire des O.A.

La composition et le montant des frais d'administration que les O.A. et la Caisse des soins de santé de RH 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 socioéconomique, etc.).

Depuis 2004, les 10 % du montant qu'un O.A. reçoit annuellement sont liés à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ce pourcentage de 10 % (près de 100 millions d' EUR) 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 O.A. remplissent leur mission légale.

L'INAMI transmet les résultats de ces analyses à l'OCM. Au moyen d'échelles de scores, ils convertissent les résultats des analyses en valeurs pécuniaires et diminuent par O.A. les frais d'administration variables de cette valeur pécuniaire.

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

L'évaluation de la performance des O.A. est décrite dans l'AR du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration.

Analyses du processus 1

Dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A., il a été proposé pour l'année d'évaluation 2018 de publier certains indicateurs déjà existants un an plus tôt dans l'Atlas « soins médicaux » en ligne de l'Agence Intermutualiste (AIM). Il s'agit de variables qui ne reposent pas sur des attestations ambulatoires papier (par ex. contact médecins généralistes) ou sur des données de population spécifiques (par ex. MAF). Pour ces variables, le transfert des données va s'accélérer dans le courant de 2017.

Pour les thèmes suivants, les statistiques existantes devaient être mises en ligne publiquement dans l'Atlas AIM pour le 1^{er} décembre 2018 au plus tard.

- ✦ consommation d'antibiotiques en pratique ambulatoire du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2017 inclus (critère soins efficaces) : consommation totale d'antibiotiques, part d'amoxicillines, part de quinolones, part de quinolones respiratoires
- ✦ proxy intoxications alcooliques % de bénéficiaires par 10 000 bénéficiaires entre 12 et 17 ans admis aux urgences entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 et dont le taux d'alcoolémie a été mesuré le jour même (critère état de santé de la population : Rapport 2015 performance du système de santé belge – INAMI + KCE + ISP Le binge drinking chez les jeunes hommes est inquiétant)
- ✦ indicateurs de soins infirmiers à domicile au 31 mars 2017 (critère soins efficaces) : soins infirmiers à domicile personnes de plus de 65 ans, soins infirmiers à domicile par sexe et âge et soins infirmiers à domicile par type de forfait.
- ✦ en outre, il est proposé d'intégrer un nouvel indicateur dans l'Atlas AIM qui devra également être mis à disposition le 1^{er} décembre 2018. Cela concerne le statut du pourcentage de dispensateurs de soins complètement conventionnés, partiellement conventionnés et non conventionnés selon leur adresse figurant dans le fichier de référence de l'INAMI par arrondissement au 1^{er} juillet 2018. Pour les médecins, chaque spécialité doit être considérée séparément.

Le SECM a constaté que l'AIM avait fourni et téléversé sur le site web toutes les statistiques mentionnées ci-dessus de façon correcte et dans les temps.

Analyses du processus 2

Deuxièmement, nous examinons pour les thèmes ci-dessous si les O.A. ont réalisé un contrôle primaire avant de rembourser les prestations de soins de santé (Tableau 10).

Tableau 10 : Thèmes analysés en 2017

Sous-analyses SECM 2017
<p>Soins dentaires ;</p> <p>Sous « obturation de canaux », l'art. 5 de la nomenclature établit une distinction entre l'obturation d'un canal d'une dent, l'obturation de trois canaux et l'obturation de quatre canaux ou plus. Pour les dents avec un seul canal, aucune obturation ne peut bien sûr être facturée pour 2 canaux ou plus.</p> <p>À partir du 18^e anniversaire, le droit à l'intervention de l'assurance pour les prestations de détartrage est subordonné à la condition que, dans le courant de l'année civile précédant celle où la prestation est dispensée, le bénéficiaire ait bénéficié soit d'une consultation effectuée par un dentiste, soit d'une prestation dentaire remboursée visée à l'article 5. Une indemnité moindre est prévue pour les bénéficiaires qui ne remplissent pas cette condition.</p>
<p>Zone du radio-isotope (numéro de pseudocode) et prestation technique médecine nucléaire</p> <p>Selon les instructions de facturation électromagnétique de l'INAMI, le code du radio-isotope doit toujours être complété lorsqu'une prestation de médecine nucléaire doit être remboursée in vivo.</p>
<p>Nomenclature et pseudo-nomenclature pour les consultations et la surveillance par des médecins et des (para)médicaux</p> <p>L'art. 20 stipule que la consultation de rhumatologie approfondie 478030 478041 (Évaluation standard par le médecin spécialiste en rhumatologie accrédité du processus actif de la maladie, de l'évolution et du pronostic) ne peut être facturée que deux fois par an chez un patient avec une pathologie inflammatoire rhumatoïde. Une autre condition est que ce patient souffrant d'arthrite rhumatoïde, de spondylarthrite ankylosante ou d'arthrite psoriasique soit traité par des <i>disease modifying antirheumatic drugs</i> (DMARD) ou par une pharmacothérapie biologique de base (<i>biologicals</i>).</p>
<p>Conventions avec des centres spécialisés et des centres de rééducation fonctionnelle</p> <p>Il existe un réseau de centres de rééducation fonctionnelle qui traitent les toxicomanes en milieu résidentiel pour favoriser leur réinsertion dans la société sans drogues. Les centres sont indemnisés par journée de rééducation. Si le patient est admis dans un hôpital général ou psychiatrique, l'indemnité de rééducation forfaitaire ne peut bien sûr pas être cumulée avec une indemnité journalière de soins pour l'hôpital le même jour.</p>

c) Fonction d'avis/ représentation du SECM dans les groupes de travail du Conseil technique Médical (CTM)

I. Contribution du représentant du SECM au groupe de travail « Chirurgie » et au groupe de travail ad hoc « Spine ».

La contribution est triple, à savoir :

I.I Élaboration de propositions motivées de modifications de la nomenclature

(suppression/modification/ajout du numéro de code de la nomenclature, modification de la règle d'application ou création d'une nouvelle règle interprétative...)

Une proposition fait toujours suite aux résultats obtenus à la suite d'un constat dressé sur le terrain.

Les propositions peuvent être

1. acceptées
2. discutées et assorties d'une demande d'examen complémentaire
3. refusées

I.II Aide active dans le cadre des propositions concrètes des différents projets soumis à la réflexion ou à l'examen du groupe de travail

Le SECM formule des avis sur les propositions concrètes basées sur la connaissance du terrain et l'analyse des données.

I.III Une voix consultative pendant la réunion plénière du Conseil technique médical (CTM)

Toutes les décisions des groupes de travail médicaux sont présentées in fine à la réunion plénière du CTM en vue de leur approbation définitive. Le représentant du SECM a une voix consultative dans ce groupe. Cela signifie que toutes les observations doivent être consignées sur papier, qu'elles doivent être visibles pour toutes les parties concernées, également en dehors du trajet de l'INAMI (exemple : le/la ministre des Affaires sociales, le Conseil d'État...).

II. Bilan de l'année civile 2018 : quelques exemples

I.I.1. Propositions du SECM acceptées

- ✦ **Adaptation des délais de conservation relatifs aux rapports, aux documents, aux tracés, aux graphiques, aux protocoles de radiographies et aux examens de laboratoire... à 5 ans et ce, de manière conséquente pour l'ensemble de la nomenclature.**

La première proposition remonte à 2017. La proposition finale a été introduite en 2018. Elle établit de manière unique en son l'art. 1^{er}, § 8, que le délai de conservation est fixé à 5 ans et que, dans tous les autres articles mentionnant un délai de conservation, il est fait référence à l'art. 1^{er}, § 8, (cette proposition a été approuvée début 2019 en séance plénière).

- ✦ **Introduction d'une règle interprétative qui doit empêcher la facturation des numéros 469335-469346 (échographie d'un ou des deux yeux) dans le cadre de la réalisation d'un examen OCT (Tomographie par cohérence optique), et ce en attendant la publication d'une nomenclature spécifique relative à l'examen OCT.**
- ✦ **Introduction d'une règle interprétative limitant l'utilisation des numéros 474736-474740 (examen des voies biliopancréatiques par endoscopie) aux interventions visées par le numéro de nomenclature, à savoir les examens des voies biliopancréatiques à l'aide d'un endoscope spécialement conçu à cette fin. Cette règle interprétative précise l'utilisation**

correcte d'un numéro de nomenclature (novembre 2016) introduit récemment dans la nomenclature de gastro-entérologie.

I.I.2. Propositions soumises à la discussion, actuellement en cours de décision et pour lesquelles on tente de dégager une solution

- ✦ **Adaptation de la nomenclature à la réalité de l'affection complexe du lymphœdème ;** un avis complémentaire a été demandé au KCE.

I.II. Apport de données du terrain pour aider à solutionner des points examinés en réunion

- ✦ **Question posée par le « Belgian College of Emergency Physicians » concernant la récupération collective par le SECM de la prestation « surveillance ambulatoire de la fonction cardiaque » pendant les interventions du SMUR.**

Le SECM commente les résultats de l'analyse effectuée dans le cadre de l'attestation des prestations 212015 et 214012 « surveillance ambulatoire de la fonction cardiaque » et donne des explications sur la récupération collective des prestations non conformes. Sur la base des éléments fournis, le CTM peut clairement affirmer que les numéros de prestation 212015 et 214012 ne sont pas attestables lors de l'intervention SMUR et attend le rapport complet relatif au monitoring cardiaque pour entreprendre des démarches complémentaires.

- ✦ **Question relative à l'attestation par des internistes et des pédiatres de la rhinomanométrie définie à l'art. 14 et ce, sur la base d'une décision prise en 1994 par le Collège des médecins.**

- ✦ **Dans le cadre d'un nouveau groupe de travail ad hoc « COM » (concertation oncologique multidisciplinaire)**

- ✦ Contribution active à l'élaboration d'une nomenclature COM adaptée sur la base des données du terrain

IV. DIRECTION INFORMATION

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

a) Information externe

I. Brochures d'information

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.

Chaque année, nous mettons à jour quelques brochures (Tableau 11).

Les brochures sont publiées sur le site web de l'INAMI et les groupes cibles sont informés de ces publications.

Tableau 11

2018	Brochure
Janvier	Vademecum juridique
Mai	Infobox spécialistes
Septembre	Rapport annuel SECM – activités 2017
Décembre	Missions et procédures

II. 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.

En 2017, la direction Information a activement collaboré aux campagnes par voie postale suivantes :

- ✦ une trentaine de pharmaciens pour leur demander d'être vigilants face à l'usurpation d'identité par l'assuré ;
- ✦ une cinquantaine d'infirmières en soins à domicile dont la facture totale est élevée pour demander des renseignements supplémentaires sur les avantages sociaux pour lesquels elles ont été facturées ;
- ✦ les hôpitaux sur la facturation de l'examen endoscopique des voies biliaires et pancréatiques (Cholangiopancréatoscopie). Le SECM a rappelé aux médecins généralistes, aux chefs de service Pharmacie et aux chefs de service Gastroentérologie les règles de facturation et leur a demandé de rembourser le montant facturé par erreur au O.A.

III. La presse

Le SECM dialogue régulièrement avec les journalistes au sujet de ses actions, des résultats constatés et des mesures qu'il propose. 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 dispensateurs de soins qu'à l'opinion publique la pertinence sociale de l'assurance maladie et du SECM.

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

En septembre 2018 nous avons organisé une rencontre avec la presse où nous avons présenté quatre sujets :

- ✦ le rapport annuel du SECM pour l'année 2017 ;
- ✦ enquête de contrôle nationale sur la facturation de la surveillance ambulatoire de la fonction cardiaque
- ✦ sensibilisation pour éviter les dépenses inutiles en orthèses lombo-sacrées
- ✦ suivi des fraudeurs.

Au cours de l'année, nous avons répondu à de nombreuses questions des médias. Ces questions portaient pour l'essentiel sur :

- ✦ le contrôle thématique de l'attestation de scans IRM effectués sur des appareils non autorisés
- ✦ les facturations indues de prestations, surtout dans le secteur des soins à domicile
- ✦ l'utilisation d'opioïdes en Belgique.

Tout au long de l'année, nous avons répondu à de nombreuses questions des médias. Ces questions portaient principalement sur les noms de domaine :

- ✦ le contrôle thématique de la tarification des scanners IRM réalisés à l'aide d'appareils non homologués
- ✦ la tarification de prestations non conforme, notamment par les infirmières du secteur des soins à domicile
- ✦ la consommation d'opioïdes en Belgique.

IV. Conférences

Le SECM donne des conférences sur le fonctionnement général du service et de l'assurance maladie et sur des sujets d'actualité spécifiques.

Nos orateurs soulignent l'importance d'une tarification correcte des prestations afin d'assurer la durabilité de soins accessibles et de qualité. Ils fournissent aux prestataires de soins des informations pertinentes sur la réglementation. Les prestataires de soins de santé sont informés qu'en plus des enquêtes après la tarification, le SECM prend également des mesures préventives et analyse leur comportement de tarification afin d'utiliser au mieux les ressources financières de l'assurance maladie.

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

En 2018, le SECM a donné entre autres, les conférences suivantes :

- ✦ 16 conférences dans le cadre d'une campagne de sensibilisation sur l'usage excessif des opioïdes. Le service fait largement connaître cette problématique par le biais de conférences. Les GLEMs, les milieux médicaux, l'Ordre des pharmaciens et l'Ordre des médecins de différentes provinces ont déjà invité le SECM à présenter les résultats.
- ✦ 1 conférence pour la 'Vlaamse Beroepsvereniging tandartsen' sur le fonctionnement du service : « Le SECM au sein de l'INAMI, l'assurance maladie et la société »
- ✦ 18 conférences pour des infirmiers sur divers sujets, tels que l'art. 8 de la nomenclature, le dossier infirmier, le fonctionnement du service, le dossier infirmier, l'échelle Katz,....

b) Information interne

I. Informations pour le personnel du SECM

La réduction du personnel, la réorganisation interne et la numérisation croissante n'ont pas épargné le personnel du SECM. La direction du SECM estime qu'il est important de tenir l'ensemble du personnel bien informé des développements en cours. Ceci s'applique également aux changements externes tels que CoHabitat, Health on the Move et divers changements législatifs.

Cette communication s'est faite principalement par différents canaux internes, tels que :

- ✦ des bulletins électroniques sur les changements législatifs et réglementaires
- ✦ sessions d'information au siège et dans les bureaux provinciaux
- ✦ réunions du personnel
- ✦ communications au personnel.

II. Encadrement pour des rapports d'études

Après la réalisation d'un contrôle thématique ou d'une étude d'expertise, il est important que les résultats et les conséquences possibles soient clairement rapportés dans un rapport d'étude.

La direction Information assiste les inspecteurs dans l'élaboration de leurs rapports d'études afin d'assurer le meilleur impact possible de leur travail.

Les conclusions des rapports d'étude sont souvent le point de départ pour :

- ✦ l'amélioration de la nomenclature ou l'adaptation des règlements
- ✦ la sensibilisation des prestataires de soins de santé
- ✦ des enquêtes de contrôle spécifiques

V. AFFAIRES JURIDIQUES ET CONTENTIEUX

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

- ✦ Donner des avis
- ✦ Collaborer à des enquêtes en cours
- ✦ Finaliser la phase procédurale d'enquêtes concrètes
- ✦ Élaborer des propositions d'amendement législatif nécessaires.

En 2018, en ce qui concerne cette dernière tâche, la direction a collaboré à quatre projets importants.

a) Formation nouveaux membres du personnel

Comme les années précédentes, en 2018, la direction juridique a assuré une partie des formations prévues pour les nouveaux membres du personnel. Les membres du personnel d'inspection reçoivent, entre autres, une première explication au sujet de leurs droits et obligations en tant qu'inspecteur social au sens du Code pénal social.¹⁷ Ainsi, ils apprennent par exemple qu'ils ont le droit d'obtenir les informations dont ils ont besoin et qu'ils ont l'obligation de garantir la confidentialité de ces informations.¹⁸

b) Loi portant des dispositions diverses en matière de santé

La loi du 30 octobre 2018 portant des dispositions diverses en matière de santé a été publiée au Moniteur belge du 16 novembre 2018. Les dispositions pertinentes pour le SECM figurent à l'article 2 jusqu'à l'article 8 inclus de la loi. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 26 novembre 2018, dix jours après leur publication au Moniteur belge.

Les principaux changements sont les suivants :

- ✦ Article 4 : l'interdiction de l'application du régime du tiers payant est introduite comme mesure complémentaire temporaire que les Chambres de première instance et de recours peuvent imposer (à la demande du SECM) à l'égard des dispensateurs de soins ayant fait un usage abusif du régime du tiers payant. Cette mesure peut être imposée en plus d'un paiement et d'une éventuelle amende administrative.
- ✦ Article 5 : la prescription de prestations durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession est considérée comme une infraction à l'article 73bis, 2° de la loi SSI. Le fait d'exécuter des prestations pendant cette période constituait déjà une infraction à l'article 73bis, 1° de la loi SSI.
- ✦ Article 6 : l'article 77sexies de la loi SSI fait l'objet d'un certain nombre d'adaptations, la plus importante étant le fait qu'un appel contre une décision FD 77sexies sera désormais traité par la Chambre de première instance et non plus par le Tribunal du travail.

c) Suivi de la jurisprudence du Conseil d'État

La Direction juridique suit toujours la jurisprudence du Conseil d'État en ce qui concerne les litiges opposant dispensateurs de soins et SECM. En 2018, il en est notamment ressorti que la jurisprudence constante du Conseil d'État avait été confirmée. Le Conseil d'État a répété que :

¹⁷ Art. 146, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi SSI.

¹⁸ Art. 25 CPS et art. 58 CPS.

- ✦ la Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité.¹⁹
- ✦ le remboursement des prestations indûment attestées n'est pas une sanction, mais une mesure de réparation.²⁰

d) Suivi de la phase de procédure

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

e) Récupération et mesures imposées par les organes compétents

Les enquêtes de contrôle clôturées par la mention « à poursuivre » (comme indiqué au tableau 3) seront ouvertes devant l'organe compétent. L'organe compétent et le trajet qui sera précisément suivi dépendront de la ou des infractions constatées.

Les trajets possibles sont d'abord reproduits schématiquement ci-dessous. Les différents organes et leurs décisions sont détaillés ensuite.

¹⁹ Conseil d'État (7^e C.) 29 janvier 2018, n° 240.601 ; Conseil d'État (7^e C.) 18 octobre 2018, n° 242.690.

²⁰ Conseil d'État (7^e C.) 29 janvier 2018, n° 240.601.

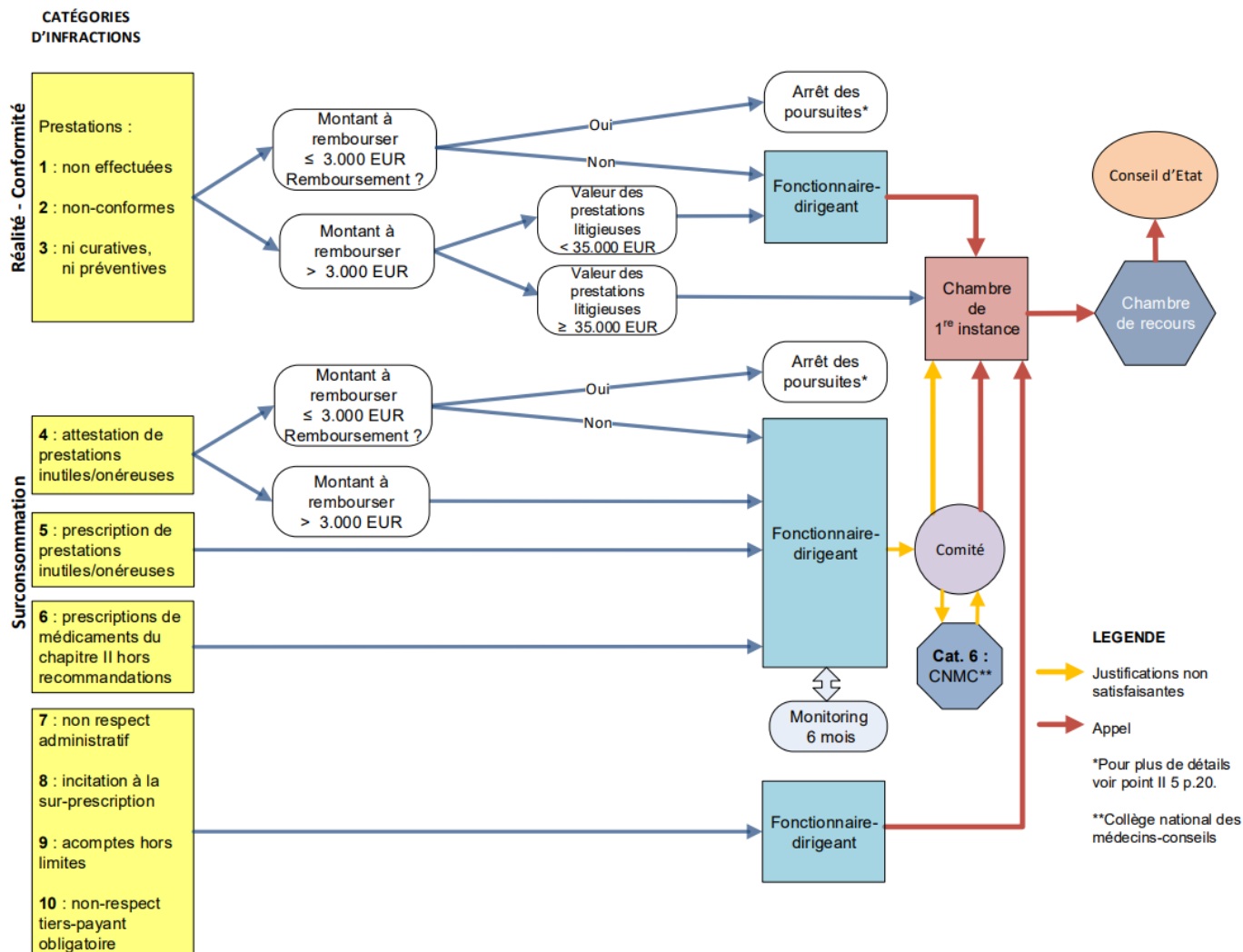


Illustration 12

Explication de l'illustration 12 :

Par **valeur des prestations contestées**, on entend le montant des prestations indûment portées en compte que le dispensateur de soins n'a pas encore remboursé au moment du lancement de la procédure.

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

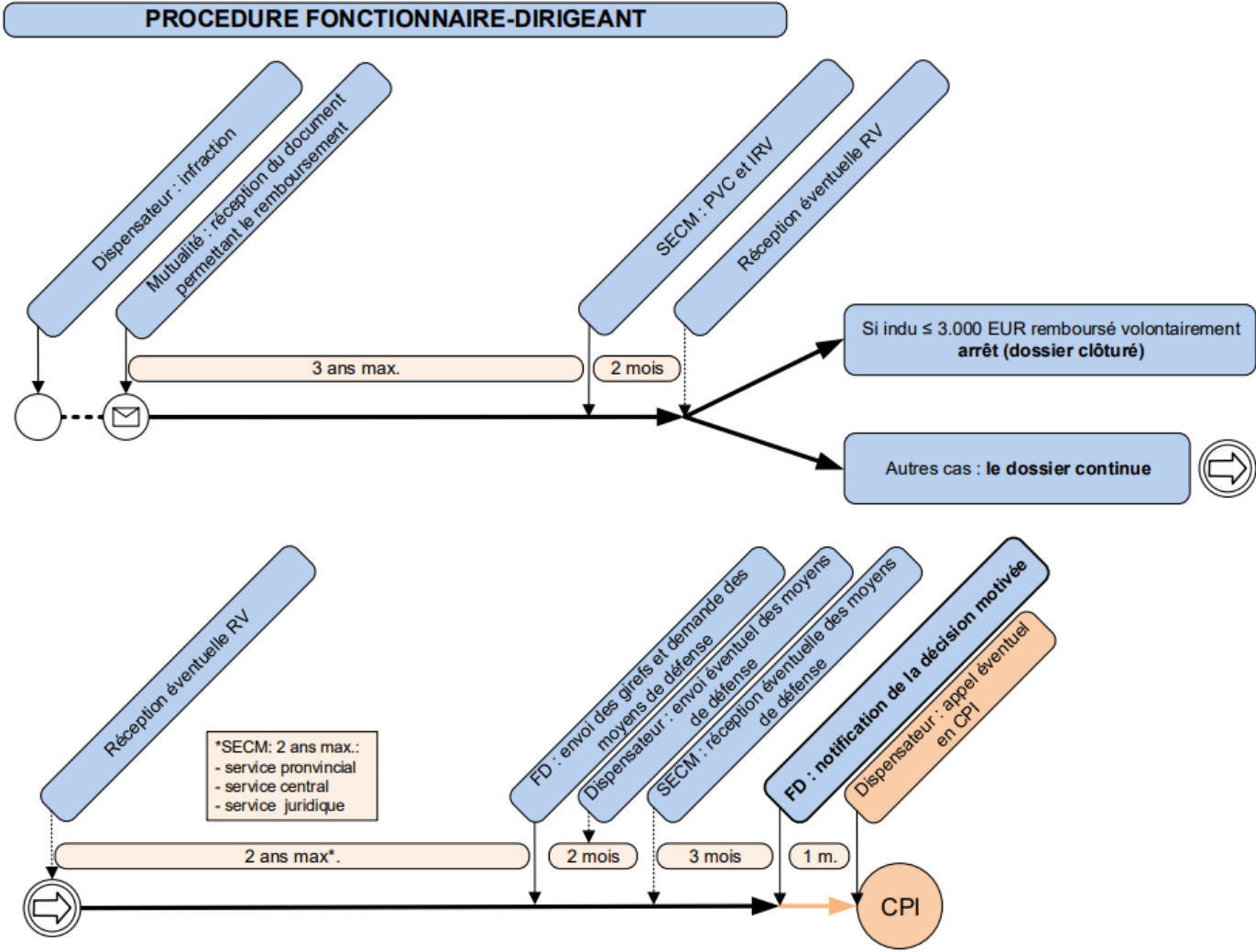
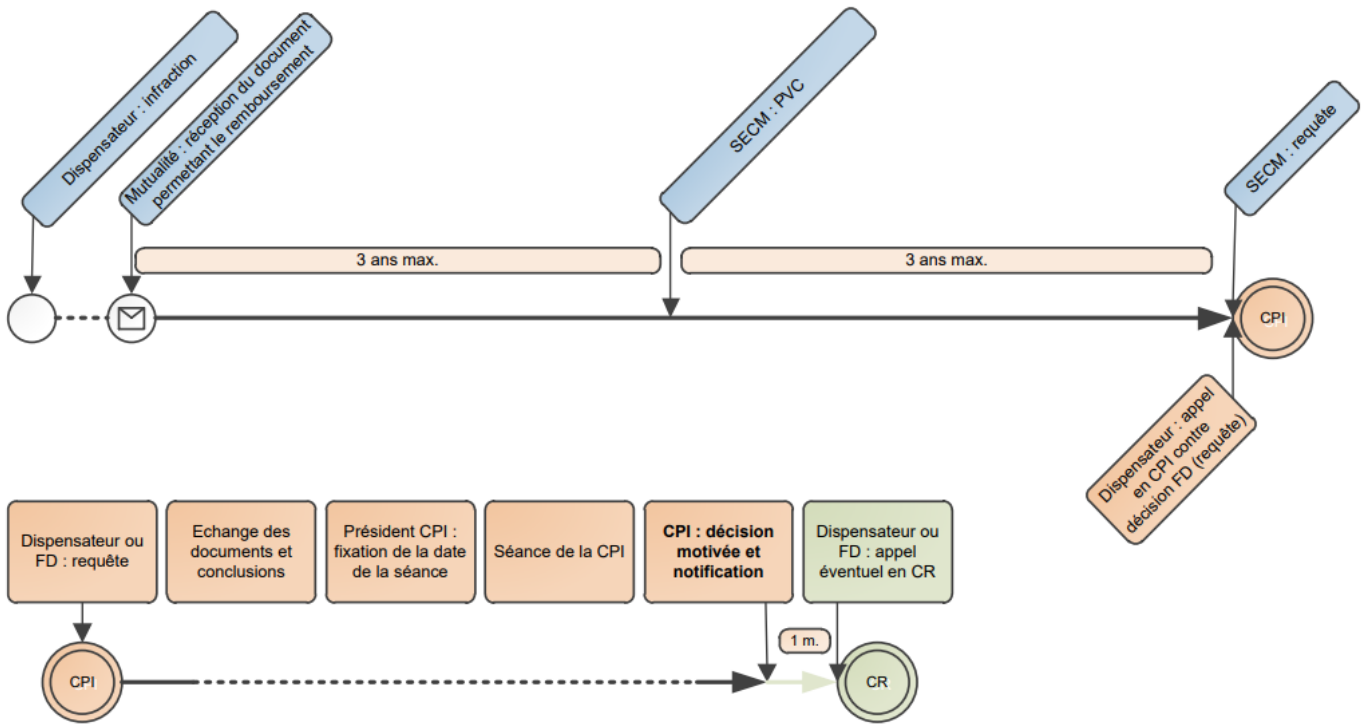


Illustration 13

PROCEDURE CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE



PROCEDURE CHAMBRE DE RECOURS

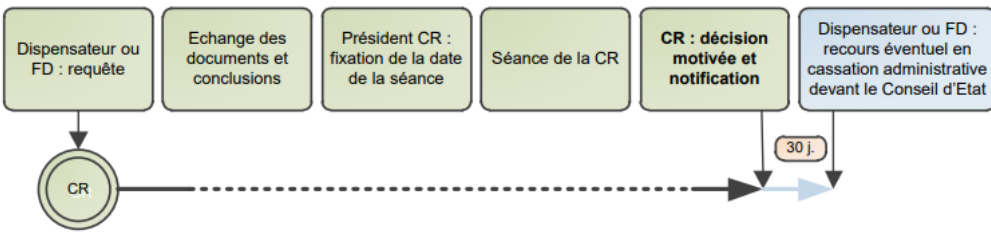


Illustration 14

I. Organes de gestion actifs

I.I Les décisions du Comité du SECM

Les enquêtes de contrôle qui contiennent des indications de surconsommation²¹ 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 : 0

²¹ 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.

I.II 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 FD est compétent entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, et si la valeur des prestations contestées est inférieure au montant de 35.000 EUR.²²

Le FD peut, selon le cas, ordonner le remboursement des attestations indues à l'assurance maladie et/ou infliger une amende administrative, avec sursis ou non.

Le tableau 12 présente les données relatives aux décisions prises par le FD durant l'année 2018. Certaines de ces décisions portent sur des enquêtes de contrôle déjà clôturées en 2017.

L'illustration 15 en dessous du tableau indique le nombre de décisions du FD contre lesquelles le dispensateur de soins concerné a interjeté appel.

²² Article 73bis, 1° et 2° et article 143, § 1^{er}, 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 EUR (articles 73bis, 3° et 143, § 1^{er}, 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^{er}, 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^{er}, 2°, de la loi AMI coordonnée).

Tableau 12: les décisions prises par le Fonctionnaire dirigeant en 2018

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Décisions			Montants	
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Payés en exécution de la décision	Total payés
	1	2	3	4	5	1+5		
	Nombre	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins généralistes	4	34.501	34.501	34.501	28.387	14.414	21.647	56.148
Médecins spécialistes	8	239.789	146.802	239.789	102.654	54.250	135.012	281.814
Pharmaciens	1	3.492	1.492	3.492	3.294	1.746		1.491
Dentistes	3	114.038	78.768	114.038	114.038	39.384		78.768
Infirmiers	13	281.293	151.220	281.311	252.675	96.619	104.262	255.481
Kinésithérapeutes	1	10.908	10.908	10.908		10.761	10.760	21.669
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	54.995	54.995	54.995	35.813	33.891	23.328	78.323
TOTAL	31	739.016	478.686	739.016	536.861	251.065	295.009	773.694

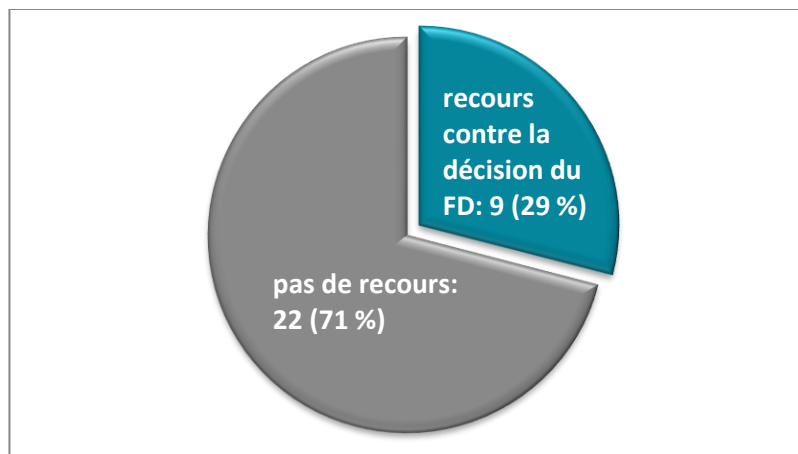


Illustration 15

II. Les juridictions administratives

II.I Les décisions des Chambres de première instance

Les Chambres de première instance sont des juridictions administratives. Elles se composent d'une Chambre qui connaît de toutes les affaires qui doivent être traitées en néerlandais, et d'une Chambre qui connaît 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 magistrat (ou magistrat retraité), et de quatre membres ayant voix délibérative, dont deux membres, médecins, sur proposition des O.A. et deux membres sur proposition du groupe professionnel du dispensateur de soins concerné. Les membres siègent toujours en leur nom propre, et non comme représentant de l'organisation qui les a présentés. Ils jugent donc librement et à leur discrétion, et n'ont pas d'instructions à recevoir de l'O.A. ou du groupe professionnel qui les a présentés.

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

En degré de recours, les Chambres de première instance se prononcent sur les recours introduits contre les décisions prises par le FD.²³ 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 FD. Les Chambres de première instance sont compétentes entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, à condition que la valeur des prestations contestées soit supérieure au montant de 35.000 EUR.²⁴

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

Le tableau 13 présente les données relatives à toutes les décisions prises par les Chambres de première instance durant l'année 2018. Les tableaux 14 et 15 scindent ces décisions en décisions que les Chambres de première instance ont prises en degré de recours (tableau 14) et les décisions qu'elles ont prises en première instance (tableau 15).

L'illustration 16 indique le nombre de décisions de la Chambre de première instance contre lesquelles un recours a été introduit.

²³ 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.

²⁴ 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 EUR (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 13: Décisions en CPI en 2018

Compétence du dispensateur de soins	Décisions en CPI	Indu EUR	Remboursements volontaires avant la décision EUR	Décisions			Montants	
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Payés en exécution de la décision	Total payés
				2	3	4	5	1+5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	7	96.426	3.104	30.488	31.095	43.194	28.758	31.862
Médecins spécialistes	3	273.448	3.862	273.448	140.696	181.000	8.258	12.119
Pharmaciens	1	23.882		23.844	11.922	11.922	13.500	13.500
Dentistes	1	20.759	852	5.039		5.039	4.379	5.232
Infirmiers	26	1.896.639	297.844	1.892.244	1.983.152	345.723	192.276	490.120
Kinésithérapeutes	1	22.025	22.025	22.025	5.506	5.506		22.025
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	3	205.023	13.915	205.023	87.524	68.534	93.130	107.045
Autres	1	36.742	1.834	36.742	18.371	18.371		1.834
TOTAL	43	2.574.944	343.436	2.488.853	2.278.266	679.289	340.301	683.737



Illustration 16

Tableau 14: Décisions de la CPI en 2018, en instance de recours

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis
Médecins généralistes	3	18.326	842	17.606	7.935	8.194
Pharmaciens	1	23.882		23.844	11.922	11.922
Dentistes	1	20.759	852	5.039		5.039
Infirmiers	12	231.584	105.767	227.819	128.964	113.953
Kinésithérapeutes	1	22.025	22.025	22.025	5.506	5.506
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	24.065		24.065	12.032	6.017
Autres	1	36.742	1.834	36.742	18.371	18.371
TOTAL	20	377.383	131.320	357.140	184.730	169.002

Tableau 15: Décisions de la CPI en 2018, en première instance

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis
Médecins généralistes	4	78.100	2.262	12.882	23.160	35.000
Médecins spécialistes	3	273.448	3.862	273.448	140.696	181.000
Infirmiers	14	1.665.055	192.077	1.664.425	1.854.188	231.770
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	2	180.958	13.915	180.958	75.492	62.517
TOTAL	23	2.197.561	212.116	2.131.713	2.093.536	510.287

II.II 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 connaît de toutes les affaires qui doivent être traitées en néerlandais, et d'une Chambre qui connaît 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 de recours sur les recours introduits contre les décisions de la Chambre de première instance.²⁵

Le tableau 16 présente les données relatives aux décisions prises par la Chambre de recours durant l'année 2018.

²⁵ 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 16: Décisions des Chambres de recours durant l'année 2018

Compétence du dispensateur de soins	Décisions		Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Décisions			Montants	
					Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Payés en exécution de la décision	Total payés
	1	2	3	4	5	1+5			
	Nombre	%	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins généralistes	3	8,6	1.475.449	186.565	313.256	7.546		178.124	364.689
Médecins spécialistes	2	5,7	1.588.533	83.981	933.784			849.803	933.784
Dentistes	1	2,8	18.592		18.592	1.375	1.375		
Infirmiers	17	48,6	1.034.097	35.000	1.029.490	309.249	209.784	10.250	45.250
Kinésithérapeutes	1	2,9	109.094			27.266	27.266	27.266	27.266
Orthopédistes	1	2,9	124.526	100.000	80.239		4.012	24.526	124.526
Opticiens	3	8,6	193.785		168.087	84.043			
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	6	17,1	570.727	39.887	482.743			338.217	378.104
Assurés	1	2,8	20.787		20.787				
TOTAL	35		5.135.590	445.433	3.046.978	429.479	242.437	1.428.186	1.873.619

VI. COLLABORATIONS AVEC D'AUTRES SERVICES ET ORGANISATIONS

a) Affaires internationales

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

En 2018, la Cellule « Affaires internationales » a notamment réalisé les missions suivantes :

- 1) Depuis 2005, elle est responsable de la **gestion financière et du management** du "*European healthcare fraud and corruption network*" (EHFCN) et représente le réseau auprès de partenaires nationaux et étrangers dans un contexte européen et international²⁶. En 2018, la cellule a continué à assurer le fonctionnement quotidien de l'EHFCN.
- 2) La Cellule agit en tant que **représentant de l'INAMI** dans les consultations et négocie avec les partenaires externes et les organisations **dans le cadre d'une collaboration par projets**. Ainsi, en 2018, la Cellule a assuré **le pilotage du projet du Benelux CERBEUROS sur la fraude transfrontalière dans le domaine des soins de santé** en collaboration avec le Secrétariat général de l'Union Benelux.
Ce projet du Benelux figure dans le Plan pluriannuel 2017-2020 du Benelux²⁷ et est réalisé en collaboration avec l'EHFCN. Le projet CERBEUROS a été officiellement lancé le 12 mai 2017 lors d'une réunion de lancement qui s'est tenue au Secrétariat général de l'Union Benelux. À cette occasion, les représentants des trois pays ont signé une Déclaration d'intention dans laquelle ils s'engagent à lutter ensemble de manière préventive et efficace contre la fraude transfrontalière dans le domaine des soins de santé. L'accent est mis sur trois domaines :
 - ✦ l'échange d'**informations sur les dispensateurs de soins sanctionnés** qui demandent une reconnaissance professionnelle dans un autre État membre
 - ✦ **l'utilisation abusive de la carte européenne d'assurance-maladie** lors de la prestation de soins dans un autre État membre
 - ✦ l'éventuel préjudice de la fraude pour les **flux financiers** entre les pays du Benelux dans le cadre de la mobilité des patients.

Pour chacun de ces domaines, un projet sera développé avec la mission suivante : lancer une étude ciblée sur le sujet, mettre en place et utiliser un encadrement légal ainsi qu'une plateforme en réseau pour l'échange d'informations. En 2018 ont eu lieu une réunion des groupes de travail techniques et une réunion de concertation stratégique sur la « fraude transfrontalière dans le domaine des soins de santé » au cours desquelles l'état d'avancement des trois sous-projets a été présenté aux hauts représentants des trois pays qui avaient signé la Déclaration d'intention.

- 3) La Cellule **organise des réunions bilatérales, des ateliers et des conférences** dans un contexte international pour promouvoir le partage des connaissances et la concertation.

²⁶ Partenaires internationaux : L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), le Global Healthcare Anti-Fraud Network (GHCAN), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

²⁷ Programme de travail commun | 2017-2020, <http://www.benelux.int/fr/publications/publications/programme-de-travail-commun-2017-2020/>.

En 2018, deux journées portes ouvertes, au cours desquelles un membre de l'EHFCN a invité d'autres membres (potentiels) dans son pays d'accueil, ont été organisées :

- ✦ Les 25 et 26 avril 2018, l'EHFCN et l'AIM (Association Internationale de la Mutualité) ont organisé la journée portes ouvertes de l'UE au Parlement européen (à Bruxelles) sur le thème de la lutte contre la fraude transfrontalière dans le domaine des soins de santé, dans le cadre de laquelle une réflexion a été menée sur l'étude *Cross-Border Care* de la Commission européenne. Des projets bilatéraux et multilatéraux entre États membres de l'UE ont également fait l'objet de discussions (notamment le projet du Benelux CERBEUROS, voir ci-dessus).
- ✦ Les 18 et 19 octobre 2018, l'EHFCN a organisé une journée portes ouvertes à Athènes à l'EOPYY (l'Organisation nationale grecque des prestations de santé), suivie d'une journée de formation le 20 octobre 2018 sur « Les outils statistiques et les techniques d'apprentissage machine pour lutter contre la fraude et la corruption ».

Les réunions et conférences prévues en 2019 ont déjà été préparées en 2018 :

- ✦ La concertation bilatérale INAMI-CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, France) qui a eu lieu le 24 janvier 2019 à l'INAMI, ayant permis l'échange de bonnes pratiques de travail et une concertation bilatérale, ainsi que l'identification des SPOC envisageables dans les deux organisations.
- ✦ La journée portes ouvertes de l'Autorité néerlandaise des soins de santé (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa) qui aura lieu les 13 et 14 juin 2019 à Utrecht (aux Pays-Bas).
- ✦ La 13^e conférence internationale de l'EHFCN qui aura lieu les 18 et 19 novembre 2019 au GKV-Spitzenverband (Association nationale des mutualités) à Berlin (en Allemagne).

- 4) La Cellule se charge de **recueillir l'expertise et les bonnes pratiques** (*best practices*) auprès des partenaires européens et internationaux et de produire des recommandations. En 2018, l'EHFCN a effectué une mission d'étude pour l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE).²⁸ La Cellule a écrit un document d'information sur *Les risques généraux et les vulnérabilités liés la corruption dans les services publics de santé au niveau local* et a recueilli 20 bonnes pratiques de travail auprès de partenaires européens et internationaux pour ensuite les compiler. Ce projet se poursuivra en 2019. Des recommandations seront rédigées par un groupe d'experts, et une boîte à outils assortie d'instruments pratiques sera élaborée.

b) Projet « Audit hôpitaux »

Dans le cadre du redesign des administrations fédérales de soins de santé, et en particulier de l'axe « Politique », 4 programmes sont en cours d'élaboration en étroite collaboration entre l'INAMI, le SPF SPSCAE et l'AFMPS, notamment le programme « Passerelles » qui vise spécifiquement l'alignement des processus business.

Ainsi, le SECM participe au projet « Audit hôpitaux », dans le cadre duquel les services d'inspection et stratégiques concernés de l'INAMI, du SPF SPSCAE et du personnel de l'AFMPS regroupent le personnel et les ressources sous une structure de co-gouvernance en vue d'auditer les hôpitaux. Ce projet a de nouveau été inclus dans le « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 ».

Les principaux objectifs du projet sont les suivants :

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

²⁸ (un regroupement de 36 pays pour discuter des politiques sociales et économiques, les étudier et les coordonner). Les pays membres tentent de résoudre des problèmes communs et d'harmoniser les politiques internationales).

Dans un contexte de suivi plus efficace, plus simple et plus transparent des hôpitaux par les administrations concernées, cette nouvelle équipe utilisera des méthodes d'audit bien définies et réalisera des audits thématiques dans le secteur hospitalier.

Dans chaque enquête, le respect des normes et des règles de ces administrations ainsi que l'efficacité des soins dispensés seront évalués. Les audits invitent à des trajets d'amélioration au niveau des hôpitaux et des dispensateurs de soins en mettant l'accent sur le processus de suivi, dans le cadre duquel le fait de donner du feed-back, de demander des explications, d'encourager des initiatives d'amélioration et d'assurer un suivi est au centre des préoccupations. À cette fin, un cadre légal qui permettra aux auditeurs d'auditer les différentes administrations dans le cadre de leurs compétences propres est en cours d'élaboration.

En 2018, les activités suivantes ont notamment été organisées dans le cadre du projet :

- ✦ la création d'une équipe mixte comprenant, entre autres, les médecins auditeurs, les infirmiers auditeurs et les pharmaciens auditeurs (INAMI/SPF SPSCAE/AFMPS)
- ✦ l'élaboration de la méthodologie d'audit ainsi que d'un modèle général de gouvernance
- ✦ les formations d'auditeur et les formation de base pour l'acquisition de connaissances au sujet des autres administrations concernées
- ✦ un exercice sur le terrain pour tester les compétences en matière d'audit et l'organisation dans deux hôpitaux
- ✦ la préparation d'une démonstration de faisabilité (proof of concept) pour valider un certain nombre d'aspects du projet.

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

Les médecins qui utilisent des appareils à radiations ionisantes doivent détenir une autorisation valable à cette fin.

Depuis 2016, le SECM travaille avec la AFCN pour rappeler aux médecins concernés l'obligation de cette autorisation d'utilisation pour " l'utilisation d'appareils à radiations ionisantes pour l'imagerie médicale " par une campagne de lettres.

En 2018, nous avons effectué une mesure d'impact pour le groupe de cardiologues qui ont été les premiers à être contactés :

- ✦ Nous avons observé une diminution nette de 188 à 24 cardiologues qui ne sont pas en règle avec leur autorisation.
- ✦ Les cardiologues sont conscients de la nécessité d'obtenir une autorisation AFCN (aspect sécurité santé publique et condition de remboursement nomenclature).

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

Cet impact peut être financier, mais également qualitatif. Outre les montants interpellants des remboursements volontaires résultant des infractions constatées, éventuellement complétés par des amendes administratives, nous souhaitons dans ce chapitre clarifier les différentes formes d'impact et, si possible, les quantifier.

Nous ne pourrons évaluer l'impact des activités de 2018 que dans les années à venir. Ci-dessous, nous énumérons un certain nombre d'activités des dernières années pour lesquelles nous avons pu mesurer un impact en 2018.

Tableau 17 : Paiement direct en 2018

Quelle action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Remboursement volontaire après inculpation	159	2.898.881,59	2016, 2017, 2018
Païement après un jugement définitif (FD, CPI, CR)	109	2.063.496,00	2014, 2015, 2016, 2017
Récupération via Domaines	46	586.454,23	2018
Total		5.548.831,82	

Cela concerne les remboursements volontaires résultant de constatations faites lors d'enquêtes de contrôle que le SECM a clôturées en 2018, ainsi que le remboursement imposé de décisions définitives (indu + sanctions administratives).

Tableau 18 : Prévention des infractions en 2018

Quelle action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Suivi des fraudeurs	177	10 531 663,00	2015, 2016, 2017

Cela concerne le suivi proactif de 177 dispensateurs de soins qui, d'après le Service, ont déjà commis des infractions intentionnelles par le passé.

Tableau 19 : Autres actions ayant un impact mesurées en 2018

Quelle action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Impact non financier	Année de l'action
supplément le samedi chez les médecins généralistes	77 médecins généralistes	261.000	Changement de comportement dans l'application (correcte) de la nomenclature	2016
Prescripteurs d'orthèses lombo-sacrées	809 médecins	2.780.000	Prise de conscience par les médecins prescripteurs de l'importance d'une prescription de qualité	2017

Services d'urgences	105 hôpitaux	1.334.500	Conscientisation des décideurs sur la complexité de la réglementation	2014, 2015, 2016
Total		4.375.500		

VIII. PROJETS ICE

Prise en charge du problème des surfacteurs parmi les praticiens de l'art infirmier à domicile

Le SECM dispose d'un arsenal d'actions permettant d'avoir un impact sur le comportement de facturation et le comportement prescripteur des dispensateurs de soins. Après chaque analyse de risques, le SECM détermine quelle action ou quel ensemble d'actions permettra d'avoir le plus d'impact. Les activités envisageables des différentes directions Information, Contrôle et Évaluation sont mentionnées par direction. Dans ce chapitre, nous souhaitons donner un exemple de la combinaison d'activités de différentes directions, de la prise en charge ICE du problème des surfacteurs parmi les praticiens de l'art infirmier à domicile.

Chaque année, nous recevons des dizaines de signalements faisant état de prestations non conformes ou non effectuées renseignées par des praticiens de l'art infirmier à domicile. Le SECM effectue par ailleurs ses propres analyses de risques. Ainsi, nous savons que les praticiens de l'art infirmier à domicile qui facturent plus de 200.000 EUR par an facturent en général également des prestations non effectuées. Quelque 180 praticiens de l'art infirmier à domicile dépassent ce montant chaque année. Jusqu'à récemment, nous procédions à une enquête de contrôle intensive auprès d'un certain nombre d'entre eux afin de détecter les prestations indûment attestées. Il nous est impossible de contrôler tous les surfacteurs avec une équipe de 32 inspecteurs infirmiers. L'audition d'assurés au sujet de prestations qui datent d'il y a 1, 2 ou 3 ans, demande beaucoup d'énergie. Prestation par prestation, euro par euro, le SECM doit prouver ce qui a été attesté à tort.

Si nous voulons avoir un impact sur ce groupe en effectuant uniquement des activités de contrôle, nous ne sommes même pas en mesure de remettre ce petit groupe (par rapport aux 17 000 praticiens de l'art infirmier à domicile au total) sur le droit chemin. C'est pourquoi nous travaillons sur plusieurs fronts.

Au lieu de contrôler quelques praticiens de l'art infirmier à domicile par an, nous voulons sensibiliser l'ensemble du groupe au moyen de courriers et de questionnaires. Fin 2018, les 50 premiers courriers ont été envoyés pour tester cette nouvelle méthodologie. Les informations recueillies et l'impact sur le comportement de facturation futur feront l'objet d'un suivi proactif. Si les résultats sont positifs, nous renforcerons ces actions.

Les dispensateurs de soins qui ne répondent pas ou sur lesquels nous n'avons aucun impact feront tout de même l'objet d'une enquête de contrôle.

Pour les kinésithérapeutes et les dentistes, il existe déjà une limite annuelle du montant pouvant être facturé dans la nomenclature. Dans le cadre du Plan d'action politique de contrôle dans le domaine des soins de santé 2018-2020, le SECM a proposé un seuil de justification similaire pour les praticiens de l'art infirmier à domicile. Tout montant facturé supérieur à 180.000 EUR par an devra être motivé ou remboursé. Cette proposition fera l'objet de discussions pour les organes représentatifs concernés en 2019, et il est à espérer qu'elle sera approuvée.

Les courriers de sensibilisation (Direction Information), les modifications de la nomenclature (Direction Évaluation) et les montants mis à charge (Direction Contrôle) vont de pair dans le cadre d'une approche efficace d'un groupe de praticiens de l'art infirmier à domicile. Nous souhaitons également harmoniser davantage nos activités entre elles pour d'autres groupes de dispensateurs de soins.

Acronymes

AFCN	Agence fédérale de contrôle nucléaire
AFMPS	Agence fédérale pour médicaments et produits de santé
AIM	l'Agence Intermutualiste
BOD	Beslissings Orga(a)n(e) Décisionnel
CBU	Code-barre unique
CNK	Code nationale / nationaal codenummer
CPI	Chambre de première instance
CR	Chambre de Recours
CT	Computerized tomography
CTM	Conseil technique médical
DMG	Dossier médical global
EBM	Evidence based medicine
EEG	Électroencéphalographie
EEP	Examen électrophysiologique
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
FD	Fonctionnaire dirigeant du SECM
GLEM	Groupe locale d'expertise médicale
GTIN	Global Trade Item Number
HJA	Hospitalisations de jour anonyme
ICE	Information, Contrôle & Evaluation
IRV	Invitation au remboursement volontaire
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISP	Institut scientifique de la Santé publique
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MAF	Maximum à facturer
MC	Médecin-conseil
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
NPS	Nomenclature des prestations de santé (Nomenclature)
O.A.	Organismes assureurs
OCM-CDZ	l'Office de contrôle des mutualités
OCT	Tomographie par cohérence optique
OTC	médicaments en vente libre, Over the counter
PVC	procès-verbal de constatation
PVM	procès-verbal de mise en conformité
RMN	Résonance magnétique nucléaire
SCA	Service de contrôle administratif
SdSS	Service des soins de santé
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
SHA	Séjours hospitalisés anonymisés
SPF SPSCAE	Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement
SSI	loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Plus d'informations ?

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

Contactez-nous :

- ✦ Par mail : infoteam.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be
- ✦ Par courrier : Institut national d'assurance maladie-invalidité
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Direction Information
Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles