



# INAMI

Institut National d'Assurance Maladie-  
Invalidité

**SERVICE D'ÉVALUATION  
ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**

**Correspondant:** [secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be](mailto:secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be)

Bruxelles, 13 février 2024

## **Sujet: facturation correcte de l'appendicectomie**

Cher confrère,  
Chère consœur,

En tant que Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, nous veillons à ce que le budget de l'assurance soins de santé soit utilisé le mieux possible. Dans le cadre de cette mission légale, nous avons récemment contrôlé la facturation de l'appendicectomie par les hôpitaux à l'échelle nationale. Dans ce courrier, nous souhaitons vous communiquer nos observations et vous rappeler la réglementation en vigueur.

La nomenclature prévoit deux codes pour l'appendicectomie :

- ✦ 243154-243165 : appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans perforation ;
- ✦ 244871-244882 : appendicectomie nécessitant la résection du fond caecal.

### **Nos observations**

Dans les données de facturation, nous avons constaté que certains hôpitaux ont facturé plus souvent que d'autres des appendicectomies nécessitant la résection du fond caecal<sup>1</sup>.

Nous avons ensuite étudié les rapports opératoires, les rapports d'exams anatomopathologiques, les prescriptions de matériel, l'utilisation d'antibiotiques et les protocoles radiologiques lors d'une analyse de terrain. Il en est ressorti que certains chirurgiens ont facturé avec le code de nomenclature 244871-244882 alors que les conditions n'étaient pas remplies :

- ✦ la résection du fond caecal n'a en réalité souvent pas été effectuée ;
- ✦ la nécessité de la résection du fond caecal n'a pas pu être démontrée.

---

<sup>1</sup> Voir graphique en annexe 1.

Nous avons également constaté que certains hôpitaux diagnostiquent une appendicite par le biais de l'imagerie médicale pour la majorité de leurs patients, alors qu'un diagnostic clinique est souvent suffisant. De plus, certains hôpitaux réalisent d'emblée un CT-scan pour presque tous leurs patients, alors que l'échographie présente l'avantage de ne pas émettre de radiations ionisantes.

Enfin, nous avons remarqué que, dans certains hôpitaux, une aide opératoire d'un/une collègue médecin était systématiquement facturée, alors qu'il/elle n'apportait en réalité pas d'aide opératoire. Il/elle effectuait entretemps d'autres tâches ou n'était même pas présent(e) à l'hôpital.

**Concrètement, nous vous demandons de :**

1. vérifier si votre hôpital a respecté les conditions de remboursement de la résection du fond caecal lors de la facturation avec le code de nomenclature 244871-244882 ;
2. régulariser, en cas de non-respect des conditions de remboursement, la facturation de l'intervention, de l'anesthésie et du matériel via les organismes assureurs<sup>2</sup> (sauf si vous avez reçu un procès-verbal de constat, dans lequel l'intervention est déjà reprise). Votre service de facturation connaît cette procédure ;
3. vérifier dans quelle mesure l'imagerie médicale (et surtout la radiation ionisante) peut être évitée lors du diagnostic de l'appendicite ;
4. ne facturer l'aide opératoire que dans les cas où celle-ci a réellement été effectuée. (Cela vaut par ailleurs aussi pour d'autres interventions.)

**Le but de cette sensibilisation**

Nous envoyons ce courrier à tous les hôpitaux (à l'attention du médecin-chef et le chef du service Chirurgie) afin de prévenir des infractions à la réglementation. Nous voulons en particulier éviter le surcodage de l'appendicectomie, ainsi que limiter les radiations ionisantes inefficaces pour le diagnostic de l'appendicite. Enfin, nous voulons éviter que le coût de cette intervention varie d'un hôpital à l'autre sans raison objective.

Nous n'avons nullement l'intention d'abandonner les procédures laparoscopiques, ni de limiter l'utilisation de l'agrafeuse, ni d'augmenter le nombre d'appendicectomies négatives.

Pour une utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé, nous continuerons à suivre de près la régularisation et la facturation des appendicectomies.

Nous espérons vous avoir éclairé sur ce point et vous remercions d'avance pour votre coopération.

---

<sup>2</sup> Voir annexe 2 : prestations à corriger.



## ANNEXE 2

### APERCU DES PRESTATIONS A CORRIGER

Si le code de nomenclature 244871-244882 a été facturé indument, nous vous demandons d'apporter les corrections suivantes (pour les interventions effectuées tant dans le cadre qu'en dehors du système des soins à basse variabilité).

| FACTURÉ À TORT À L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ |   | CODES À FACTURER LORS DE LA RÉGULARISATION |   |
|---|---|--|---|
| code  | libellé   | code                                       | libellé   |
| 244871-244882                               | Appendicectomie nécessitant la résection du fond caecal (intervention principale)   | 243154-243165                              | Appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans perforation (intervention principale)  |
| 244871-244882                               | Appendicectomie nécessitant la résection du fond caecal (aide opératoire)   | 243154-243165                              | Appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans perforation (aide opératoire) UNIQUEMENT QUAND EFFECTIVEMENT EFFECTUÉE                               |
| 200196-200200                               | Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350 | 200255-200266                              | Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : classée dans la catégorie K 120 ou N 200   |
| 156332-156343                               | Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, par voie endoscopique             | 156310-156321*                             | Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 243154-243165 de la nomenclature, par voie endoscopique |
| 156354-156365                               | Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 244871-244882 de la nomenclature, en chirurgie ouverte              |  | Aucun forfait pour le matériel n'est facturable   |

\* Le forfait pour le matériel se réfère à l'ensemble du matériel utilisé au cours de l'opération. Le forfait ne précise pas le type de matériel. Ce code de nomenclature s'applique donc également pour l'utilisation d'agrafeuses. Le surcodage pour obtenir un meilleur remboursement du matériel n'est pas permis.