



INAMI

Rapport annuel SECM

Activités 2021



Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Avant-propos

Les résultats des activités d'inspection du SECM en 2021 sont présentés dans ce rapport. Ils valent la peine d'être vus ! Nos équipes se sont adaptées de manière ingénieuse à la pandémie qui continue. Entre-temps, la vague de départs à la retraite se poursuit et les nouveaux arrivants trouvent rapidement leur rythme après une formation intensive.

Le SECM s'organise de mieux en mieux au niveau interne et recherche constamment les actions les plus efficaces. Nous ne sommes donc pas des spectateurs sur le banc de touche. Nous voulons apporter une réelle plus-value pour un meilleur accès à des soins de qualité grâce à une utilisation plus efficace des moyens disponibles. Les constats d'infractions dans un procès-verbal ne sont depuis longtemps plus le premier choix de nos inspecteurs sociaux. La sensibilisation, la clarification de la réglementation et la synergie avec d'autres acteurs ont notre préférence. Concrètement, nous travaillons très activement ensemble sur la réforme de la nomenclature et le cadre pluriannuel au niveau de l'INAMI.

Nous abordons également les vrais fraudeurs avec rigueur de manière différenciée selon la gravité de l'infraction. Une attention particulière est accordée à l'exécution effective des décisions finales des juridictions administratives. Dans les dossiers de fraude importants, la coopération avec, par exemple, l'auditorat du travail, se déroule de plus en plus fluide.

Pourtant, nous voulons aller un pas plus loin. Le SECM souhaite se concentrer davantage sur la prévention structurelle :

- ✦ une plus grande implication du dispensateur de soins et du patient grâce à une transparence totale de la facturation et des dépenses ;
- ✦ des preuves scientifiques comme premier critère évident avant d'entamer des discussions sur le remboursement ;
- ✦ des règles claires et vérifiables, en concertation avec le terrain ;
- ✦ impossibilité de facturation injustifiée.

Les idées ne manquent pas. Toutefois, leur mise en œuvre n'est pas aisée. Les activités d'inspection et l'utilisation efficace des ressources ne reçoivent souvent l'attention nécessaire que lorsque les choses tournent mal. Néanmoins, le retour sur investissement de chaque employé d'un service d'inspection de la sécurité sociale dépasse l'impact purement financier.

Ma satisfaction relative aux résultats de 2021 s'accompagne d'emblée de l'envie de prendre de nouvelles initiatives.

Philip Tavernier
Médecin-directeur général SECM

Juin 2022

Table des matières

Avant-propos	2
Partie 1 – Présentation du SECM	6
I. Mission	6
1. Missions légales	6
2. Objectifs de l’Avenant 2021 au Contrat d’administration 2016-2018	7
II. Structure organisationnelle	7
III. Méthode de travail.....	8
IV. Personnel et formation	10
Partie 2 – Origine de nos activités	13
I. Signalements externes	13
II. Analyses internes.....	14
1. Études d’évaluation.....	14
a) Impact du dossier patient informatisé partagé sur la répétition des examens techniques ...	14
b) Utilisation de l’immunothérapie dans le traitement de l’asthme.....	16
2. Analyses de la cellule data	18
Partie 3 – Actions	19
I. Sensibiliser et informer	19
1. Actions de sensibilisation par courrier.....	19
a) Prescription de microscopie électronique	19
b) Obligation de prescription électronique pour les spécialités pharmaceutiques	20
c) Trafic de Lyrica®.....	21
d) Facturation des honoraires d’urgence	21
2. Conférences	22
a) Le dispensateur de soins et le SECM de l’INAMI	22
b) Utilisation judicieuse des ménisectomies arthroscopiques chez les patients de plus de 50 ans	22
c) Usage de 5 opioïdes en Belgique (2006-2020).....	22
II. Demande d’adaptation de la nomenclature	23
1. Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé	23
2. Groupe de travail Médecine interne du Conseil technique médical : modification de l’article 34 relatif aux prestations interventionnelles	23
3. Commission de conventions des audiciens : adaptation de la nomenclature concernant les tests auditifs à domicile	24
4. Conseil fédéral des professions paramédicales : prise en compte des normes de qualité pour l’agrément des ateliers orthopédiques en tant que lieux de stage	24

III.	Contrôler et récupérer	25
1.	Actions de contrôle nationales	25
	Attestation de walker boots selon la nomenclature par les dispensateurs orthopédistes.....	25
2.	Actions de contrôle individuelles	26
a)	Par type de décision	26
b)	Par groupe professionnel	28
c)	Évolution 2016-2021	28
d)	Suivi des procédures administratives.....	30
3.	Lutte contre la fraude	35
a)	Définition de la fraude.....	35
b)	Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2021	36
c)	Qui fraude ?.....	38
d)	Suivi proactif des fraudeurs : impact.....	40
e)	Suspension du paiement via le régime du tiers payant	41
IV.	Évaluer, sensibiliser et contrôler.....	42
1.	Cholangiopancréaticoscopie	42
2.	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes 599642 pour la radiographie du thorax au lit aux soins intensifs	45
Partie 4 – Impact.....		49
I.	Impact direct en 2021	49
II.	Impact d'actions nationales antérieures.....	50
1.	Action de contrôle : monitoring cardiaque ambulatoire	50
2.	Action de sensibilisation : ménisectomie arthroscopique en cas de lésions dégénératives du genou.....	50
3.	Action de contrôle : examens d'IRM et honoraires d'urgence	51
III.	Bilan global.....	51
Partie 5 – Vers une meilleure réglementation.....		52
I.	Suspension du paiement via le régime du tiers payant – art. 77sexies de la loi SSI (art. 99).....	52
II.	Prestations superflues ou inutilement onéreuses (art. 113).....	52
III.	Appropriate care – adoption des indicateurs (art. 110).....	52
IV.	Dossier, signature et services électroniques (art. 105).....	53
V.	Collège national des médecins conseils (art. 106)	53
Partie 6 – Passerelle : Audit des hôpitaux.....		54
I.	Audit Imagerie médicale lourde	54
II.	Audit COVID-19.....	55
III.	Audit Césarienne	55
IV.	Audit Soins à basse variabilité.....	56

Partie 7 – Collaborations.....	57
I. Responsabilisation financière des organismes assureurs	57
1. Examen médical en vue de réévaluer l’incapacité de travail	57
2. Communication via IDÈS de propositions de motivation de l’état d’incapacité.....	58
3. Remboursement des prestations de kinésithérapie et de certaines prestations de biologie clinique	58
4. Qualité des données via NewAttest.....	58
II. Affaires internationales – EHFCN	59
1. 14 ^e conférence internationale	59
2. Webinaires	59
3. Enquête de satisfaction.....	61
4. Groupe de travail sur l’intelligence artificielle	61
III. Task force Appropriate care.....	61
1. Missions	62
2. Actions en 2021.....	62
IV. Plan d’action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023	63
Liste des abréviations	64
Plus d’informations?	65

Partie 1 – Présentation du SECM

I. MISSION

En vue d'une utilisation optimale du budget public destiné à l'assurance soins de santé, le SECM veille entre autres à ce que les acteurs concernés remplissent correctement leurs obligations dans le cadre légal et réglementaire. De surcroît, les connaissances scientifiques doivent être suivies pour garantir des soins efficaces. Les acteurs concernés sont notamment les dispensateurs de soins, les gestionnaires des institutions de soins, les organismes assureurs (O.A.¹), les assurés sociaux, etc. Leur rôle sociétal est aujourd'hui d'autant plus pertinent : en temps d'économie en particulier, il faut préserver un système de soins de santé financièrement accessible et de qualité tel que le nôtre.

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

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

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

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

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

1. Missions légales²

Le législateur a confié les missions suivantes au SECM :

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

¹ Une table des abréviations se trouve à la fin du présent rapport, p. 64.

² Art. 139 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994 (loi SSI).

2. Objectifs de l'Avenant 2021 au Contrat d'administration 2016-2018

Un contrat d'administration est un contrat conclu entre le gouvernement et une institution publique de sécurité sociale. Le contrat d'administration 2016-2018 a été prorogé par un avenant pour la période 2019-2020 et par un deuxième avenant pour 2021. Les articles suivants concernent le SECM :

- ✦ article 38. Poursuivre la lutte contre le gaspillage : « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 » ;
- ✦ article 40. Adaptation du cadre législatif relatif au contrôle médical ;
- ✦ article 41. Digitalisation des devoirs d'enquête ;
- ✦ article 42. Données de facturation soins de santé : accès, qualité et facilité d'utilisation.

II. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Le SECM est organisé selon la structure suivante.

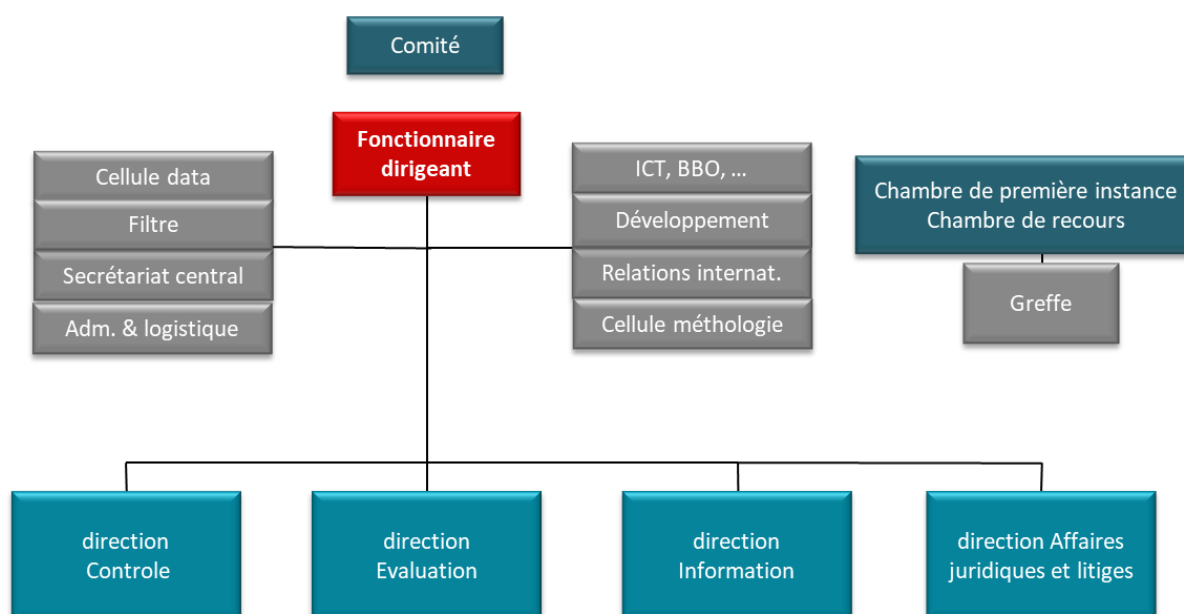


Illustration 1. Structure organisationnelle du SECM

III. MÉTHODE DE TRAVAIL

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

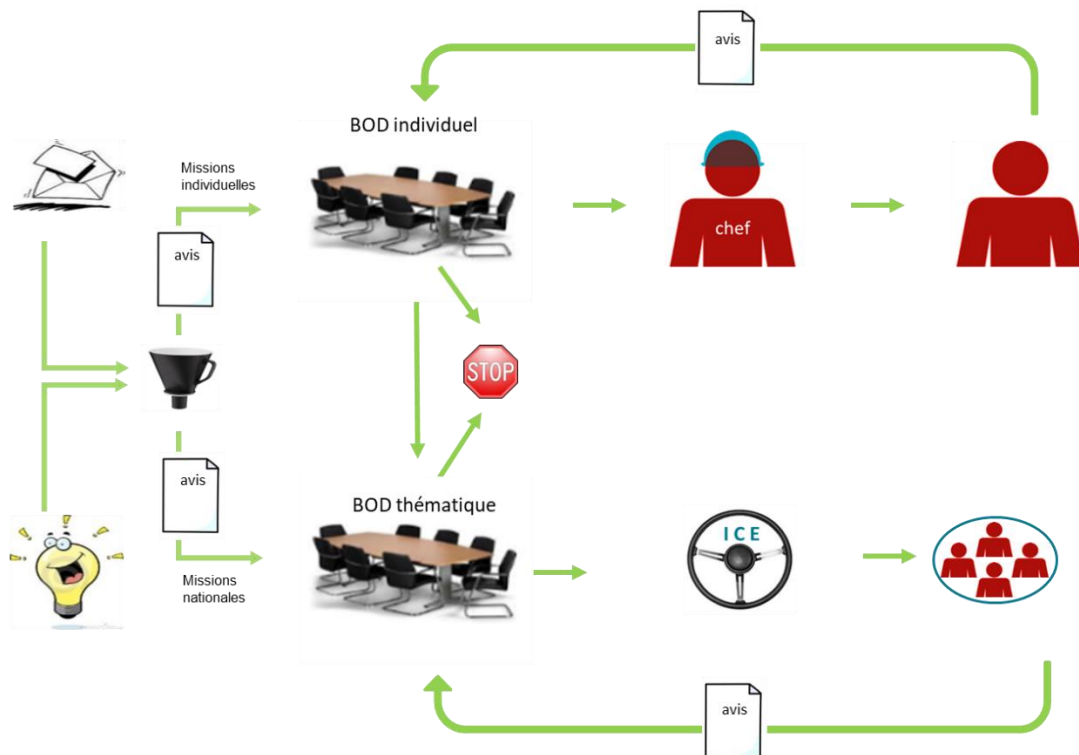


Illustration 2. Processus de travail du SECM

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

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

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

Le BOD thématique confie des missions d'action à portée générale à une équipe multidisciplinaire généralement composée de représentants des directions Information, Contrôle et Évaluation. Pareilles missions peuvent impliquer diverses actions telles qu'une analyse (de risques) supplémentaire, une communication d'informations et/ou une action de contrôle nationale. Les actions peuvent être menées simultanément ou successivement. Le SECM mène en l'occurrence une stratégie à multiples axes. Les circonstances factuelles indiquent généralement quelles actions sont applicables et dans quel ordre.

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

- ✦ du respect de la nomenclature et de l'application des règles connexes,
- ✦ de la conformité aux connaissances scientifiques (*evidence-based medicine* [EBM]).

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

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

L'action de contrôle nationale a pour objectif de vérifier si les dispensateurs de soins ont commis des infractions et ont indûment facturé des prestations à l'assurance soins de santé. Selon une méthodologie convenue au préalable, nous examinons le comportement de facturation d'un grand groupe comparable de dispensateurs de soins sur la base des mêmes critères. Un contrôle peut avoir des conséquences diverses³ :

- ✦ négatif,
- ✦ informatif,
- ✦ avertissement,
- ✦ constat sans procédure administrative,
- ✦ constat avec procédure administrative,
- ✦ sans suite SECM,
- ✦ annulé pour des raisons opérationnelles.

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

³ Voir « Actions de contrôles individuelles – par type de décision », p. 26-27.

IV. PERSONNEL ET FORMATION

Le SECM comptait 238 membres du personnel au 31.12.2021. Le tableau 1 présente une ventilation des membres du personnel suivant leur profil, leur résidence et leur rôle linguistique.

Tableau 1. Nombre de membres du personnel SECM au 31.12.2021

		Services centraux		Bureaux régionaux		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant/médecin-directeur général		1				1
Médecin-inspecteur général (A4)			2			2
Directeurs (Information, Juridique, régions) (A3)		2	1	4	1	8
Médecins-coordonateurs (A3)		5	1			6
Inspecteurs sociaux :	médecins (A2-A3-A4)	4	4	23	21	52
	pharmaciens (A2)			4	3	7
	dentistes (A2)			1	1	2
	infirmiers (B-A1)			16	19	35
	attachés scientifiques (A1-A2)				1	1
Auditeurs (B-A2)		9	6			15
Juristes (A1-A2-A3)		3	6			9
ICT, développement, gestion des connaissances (A1, A2, A3)		2	2			4
Collaboration internationale (A1-A2)		1	1			2
Analystes de données (A1)		3	7			10
Au niveau administratif :	attachés/conseillers (A1-A2)	2	3	2	1	8
	experts (B)	4	4	5	4	17
	assistants (C)	5	8	18	18	49
	collaborateurs (D)	3	2	4	1	10
TOTAL		44	47	78	69	238

Le personnel d'inspection, les auditeurs et les juristes ont une mission opérationnelle. Les évolutions numériques et technologiques ont un impact sur la demande de soutien administratif. Nous faisons de plus en plus appel au personnel de support administratif pour les tâches opérationnelles.

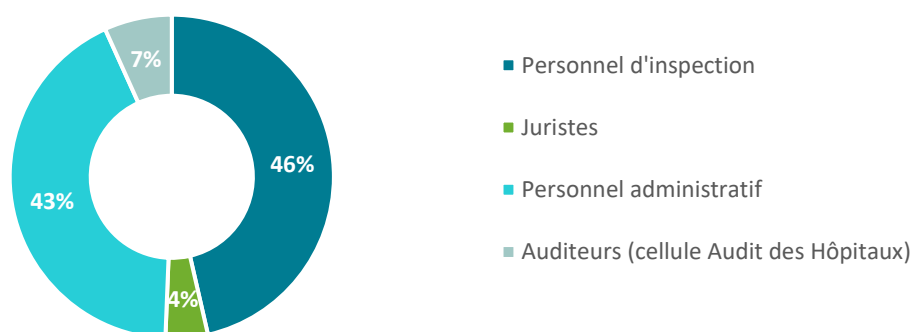


Illustration 3. Répartition des membres du personnel SECM en 2021

Pour garantir la continuité du fonctionnement de notre service, nous avons recruté 21 nouveaux collaborateurs en 2021. La majorité d'entre eux ont été embauchés comme médecin-inspecteur, infirmier-contrôleur ou auditeur. Malgré ces engagements, le nombre de membres du personnel a diminué par rapport à l'année précédente en raison des départs à la pension.

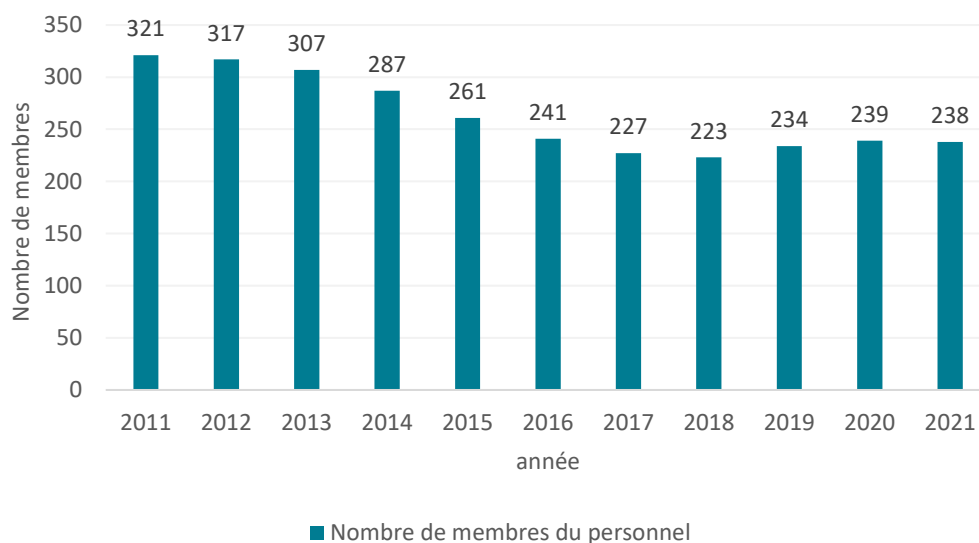


Illustration 4. Évolution du nombre de membres du personnel du SECM

Entrer en service en période de COVID-19 n'était pas évident. Nous avons continué à adapter notre programme d'accueil et de formation pour les nouveaux collaborateurs aux mesures corona en vigueur. Nous avons essayé, dans la mesure du possible, d'organiser physiquement la première prise de connaissance et les premiers module de formation. La majeure partie du trajet de formation s'est toutefois déroulée en ligne, et les différents modules ont été davantage étalés dans le temps si besoin. La formation intensive des inspecteurs et des contrôleurs est essentielle pour le transfert des connaissances, aptitudes et attitudes. Dès lors, nous avons tenté d'annuler le moins possible de formations.

Outre le trajet de formation pour les nouveaux arrivants, nous avons poursuivi le programme de formation continue initié en 2020. Ces formations s'adressent à l'ensemble du personnel du SECM et portent sur des sujets liés à la mission du Service, sur l'utilisation d'outils informatiques internes ou sur des missions récemment clôturées par nos inspecteurs sociaux. En 2021, les sujets suivants ont été abordés :

- ✦ pharmacie,
- ✦ introduction et mise en contexte de la (pseudo)nomenclature,
- ✦ soins à basse variabilité,
- ✦ épidémiologie du COVID-19,
- ✦ indicateurs de qualité : plus que la détermination des effets,
- ✦ utilisation des bases de données de facturation pour l'évaluation des médicaments,
- ✦ EBM dans la pratique quotidienne,
- ✦ article 8 – travailler avec du personnel aide-soignant dans une équipe structurée,
- ✦ consulter l'information concernant les médicaments de votre patient via Mylnami,
- ✦ Tresorit : échange de fichiers dans le cadre des enquêtes,
- ✦ apprendre à travailler dans Foxit Phantom PDF,
- ✦ préparer et donner une présentation,
- ✦ gestion de données et RGPD,
- ✦ management hospitalier VS activités SECM,
- ✦ eDos – eServices : dossiers du SECM et des greffes.

En outre, les inspecteurs sociaux ont régulièrement suivi d'autres formations spécifiques en fonction de leurs missions.

Nous avons également poursuivi le trajet de formation pour le personnel administratif.

Enfin, nous avons organisé 2 sessions d'information pour le personnel, une en ligne et une en présentiel. Nous y avons présenté les avancées des travaux du projet Appropriate care et du cadre stratégique 2022-2025 du SECM, ainsi que de nouveaux outils de travail : des indicateurs pour l'analyse des données de facturation et l'outil de rapportage de données Power BI.

Partie 2 – Origine de nos activités

En 2021, nous avons reçu 1.376 signalements externes. Les signalements sont entre autres des questions, des plaintes, des missions obligatoires provenant de l'extérieur du SECM.

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

L'illustration 5 indique l'évolution du nombre de signalements externes et de propositions internes entre 2016 et 2021. Les chiffres absolus diffèrent légèrement de ceux figurant dans nos rapports annuels précédents, étant donné que nous disposons d'un nouvel outil pour visualiser nos données. Les tendances sont toutefois identiques à celles observées dans les rapports annuels précédents. Après avoir légèrement baissé l'an dernier, le nombre de signalements repart à la hausse.

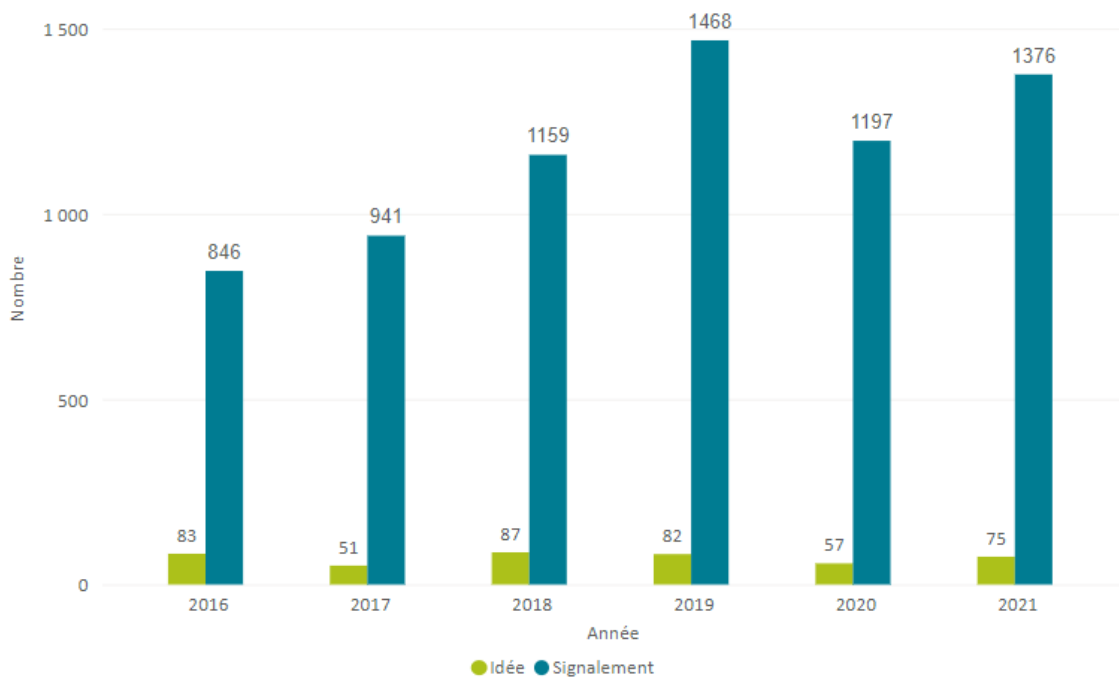


Illustration 5. Évolution du nombre de signalements externes et de propositions internes (idées) entre 2016 et 2021

Bien que les propositions internes soient minoritaires par rapport aux signalements, elles donnent plus souvent lieu à des actions ayant une forte incidence. En 2021, 92 % des propositions internes ont donné lieu à une mission, tandis que 14 % des signalements ont donné lieu à une nouvelle mission ou ont été ajoutés à une mission existante. De nombreux signalements sont néanmoins utiles au SECM afin de détecter des fraudeurs ou des sortes de fraude.

I. SIGNALEMENTS EXTERNES

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

Les signalements externes que nous avons reçus en 2021 concernaient aussi bien des dispensateurs de soins individuels et des assurés que des institutions de soins et des O.A.

Parmi les 1.376 signalements reçus, le Filtre a :

- ✦ traité administrativement 1.016 signalements. Cela signifie que les collaborateurs du Filtre eux-mêmes ont immédiatement formulé une réponse correcte ou ont transmis le signalement à l'instance compétente, après en avoir accusé réception ;
- ✦ transmis directement 38 signalements à un collaborateur du SECM, généralement pour une mission de contrôle mais parfois aussi pour une mission d'évaluation ou d'information ;
- ✦ ajouté 17 signalements à des dossiers existants. Ils concernaient des faits pour lesquels nous avons déjà lancé une action de contrôle. Ces signalements ont donc été ajoutés à une action de contrôle en cours ;
- ✦ remis 301 avis au BOD pour 283 signalements afin que cet organe de décision dispose des informations nécessaires pour décider de la suite à donner au signalement. En se basant sur ces avis, le BOD a pris les décisions suivantes :
 - ✧ traitement administratif⁴ (57),
 - ✧ attribution d'une nouvelle mission (contrôle, évaluation ou information) (102),
 - ✧ ajout du signalement à une mission en cours (36),
 - ✧ classement sans suite (99).
 - ✧ Pour 7 dossiers, aucune décision définitive n'a encore été prise.
- ✦ Fin décembre 2021, le SECM n'avait pas encore pris de décision définitive pour 22 signalements.

II. ANALYSES INTERNES

Les propositions internes du personnel du SECM peuvent aussi déboucher sur diverses actions : actions de contrôle individuelles ou nationales, études d'évaluation, actions de sensibilisation, etc. Pour parvenir à une proposition interne, une analyse ou une étude de risque préalable peut aussi être requise.

1. Études d'évaluation

Nous présentons ci-dessous les résumés des études d'évaluation présentées au comité du SECM en 2021.

a) Impact du dossier patient informatisé partagé sur la répétition des examens techniques

Origine et objectif

L'instauration et l'extension du dossier patient informatisé (DPI) implique un échange croissant de données, dont les résultats de toutes sortes d'examens techniques, entre les dispensateurs de soins qui s'occupent d'un même patient. Hypothétiquement, ceci entraînerait entre autres une diminution des répétitions inutiles de ces examens. C'est pourquoi le SECM s'est engagé, dans le cadre de l'Avenant 2019-2020 au 5^e contrat d'administration 2016-2018 conclu entre l'État et l'INAMI, à analyser l'évolution du recours aux examens techniques pour la période 2015-2018. L'objectif était d'évaluer, sur une période de quatre ans, si l'effet éventuel de l'informatisation du dossier médical sur la répétition des examens pouvait être clairement démontré.

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

Méthode

Notre méthode de travail reposait sur une approche thématique, et nous nous sommes concentrés sur deux grands sous-ensembles des examens techniques : l'examen de biologie clinique en hématologie et l'imagerie médicale. Nous nous sommes chaque fois concentrés principalement sur les examens effectués chez des patients ambulatoires. Pour mesurer la consommation, nous avons déterminé, par année civile, et de manière distincte pour la biologie clinique et l'imagerie médicale, le nombre de dates différentes d'examens par assuré dans l'échantillon permanent (EPS). L'utilisation du DPI a été appréhendée de façon indirecte et de deux manières.

Dans un premier temps, nous avons regroupé les assurés en fonction du nombre de médecins (un ou plusieurs) ayant prescrit leurs examens. Ensuite, nous avons évalué comment ces deux groupes se sont comportés en termes de volume et de consommation au fil des années.

Dans un deuxième temps, nous avons analysé quels assurés avaient un médecin généraliste comme prescripteur. Nous avons réparti les médecins généralistes concernés comme étant ou non informatisés, sur la base des primes allouées dans le cadre de l'utilisation des services d'e-Santé. Nous avons ensuite comparé la consommation des patients de médecins généralistes informatisés et de médecins généralistes non informatisés.

Résultats

Nous n'avons trouvé de preuves univoques ni dans les tests sanguins, ni en imagerie médicale d'une diminution de la consommation générale pendant la période 2015-2018. La répartition des patients ambulatoires en un groupe avec un seul prescripteur et un groupe avec plusieurs prescripteurs n'a pas non plus révélé d'évolutions pertinentes. Si l'augmentation des échanges de données entre prescripteurs avait eu une incidence sur la répétition d'examens – et pour le reste rien n'a changé –, nous nous attendions à une diminution au fil des années du nombre d'assurés avec des examens demandés par plusieurs prescripteurs ou à une diminution de la consommation par assuré au sein de ce groupe. Aucune de ces deux tendances n'apparaît dans nos données.

Après avoir procédé à la répartition entre groupes de médecins généralistes informatisés et médecins généralistes non informatisés, nous avons constaté une répartition légèrement plus faible du nombre de tests sanguins chez les patients issus du groupe informatisé. Cette différence minime mais systématique n'a pas évolué au cours de la période 2015-2018 et peut découler d'autres variables parasites sur lesquelles nous n'avons pas ou peu de prise. Nous n'avons pas du tout constaté cette différence en imagerie médicale.

Les résultats étaient principalement négatifs, mais il ne faut pas les interpréter comme une preuve attestant que le DPI n'aurait pas d'effet sur la répétition d'examens techniques comme la biologie clinique et l'imagerie médicale. Sur la base des informations et des données disponibles, il est impossible de tirer des conclusions probantes à cet égard.

Actions et propositions

Dans le cadre de soins efficaces, il reste pertinent de connaître l'impact de l'utilisation du DPI sur les répétitions inutiles d'examens techniques. Pour rendre plus précises d'éventuelles études à venir, il nous faudrait pouvoir disposer de données plus détaillées sur l'utilisation du DPI : des données sur tous les dispensateurs de soins individuels, y compris les médecins spécialistes et même, idéalement, sur les assurés individuels. Indépendamment de la disponibilité de ces données, une définition claire d'une répétition « inutile » permettrait de mieux délimiter le champ d'application. En limitant d'éventuels examens de suivi à une population de cas concrets où les examens sont fréquemment répétés sans valeur ajoutée, nous pourrions utiliser des méthodes statistiques plus puissantes, mieux contrôler les variables parasites et évaluer concrètement l'impact financier des évolutions éventuelles. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires tout d'abord et surtout pour identifier les principaux cas d'utilisation

inefficace des examens techniques : de quel type d'examens s'agit-il ? Pour quelles pathologies et quelles populations sont-ils inutiles et sont-ils répétés ou non ?

En marge de notre étude, nous avons fait le constat frappant suivant : la moitié des assurés de l'EPS ont subi chaque année des tests sanguins et/ou une imagerie médicale. Nous nous demandons si cette proportion élevée d'assurés ayant subi un examen, indépendamment d'éventuelles répétitions, est révélatrice d'une utilisation inefficace. Ce constat peut inciter le SECM à examiner, sous un autre angle, des soins éventuellement inefficaces, par exemple par le biais de preuves scientifiques ou en étudiant les variations des pratiques.

b) Utilisation de l'immunothérapie dans le traitement de l'asthme

Origine et objectif

Selon les recommandations internationales GINA ([Global Initiative for Asthma](#), organisation élaborant des directives médicales), une immunothérapie par anticorps monoclonal (*monoclonal antibody*, Mab) est indiquée en complément dans le traitement de l'asthme sévère. GINA définit l'asthme sévère comme un asthme non contrôlé malgré une utilisation optimale de traitement par corticostéroïdes inhalés (*inhaled corticosteroids*, ICS) et β -agonistes à longue durée action inhalés (*long acting β agonist*, LABA).

4 Mab sont actuellement remboursés en Belgique dans le traitement de l'asthme : omalizumab pour l'asthme allergique, mepolizumab, benralizumab et reslizumab pour l'asthme à éosinophiles. Les conditions de remboursement définies dans le chapitre IV s'alignent sur les recommandations GINA. D'autres molécules sont attendues à court ou moyen terme. Les dépenses de l'assurance soins de santé pour ces médicaments s'élevaient à environ 60 millions d'EUR en 2020.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer le respect des critères des recommandations internationales GINA dans le traitement de l'asthme sévère par Mab en Belgique.

Méthode

Pour les 1.882 patients asthmatiques de 18 ans ou plus ayant initié un traitement par Mab en 2018 et 2019 en Belgique, nous avons analysé les antécédents de traitement sur la base des délivrances de médicaments remboursés pendant l'année précédant le début du traitement par Mab. L'objectif était de déterminer si ces patients souffraient bien d'asthme sévère selon la définition GINA.

La définition d'« observance correcte » a été établie comme 75 % ou plus du nombre attendu de jours de traitement d'ICS-LABA pendant l'année précédant l'initiation du traitement par Mab (soit 365 jours * 75 % = 274 jours de traitement). Le choix de 75 % est relativement arbitraire, mais assez classique pour une étude des maladies chroniques : il s'agit donc d'une définition conservatrice. Il n'a pas été possible de calculer le nombre de « hautes doses » avec les données dont nous disposons.

Nous avons défini un asthme non contrôlé par une délivrance de méthylprednisolone 20*32 mg (traitement d'exacerbation) OU corticodépendance (au moins 90 DDD⁵ de glucocorticostéroïdes oraux code ATC⁶ H02AB), dans l'année précédant l'initiation du Mab. Ces critères sont très sensibles.

Résultats

Les délivrances d'ICS et de LABA dans l'année précédant l'initiation du traitement par Mab étaient compatibles avec une observance correcte pour seulement 47 % des patients. Par ailleurs, nous avons estimé à 77 % la proportion de patients souffrant d'asthme non contrôlé.

⁵ Defined daily doses.

⁶ Anatomic therapeutic code.

En combinant les critères d'« observance correcte d'un traitement par ICS-LABA » et d'« asthme non contrôlé », nous avons calculé que 38 % des patients seulement répondaient à la définition d'asthme sévère selon GINA et étaient donc éligibles à un traitement par Mab (patients traités pour asthme à éosinophile : 40 % ; asthme allergique : 34 %). Ces estimations surestiment vraisemblablement la proportion réelle de patients souffrant d'asthme sévère parmi les patients traités.

Tableau 2. Éligibilité à un traitement par Mab chez les patients ≥ 18 ans traités pour asthme allergique vs asthme à éosinophiles en 2018-2019

TOTAL	Dans l'année précédant l'initiation du Mab, patients avec :	Asthme allergique		Asthme à éosinophiles	
		620	100 %	1.262	100 %
A	≥ 274 (75 % * 365) doses journalières d'ICS avec ou sans LABA	299	48 %	667	53 %
B	≥ 274 doses journalières de LABA avec ou sans ICS	277	45 %	621	49 %
C = A et B	Délivrances compatibles avec une observance correcte ICS-LABA	272	44 %	608	48 %
D	≥ 90 DDD orales code ATC H02AB (glucocorticoïdes) – proxy pour corticodépendance	284	46 %	742	59 %
E	≥ 1 délivrance de méthylprednisolone 20 * 32 mg (proxy pour une ou plusieurs exacerbations)	413	67 %	919	73 %
F = D ou E	Asthme non contrôlé	434	70 %	989	78 %
C et F	Asthme sévère éligible à un traitement par Mab	212	34 %	500	40 %

En conclusion, au minimum 6 patients asthmatiques adultes sur 10 ayant initié un traitement par Mab en Belgique en 2018-2019 ne répondaient pas aux critères d'éligibilité définis dans les recommandations internationales et aux conditions de remboursement qui en découlent.

Actions et propositions

Sensibilisation des prescripteurs

Nous avons envoyé une lettre de sensibilisation à l'ensemble des pneumologues de Belgique en octobre 2021 (indépendamment de leur profil de prescription en ce qui concerne l'immunothérapie dans le traitement de l'asthme). Nous leur avons envoyé une copie de cette étude, ainsi que de l'étude relative au Xolair® clôturée en 2020⁷. Dans ce courrier, nous leur avons demandé de :

- ✦ réserver le traitement par anticorps monoclonaux au groupe-cible approprié ;
- ✦ respecter strictement les conditions de remboursement cumulatives relatives aux anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme allergique et de l'asthme à éosinophile ;
- ✦ conserver les documents de preuves requis dans le dossier médical des patients.

Contrôle renforcé des organismes assureurs

Nous avons demandé aux O.A. d'effectuer à partir du 01.11.2021 le contrôle des 200 premières demandes d'immunothérapie pour l'asthme chez les patients adultes. Ces 200 contrôles sont répartis entre les O.A. au prorata de leur nombre d'affiliés. Les critères utilisés pour le contrôle sont basés sur les conditions de remboursement et impliquent dans certains dossiers de prendre contact avec le prescripteur.

⁷ Voir *Rapport annuel SECM. Activités 2020*, p. 17-19.

Monitoring de l'indicateur à intervalles réguliers

Cette étude est conceptuellement simple et facile à reproduire pour mettre à jour les données. Il serait utile de la répéter régulièrement, afin de mesurer les éventuels progrès accomplis.

2. Analyses de la cellule data

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

Pour les analyses destinées aux actions de contrôle individuelles, la cellule data a surtout un rôle de soutien. Dans ce cas-là, les inspecteurs font appel à la cellule pour son expertise technique et statistique, principalement afin de détecter les prestations indûment attestées et pouvoir les porter à grief. Différentes méthodologies sont utilisées pour ce faire, le plus souvent l'échantillonnage et l'extrapolation. En 2021, de grandes avancées ont aussi été enregistrées en matière d'analyse théorique des données primaires avec la migration progressive de MS Access vers MS Power BI, ainsi que la conception de templates et d'indicateurs contenus dans ceux-ci. Cela permettra à nos inspecteurs d'utiliser leur temps plus efficacement, leur facilitera le travail et l'optimisera.

La cellule data joue également un rôle important dans quelques grandes actions de contrôle nationales, comme celles relatives aux valeurs P pour les dentistes, aux valeurs M pour les kinésithérapeutes et, depuis l'année dernière, aux valeurs W pour les infirmiers. D'une part, la cellule data se charge de calculer les différents coefficients mensuels, trimestriels ou annuels et, d'autre part, elle fournit aux inspecteurs sociaux des informations détaillées sur les dispensateurs de soins qui ont dépassé ces valeurs.

Par ailleurs, en 2021, la cellule a été étroitement associée au soutien des projets introduits sur les soins efficaces et des nombreux dossiers de monitoring ou d'évaluation concernant, entre autres :

- ✦ la surveillance du recours à l'immunothérapie pour le traitement de l'asthme sévère,
- ✦ la surconsommation de traitements au laser pour une cataracte secondaire,
- ✦ les médecins outliers,
- ✦ les forfaits en biologie clinique,
- ✦ l'évolution du taux de répétition des prestations techniques (eHealth),
- ✦ les primes COVID-19 pour les dentistes.

La cellule a en outre activement participé à l'amélioration de la qualité des données mises à disposition via différents flux de données ou via des demandes NewAttest, ainsi qu'au contrôle des O.A. au moyen des analyses VARAK.

Enfin, la cellule partage ses connaissances avec les inspecteurs sociaux lors de formations sur les nombreuses sources de données mises à disposition par le SECM, ainsi que sur la méthode d'échantillonnage et d'extrapolation. Dans un avenir proche, la cellule les assistera aussi pour l'utilisation des nouvelles possibilités d'analyse développées. Les préparatifs axés sur les données ont également débuté pour élaborer des analyses de risques auxquelles nous voulons soumettre tous les domaines de l'assurance soins de santé à partir de 2022.

Partie 3 – Actions

I. SENSIBILISER ET INFORMER

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

1. Actions de sensibilisation par courrier

En 2021, nous avons mené 6 actions de sensibilisation par courrier auprès de différents groupes professionnels de dispensateurs de soins.

Tableau 3 : actions de sensibilisation par courrier en 2021

Sujet	Groupes-cibles	Période d'envoi
Prescription de microscopie électronique	Prescripteurs	Février 2021
Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes 599642 pour radiographie du thorax aux soins intensifs ⁸	Hôpitaux – services de radiologie	Avril 2021
Obligation de prescription électronique pour spécialités pharmaceutiques	Médecins généralistes et spécialistes et dentistes	Juillet 2021
Conditions de remboursement des anticorps monoclonaux dans le traitement de l'asthme sévère ⁹	Pneumologues	Octobre 2021
Trafic de Lyrica	Pharmaciens	Novembre 2021
Facturation des honoraires d'urgence	Médecins généralistes	Décembre 2021

a) Prescription de microscopie électronique

À la suite d'une étude d'évaluation sur la microscopie électronique¹⁰, nous avons analysé les données de facturation de cet examen en 2019. Il en ressort qu'ensemble, 570 médecins ont prescrit la microscopie électronique 1.726 fois. La majorité (61 %) s'est limitée à une seule prescription. Seuls 12 médecins ont prescrit la microscopie électronique au moins 15 fois. Les 3 plus grands prescripteurs représentent ensemble 461 demandes pour cet examen, soit 27 % de l'ensemble des demandes.

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation à ces 3 plus grands prescripteurs afin de les informer des découvertes scientifiques les plus récentes concernant le syndrome d'Ehlers-Danlos (SED). Il y a un consensus pour estimer que la peau de ces patients ne présente pas d'anomalies pathognomoniques et que la microscopie électronique d'une biopsie cutanée peut étayer le diagnostic clinique, sans pour autant le confirmer, pour deux sous-types rares seulement mais pas pour le type hypermobile (SEDh). De plus, la grande variation entre les différents prescripteurs et le nombre limité de médecins qui prescrivent fréquemment cet examen peuvent indiquer qu'ils prescrivent la microscopie électronique de manière

⁸ Voir « Évaluer, sensibiliser et contrôler – Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes 599642 pour la radiographie du thorax au lit aux soins intensifs », p. 45-48.

⁹ Voir « Études d'évaluation – Utilisation de l'immunothérapie dans le traitement de l'asthme », p. 16-18.

¹⁰ Voir *Rapport annuel SECM. Activités 2020*, p. 20-21.

inefficace. Par conséquent, nous leur avons demandé d'adapter leur comportement prescripteur et informé que nous procéderons à un suivi à l'avenir.

Seul un prescripteur a réagi au courrier, en indiquant notamment que plusieurs collègues lui envoient des patients en vue de confirmer le diagnostic du SEDh par la microscopie électronique, en raison de sa notoriété dans ce domaine. Il estime que cet examen est le seul permettant d'objectiver le diagnostic de SEDh et d'éviter ainsi au patient en souffrance une errance médicale.

b) Obligation de prescription électronique pour les spécialités pharmaceutiques

Depuis le 01.01.2020, les médecins, sages-femmes et dentistes ont l'obligation de prescrire les spécialités pharmaceutiques par voie électronique, sauf cas exceptionnels¹¹.

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation aux médecins, sages-femmes et dentistes, âgés de 25 à 64 ans, qui prescrivaient encore à 100 % sur papier entre le 01.09.2020 et le 28.02.2021. Il s'agissait de 265 dispensateurs de soins : 173 médecins généralistes, 84 médecins spécialistes, et 8 dentistes. Nous leur avons rappelé la réglementation et demandé de nous communiquer les raisons pour lesquelles ils ne prescrivaient pas de façon électronique.

Nous avons reçu des réponses de 47 % des dispensateurs de soins sensibilisés. Leurs réponses peuvent être regroupées en 8 catégories :

- ✦ difficultés électroniques (38 %) : pas de matériel informatique adapté, difficultés avec l'outil informatique, etc. ;
- ✦ démarches effectuées pour prescrire électroniquement (25 %) : informatisation, inscription pour l'achat d'un logiciel, etc. ;
- ✦ dispensateurs de Kind en Gezin (Office national de l'enfance) (15 %), organisation non informatisée ;
- ✦ dispensateurs d'institutions non informatisées (9 %) ;
- ✦ âge (5 %) : certains dispensateurs ne souhaitaient pas s'informatiser pour leurs dernières années de travail ;
- ✦ assistantat en médecine générale (4 %) : prescription électronique avec le numéro INAMI du maître de stage ;
- ✦ raisons idéologiques (2 %) : refus de paiement du matériel nécessaire, de s'informatiser pour le patient ou pour le pharmacien, etc. ;
- ✦ dispensateurs en institution hospitalière (2 %), qui n'ont pas accès au matériel informatique nécessaire.

En fonction de la catégorie de réponse reçue, nous avons envoyé un courrier adapté à chaque dispensateur. Nous avons proposé des pistes de solution aux problèmes soulevés et avons également contacté la direction de Kind en Gezin pour demander l'accélération de la procédure informatique.

¹¹ Exceptions à l'obligation de la prescription électronique :

- ✦ si le prescripteur a atteint l'âge de 64 ans au 01.01.2020 ;
- ✦ si la prescription est faite en dehors du cabinet du prescripteur, par exemple au domicile du patient ou en maison de repos (et de soins), indépendamment de l'âge du prescripteur ;
- ✦ en cas de force majeure :
 - ✧ lorsque le besoin d'aide médicale urgente est incontestable,
 - ✧ lorsque le prescripteur est étranger et n'a pas de NISS (ou numéro bis),
 - ✧ lorsque le patient étranger n'a pas de NISS (ou numéro bis),
 - ✧ pour un nouveau-né en attente de NISS,
 - ✧ une authentification double du prescripteur n'est pas possible (eHealth-carte eID),
 - ✧ problème technique (fournisseur de logiciel).

c) Trafic de Lyrica®

À la suite d'un contact avec le Parquet au sujet de l'usage de fausses prescriptions, nous avons informé tous les pharmaciens de pratiques frauduleuses relatives aux spécialités pharmaceutiques à base de prégabaline (Lyrica® et génériques), afin de les inviter à une vigilance accrue. Certains assurés cherchent en effet à obtenir cette spécialité pharmaceutique en utilisant de fausses prescriptions médicales. Nous avons par ailleurs connaissance d'un phénomène de shopping médical et pharmaceutique : des patients ou des personnes usurpant leur identité consultent plusieurs médecins afin d'obtenir de prescriptions qu'il ne leur est nécessaire. Ils se rendent ensuite dans de nombreuses pharmacies pour ne pas éveiller les soupçons.

Nous avons demandé aux pharmaciens d'être particulièrement vigilants lorsqu'ils reçoivent une prescription de prégabaline et de :

- ✦ contrôler l'identité du patient concerné par la prescription ;
- ✦ examiner minutieusement la prescription (signature, libellé(s) prescrit(s)) et de contacter le prescripteur en cas de doute ;
- ✦ vérifier si possible le dossier pharmaceutique partagé relatif au patient concerné.

Certains pharmaciens nous ont répondu en signalant des cas de présentation de prescription frauduleuse. Nous traitons ces signalements et collaborons étroitement avec les parquets.

d) Facturation des honoraires d'urgence

Nous avons analysé la facturation des honoraires d'urgence par les médecins généralistes en 2019, au moyen des codes de prestations suivants 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613 et 104635. 12.163 médecins généralistes ont attesté au moins un des codes susmentionnés en 2019. La médiane est de 70 codes facturés par médecin généraliste.

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation aux 756 outliers, afin de leur rappeler la réglementation relatives aux honoraires d'urgence et de leur demander de :

- ✦ vérifier s'ils avaient facturé correctement les honoraires d'urgence selon les règles de la nomenclature en vigueur ;
- ✦ vérifier, en cas de facturation incorrecte, si elle était due à une erreur du programme de facturation ;
- ✦ rectifier les éventuelles facturations incorrectes en les remboursant aux O.A.

Nous avons en outre demandé aux 72 extrêmes outliers de cette sélection de nous renvoyer un formulaire complété afin d'analyser plus en détail leur facturation. Nous avons informé l'ensemble des outliers que nous suivrons à l'avenir leur volume de facturation et entreprendrons si nécessaire des actions supplémentaires.

D'après les réponses reçues, plusieurs médecins ne connaissent pas bien la nomenclature et ont facturé certains honoraires d'urgence à tort en raison d'une erreur de leur programme de facturation.

Afin de répondre aux nombreuses réactions suscitées par notre action de sensibilisation, nous avons ensuite publié un communiqué sur le site web de l'INAMI, rappelant la réglementation et que seul le médecin traitant est habilité à juger de l'exigence particulière du patient, ainsi que de la raison de l'urgence.

2. Conférences

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

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

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

En mars 2021, nous avons présenté la conférence « Le dentiste et le SECM de l'INAMI » en français, à la demande de la Chambre syndicale dentaire. Cette conférence a été présentée en néerlandais en novembre 2021 à la Nascholingsinstituut Verbond der Vlaamse tandartsen à Bruges.

À la demande de l'organisme Médecins en difficulté, nous avons présenté en ligne la conférence relative aux médecins spécialistes en novembre 2021 (une session francophone et une néerlandophone).

b) Utilisation judicieuse des méniscectomies arthroscopiques chez les patients de plus de 50 ans

Dans le cadre de la 40^e journée orthopédique du CHU Brugmann en février 2021, nous avons donné une conférence en ligne sur l'utilisation judicieuse des méniscectomies arthroscopiques chez les patients de plus de 50 ans. Nous avons fait part des résultats de l'évaluation réalisée en 2019, en particulier le fait qu'une approche conservatrice (perte de poids, kinésithérapie, infiltrations, médicaments, etc.) est à privilégier selon les directives cliniques EBM récentes¹².

c) Usage de 5 opioïdes en Belgique (2006-2020)

Dans le cadre du symposium 'Pain refrained' organisé par le service d'anesthésie de l'hôpital KLINA à Brasschaat en octobre 2021, nous avons parlé de l'usage de 5 opioïdes en Belgique de 2006 à 2020. Nous avons présenté les statistiques de consommation du tramadol, de l'oxycodone, du tilidine, du fentanyl et du pirtramide en Belgique entre 2006 et 2020. Nous avons ensuite expliqué les lignes directrices du plan d'action opioïdes 2021-2024.

¹² Voir *Rapport annuel SECM. Activités 2019*, p. 46-47.

II. DEMANDE D'ADAPTATION DE LA NOMENCLATURE

Le SECM siège avec voix consultative dans plusieurs conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail. Il a pour mission d'y proposer des adaptations de la nomenclature et d'autres textes réglementaires. Il fait usage de sa représentation pour contribuer à une information correcte des partenaires de l'assurance, ainsi qu'élaborer des dispositions légales claires et applicables par tous.

1. Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé

Dans le cadre de la réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé, le médecin coordinateur de l'INAMI (Service des soins de santé) a demandé que les travaux d'analyse réalisés par l'équipe mixte INAMI-GEDIS¹³ en vue de la standardisation des libellés des actes techniques médico-chirurgicaux puissent bénéficier d'avis complémentaires provenant du SECM. En effet, nos inspecteurs possèdent une certaine expérience en matière de règles d'application de la nomenclature.

Le SECM

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

En outre, le SECM aide de la même façon l'équipe de consultants externes chargés de la réforme structurelle de la nomenclature d'anatomo-pathologie (article 32) et de biologie clinique.

2. Groupe de travail Médecine interne du Conseil technique médical : modification de l'article 34 relatif aux prestations interventionnelles

Une analyse du SECM réalisée en 2019 a fait apparaître qu'un grand nombre de prestations interventionnelles de cardiologie sont cumulées avec d'autres prestations de la nomenclature qui font souvent partie de la procédure réalisée et qui sont déjà couvertes par celle-ci. Par ailleurs, on observe une variabilité importante d'un centre hospitalier à l'autre à travers la Belgique.

Les principaux cumuls portent sur les prestations suivantes, reprises à l'article 34 :

- ✦ les prestations relatives aux interventions coronaires percutanées ;
- ✦ les prestations relatives aux procédures électrophysiologiques ;
- ✦ les prestations relatives à la fermeture des communications auriculaires.

Nous avons conclu de notre analyse qu'une adaptation de la nomenclature est souhaitable afin, d'une part, de réaliser des économies effectives et, d'autre part, d'éviter des facturations non conformes.

Par analogie avec la nouvelle nomenclature TAVI¹⁴, le SECM a proposé au groupe de travail Médecine interne de limiter les cumuls et de travailler autant que possible avec des formules « all in ». Cette formule permet une économie par rapport au financement à l'unité de chaque prestation incluse dans la prestation principale, et permet un lissage des variations de facturation entre les hôpitaux.

¹³ GEDIS asbl – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé.

¹⁴ TAVI : *Transcatheter Aortic Valve Implantation* – implantation d'une valve aortique.

Après concertation avec des experts du domaine, des modifications de la nomenclature ont été proposées, parmi lesquelles :

- ✦ la création d'une prestation pour la coronarographie immédiatement suivie d'une intervention coronaire percutanée ;
- ✦ la réduction de 10 % des honoraires de celle-ci ;
- ✦ l'interdiction de cumul entre la fermeture des communications auriculaires et la coronarographie ;
- ✦ l'interdiction de cumul de toutes les prestations médicales, tous les contrôles et toutes les prestations d'imagerie médicale avec les procédures électrophysiologiques, car elles y sont déjà incluses.

Cette proposition devrait entraîner une économie de 5,136 millions d'EUR (3,122 millions d'EUR au sein des honoraires médicaux et 2,014 millions d'EUR au sein des soins à basse variabilité).

3. Commission de conventions des audiciens : adaptation de la nomenclature concernant les tests auditifs à domicile

Afin de lutter contre des pratiques malhonnêtes sur le terrain, les membres de la Commission de conventions des audiciens ont souhaité limiter les tests auditifs à domicile. Par ailleurs, ils ont également remarqué que la qualité des tests est moindre lorsqu'ils sont réalisés à domicile. Le SECM a proposé d'autoriser ces tests uniquement pour des raisons médicales motivées.

Cette proposition a été acceptée, et l'article 31 de la nomenclature a été modifié comme suit en juillet 2021, avec une entrée en vigueur en octobre 2021 :

« Pour les bénéficiaires qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons médicales, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie autorise via la prescription que les tests se déroulent exceptionnellement à domicile (domicile de remplacement, résidence temporaire ou définitive). Le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie doit indiquer la raison médicale sur la prescription et la motiver de manière détaillée dans le dossier médical qu'il conserve. Cette motivation peut être demandée par le médecin-conseil et/ou le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. »

4. Conseil fédéral des professions paramédicales : prise en compte des normes de qualité pour l'agrément des ateliers orthopédiques en tant que lieux de stage

En décembre 2020, le Conseil fédéral des professions paramédicales et la Commission technique des professions paramédicales ont rédigé conjointement un avis concernant la formation de technologue orthopédique mettant en place une 4^e année de stage professionnel post-diplomation.

Une procédure pour les stages avec encadrement des maîtres de stage et feed-back des stagiaires est mise en place avec définition de critères pour l'accréditation du maître de stage, de l'entreprise et précision du contenu du stage.

Le SECM a proposé en février 2021 de prendre en compte les normes du Règlement du 27.09.2004, auxquelles doivent répondre actuellement l'atelier des orthopédistes agréés pour la formation pratique. L'absence de ces normes serait préjudiciable à la qualité du matériel sur mesure et à la formation du futur technologue orthopédique. Par ailleurs, il est également important que ces normes soient contrôlées et apparaissent parmi les critères d'agrément des entreprises accréditées pour les stages.

Cette proposition a été retenue et incluse dans l'addendum à la proposition conjointe du Conseil fédéral des professions paramédicales et de la Commission technique des professions paramédicales, en vue de l'adaptation de la loi sur la qualité.

III. CONTRÔLER ET RÉCUPÉRER

Les chiffres de nos actions de contrôle en 2021 ci-dessous sont basés sur les données disponibles au 31.05.2022. Par conséquent, si nous présentons des évolutions et/ou des comparaisons par rapport aux chiffres d'années précédentes, il se peut que ceux-ci diffèrent légèrement des chiffres des rapports annuels précédents. Les chiffres peuvent évoluer parce que de nouveaux faits se sont entretemps produits, tels que des remboursements volontaires supplémentaires, ou en raison de notre nouvel outil de visualisation des données.

1. Actions de contrôle nationales

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

Vous trouverez ci-dessous le résumé de l'action de contrôle nationale menée en 2021.

Attestation de walker boots selon la nomenclature par les dispensateurs orthopédistes

Origine et objectif

Suite à 2 actions de contrôle individuelles fructueuses sur l'attestation de walker boots selon la nomenclature, nous avons décidé d'étendre cette action au niveau national au top 16 des dispensateurs orthopédistes pour la prestation 697071-697082 (« traitement avec une orthèse d'une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille. L'orthèse consiste en un segment-pied, un segment-jambe et une semelle de marche ») en 2017. Les 16 dispensateurs de soins attestent ensemble 27 % du nombre total de prestations 697071-697082 en 2017 et au 1^{er} semestre 2018 (18 mois).

L'objectif de cette action de contrôle est de vérifier si le diagnostic figurant sur la prescription est une indication qui permet le remboursement par l'assurance soins de santé. Le remboursement de la prestation 697071-697082 n'est légalement autorisé que pour les indications mentionnées dans la nomenclature :

- ✦ une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe
- ✦ ou la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille.

Méthode

Nous avons demandé les données d'attestation par dispensateur orthopédiste à tous les O.A. pour la période du 01.01.2017 au 06.11.2018 (date de prestation), soit 22 mois.

Sur la base de ces données, nous avons demandé aux O.A. toutes les prescriptions et attestations de soins donnés des prestations 697071-697082 pour cette même période et pour chacun des 16 principaux dispensateurs de soins.

Nous avons vérifié les prescriptions et les attestations par rapport à la conformité de l'indication telle qu'elle figure dans la nomenclature.

Résultats et suivi

Nous avons contrôlé l'indication de 4.516 prescriptions.

Nous avons retenu un total de 638 prestations pour 16 dispensateurs de soins dont l'indication ne répondait pas aux conditions de la nomenclature.

Nous avons appliqué la règle de la différence pour le numéro 646995 (« Chevillière, dure, avec ou sans charnières T 105.45 »). Les prestations qui n'ont pas été attestées conformément au numéro de nomenclature 697071 peuvent être attestées avec le numéro 646995. Si la règle de la différence est appliquée, le dispensateur de soins doit rembourser la différence entre les deux numéros de nomenclature. Le montant remboursé pour le numéro 646995 est inférieur de 528 euros par rapport au numéro 697071. Cela représente un grief de 528 euros par infraction.

Pour 3 dispensateurs de soins, 8 prestations n'ont pas été attestées de manière conforme, pour un montant de 4.226,24 EUR par dispensateur de soins. Ces 3 dispensateurs de soins ont reçu une lettre d'avertissement, car l'indu pour chacun d'entre eux était inférieur à 5.000 EUR.

Nous avons porté à charge un montant de 311.636,22 EUR pour 614 prestations de 13 dispensateurs de soins.

10 dispensateurs de soins ont accepté un remboursement volontaire pour un montant total de 247.243,72 EUR.

3 dispensateurs de soins n'ont pas effectué de remboursement volontaire (64.392,50 EUR). Une procédure est lancée pour ces dossiers.

2. Actions de contrôle individuelles

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

En 2021, nous avons constaté 670.145 infractions à la législation en vigueur et avons établi 208 procès-verbaux de constat (PVC).

a) Par type de décision

Le médecin-inspecteur général de la direction Contrôle décide quelle suite sera donnée à une action de contrôle individuelle. Le tableau 4 présente les décisions prises par le médecin-inspecteur général dans les actions de contrôle individuelles clôturées en 2021.

Tableau 4. Actions de contrôle clôturées en 2021, par décision

Décision du médecin-inspecteur général	Nombre d'actions	%	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
Négatif	61	15	0,00	0,00
Information	35	9	0,00	0,00
Avertissement	46	11	0,00	0,00
Constat sans procédure administrative	132	33	6 255 625,46	6 130 434,25
Constat avec procédure administrative	51	13	4 631 741,92	619 697,02
Sans suite SECM	62	15	278 699,61	97 887,47
Annulé pour des raisons opérationnelles	18	4	0,00	0,00
Total	405	100	11 166 066,99	6 848 018,74

Explication du tableau 4

- ✦ *Négatif* : cas pour lesquels l'action de contrôle a montré que les présomptions d'erreur ou de fraude étaient infondées. La raison pour laquelle un signalement est « négatif » est explicitement motivée dans la décision.
- ✦ *Information* : actions de contrôle que nous clôturons
 - ✧ sans avoir constaté d'infraction et
 - ✧ en informant la personne concernée de la réglementation applicable.
- ✦ *Avertissement* : actions de contrôle clôturées pour lesquelles nous incitons le dispensateur de soins à respecter dorénavant la réglementation. Si le dispensateur de soins a commis une infraction, nous lui demandons parfois aussi de régulariser la situation en remboursant directement à l'O.A. le montant indûment attesté. Dans l'avertissement, il est systématiquement fait référence à la nomenclature ou à la réglementation applicable.
- ✦ *Constat sans procédure administrative* : actions de contrôle pour lesquelles nous ne lançons pas de procédure auprès du Fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives parce que le dispensateur de soins/l'institution de soins :
 - ✧ a commis une infraction peu importante et a volontairement remboursé la totalité du montant porté à grief. Dans ce cas, nous envoyons un message au dispensateur de soins/à l'institution de soins. Nous lui confirmons le remboursement volontaire après le PVC et l'informons que ses attestations pourraient faire l'objet d'un suivi à l'avenir.
 - ✧ suit un plan d'apurement pour le remboursement du montant porté à grief.
- ✦ *Constat avec procédure administrative* : actions de contrôle pour lesquelles le dispensateur de soins n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief et actions de contrôle pour lesquelles des infractions importantes ont été constatées. Celles-ci peuvent être traitées de différentes manières. Nous lançons aussi une procédure contre les dispensateurs de soins ayant remboursé la totalité du montant, mais qui ont commis les infractions délibérément. Nous pouvons lancer une procédure :
 - ✧ devant le Fonctionnaire dirigeant,
 - ✧ devant la Chambre de première instance.
- ✦ *Sans suite SECM* : actions de contrôle auxquelles le SECM ne donne pas de suite. La suite est donnée par une autre instance, par exemple par :
 - ✧ le Service du contrôle administratif,
 - ✧ l'auditeur du travail,
 - ✧ le parquet du procureur du Roi,
 - ✧ l'Ordre des médecins,
 - ✧ l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé,
 - ✧ etc.
- ✦ *Annulé pour des raisons opérationnelles* : actions de contrôle auxquelles il est mis fin en raison d'autres priorités.

b) Par groupe professionnel

258 actions de contrôle individuelles portaient sur des dispensateurs de soins. L'illustration 6 présente le nombre d'actions de contrôle individuelles clôturées par groupe professionnel.

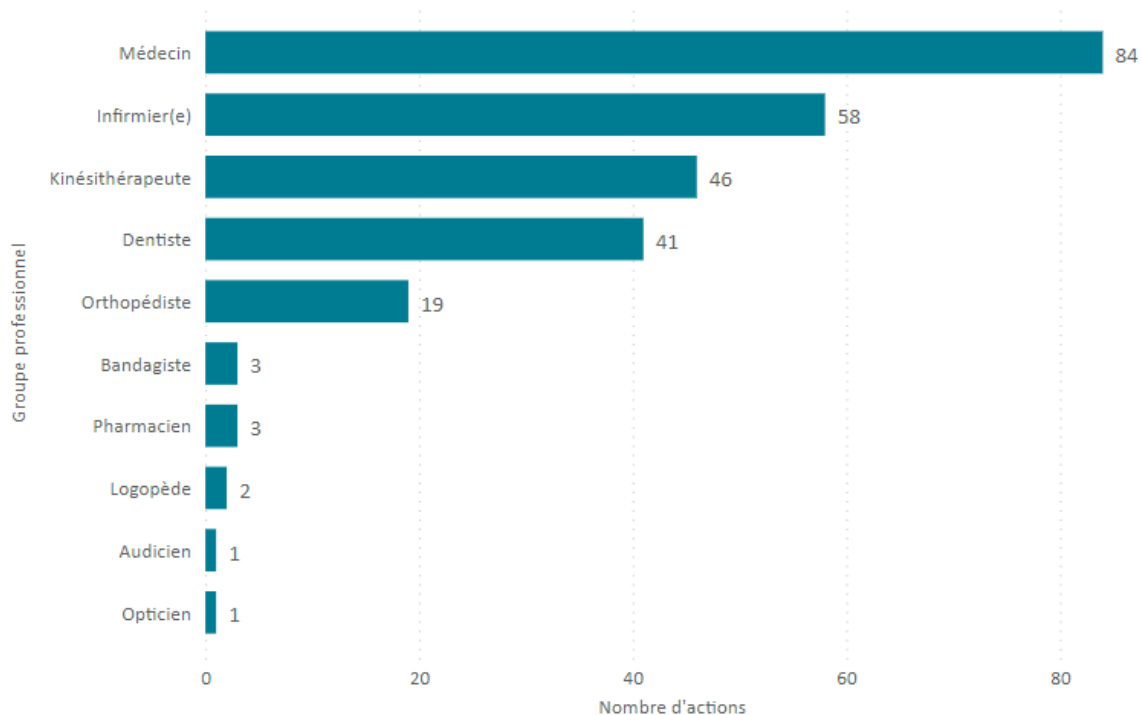


Illustration 6. Nombre d'actions de contrôle avec 1re décision du médecin-inspecteur général en 2021, par groupe professionnel

105 actions de contrôle individuelles portaient sur des institutions de soins (dont 83 hôpitaux généraux). 42 actions de contrôle portaient sur des assurés.

c) Évolution 2016-2021

En 2021, nous avons clôturé 405 actions de contrôle. Le nombre d'actions de contrôle clôturées a légèrement diminué, mais le montant porté à grief est resté plus ou moins identique. Une explication possible est que nous avons analysé des dossiers de fraude plus lourds qui demandent plus de temps.

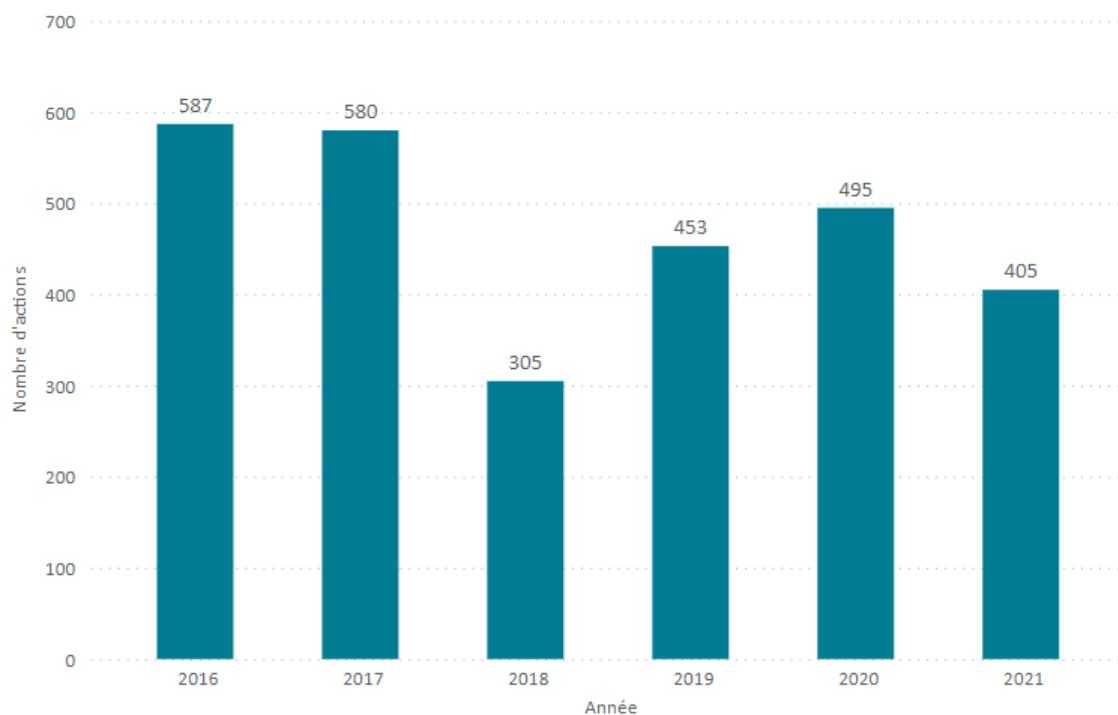


Illustration 7. Évolution du nombre d'actions de contrôle clôturées

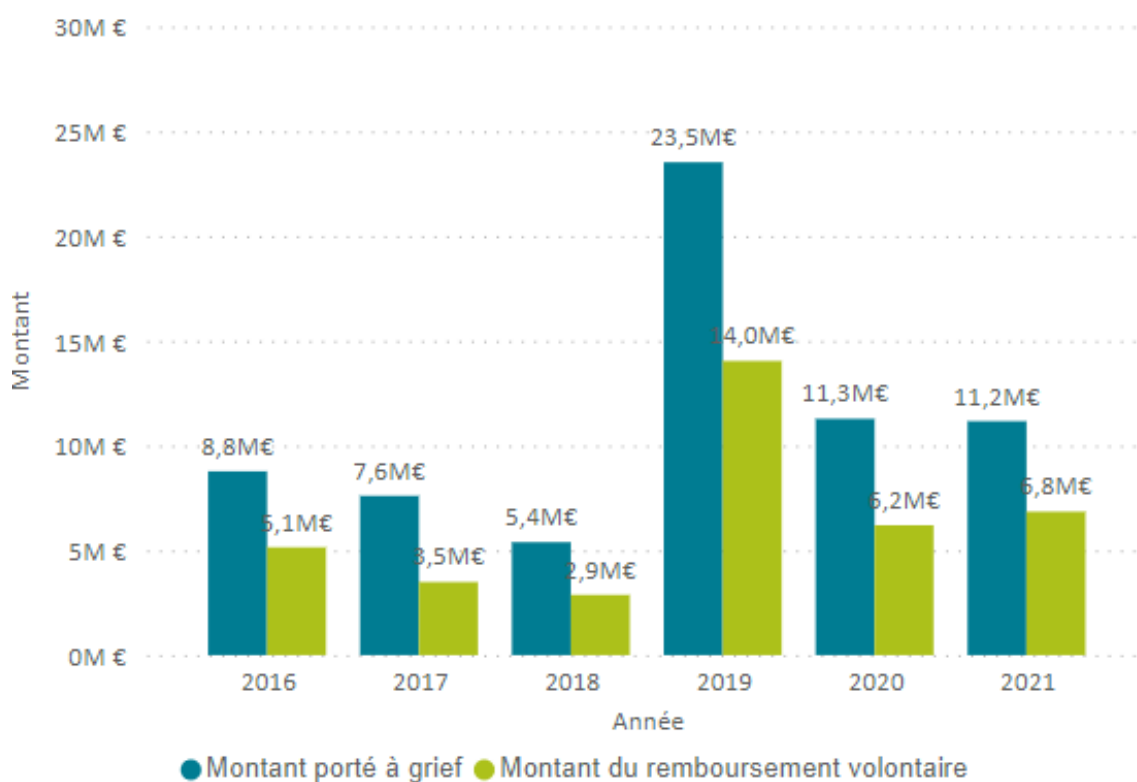


Illustration 8. Évolution des montants portés à grief et des remboursements volontaires

En 2021, nous avons porté à grief un montant total de 11.166.066,99 EUR, dont un montant total de 6.848.018,74 EUR a été remboursé volontairement.

d) Suivi des procédures administratives

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

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

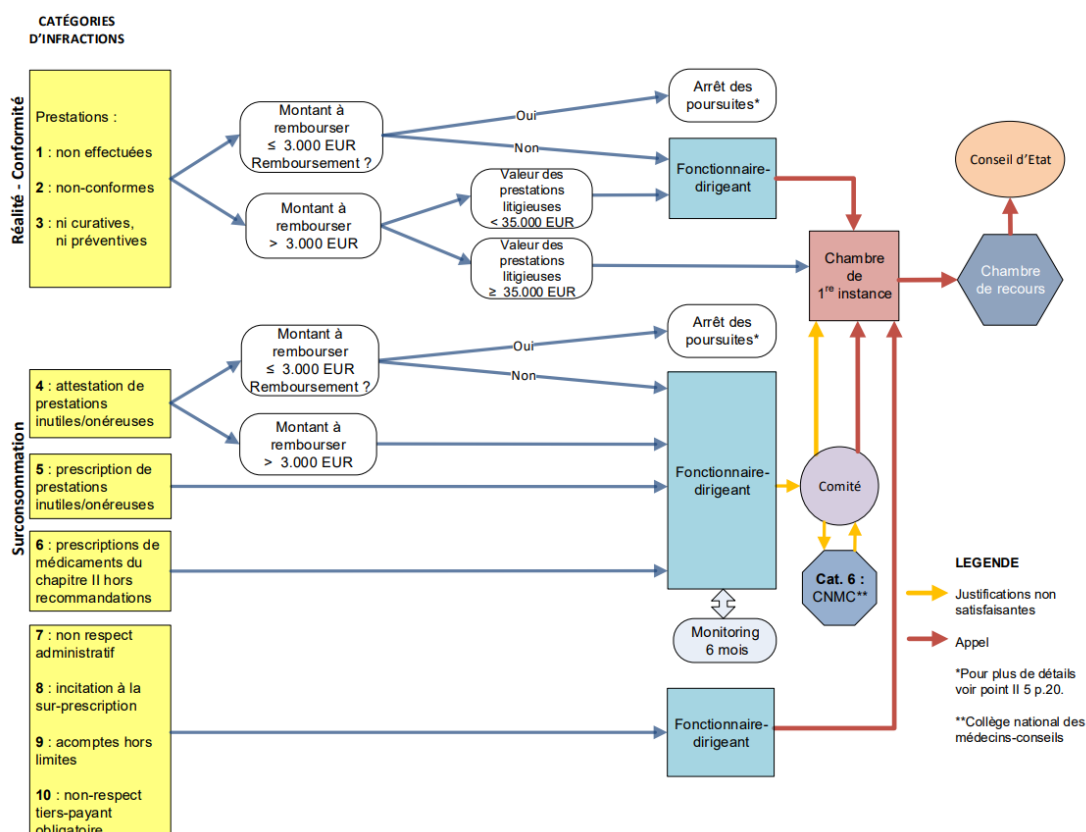


Illustration 9. Procédure suivie en fonction du type d'infraction, du montant porté à grief et de la valeur des prestations litigieuses

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

Si le montant porté à grief est inférieur ou égal à 3.000 EUR et qu'il a été intégralement remboursé dans les deux mois suivant le jour de la notification du PVC, les poursuites administratives sont éteintes, et le dossier est clôturé.

Les tableaux ci-dessous présentent les décisions devenues définitives en 2021 et les données s'y rapportant, par type d'intéressé. Nous considérons une décision comme « définitive » lorsqu'elle n'est plus susceptible de recours.

Le SECM tend à récupérer les montants à payer via plusieurs canaux tels que l'article 206bis de la loi SSI des plans d'apurement, le recouvrement non fiscal, etc.

Tableau 5. Décisions du FD devenues définitives en 2021, par type d'intéressé

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ¹⁵ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ¹⁶ (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ¹⁷ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
Médecin	1	5.706,64	5.706,64	5.706,64	1.426,67	0,00	7.133,31	7.133,31	0,00
Dentiste	1	10.858,41	0,00	10.858,41	2.714,60	0,00	13.573,01	13.573,01	0,00
(Groupement) Infirmier	9	124.891,15	59.866,50	124.890,79	33.858,46	44.955,94	158.749,25	130.131,31	28.617,94
Kinésithérapeute	2	51.673,05	37.213,30	51.673,05	22.221,59	18.606,67	73.894,64	55.820,01	18.074,63
Orthopédiste	1	18.112,46	0,00	18.112,46	4.528,11	0,00	22.640,57	22.640,57	0,00
TOTAL	14	211.241,71	102.786,44	211.241,35	64.749,43	63.562,61	275.990,78	229.298,21	46.692,57

¹⁵ Les remboursements imposés incluent les montants remboursés volontairement avant la décision.

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

¹⁷ Les remboursements effectués comprennent tant les montants remboursés volontairement avant la procédure que les montants remboursés après la décision.

Tableau 6. Décisions de la CPI devenues définitives en 2021, par type d'intéressé

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ¹⁸ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ¹⁹ (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ²⁰ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
(Groupement) Infirmier	10	1.113.308,01	45.157,00	1.113.308,01	750.415,09	292.270,29	1.863.723,10	436.450,42	1.298.102,27
Kinésithérapeute	1	61.143,60	0,00	61.143,60	61.143,60	0,00	122.287,20	0,00	122.287,20
TOTAL	11	1.174.451,61	45.157,00	1.174.451,61	811.558,69	292.270,29	1.986.010,30	436.450,42	1.549.559,88

¹⁸ Les remboursements imposés incluent les montants remboursés volontairement avant la décision.

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

²⁰ Les remboursements effectués comprennent tant les montants remboursés volontairement avant la procédure que les montants remboursés après la décision.

Tableau 7. Décisions de la CPI (en tant que juridiction d'appel) devenues définitives en 2021, par type d'intéressé

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ²¹ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ²² (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ²³ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
Dentiste	3	293.151,24	298.316,99	269.846,62	1.712,93	3.814,79	271.559,55	318.168,79	-46.609,24
(Groupement) Infirmier	6	182.023,10	56.012,92	178.542,35	46.107,52	57.983,59	224.649,87	106.942,27	117.707,60
Kinésithérapeute	1	16.981,65	16.981,56	16.981,65	4.245,41	4.245,41	21.227,06	21.226,97	0,09
TOTAL	10	492.155,99	371.311,47	465.370,62	52.065,86	66.043,79	517.436,48	446.338,03	71.098,45

Le solde restant dû négatif pour le groupe des dentistes s'explique par un remboursement volontaire supérieur au montant total à payer.

²¹ Les remboursements imposés incluent les montants remboursés volontairement avant la décision.

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

²³ Les remboursements effectués comprennent tant les montants remboursés volontairement avant la procédure que les montants remboursés après la décision.

Tableau 8. Décisions de la CR devenues définitives en 2021, par type d'intéressé

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire avant la décision (EUR)	Remboursement imposé ²⁴ (EUR)	Amende effective (EUR)	Amende avec sursis ²⁵ (EUR)	Montant total à payer (EUR)	Montant payé ²⁶ (EUR)	Solde restant dû (EUR)
				1	2	3	1+2		
Médecin	11	594.149,81	56.965,89	71.450,55	4.909,24	4.909,24	76.359,79	76.359,77	0,02
(Groupement) Infirmier	1	85.960,90	645,03	85.960,90	5.488,42	42.362,45	91.449,32	91.449,32	0,00
TOTAL	12	680.110,71	57.610,92	157.411,45	10.397,66	47.271,69	167.809,11	167.809,09	0,02

La différence entre le montant porté à grief et le remboursement imposé pour le groupe des médecins s'explique par le fait qu'un type de grief, portant sur un montant important, n'a pas été considéré comme établi par la juridiction compétente.

²⁴ Les remboursements imposés incluent les montants remboursés volontairement avant la décision.

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

²⁶ Les remboursements effectués comprennent tant les montants remboursés volontairement avant la procédure que les montants remboursés après la décision.

3. Lutte contre la fraude

Cette partie décrit brièvement les principales activités de notre Service en 2021 dans le cadre de la lutte contre la fraude dans le secteur des soins de santé. Nous travaillons avec d'autres services de l'INAMI, avec les O.A. et avec le Collège intermutualiste national pour les actions de contrôle concrètes en matière de fraude et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude.

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

a) Définition de la fraude

Le 19.04.2017, la Commission anti-fraude de l'INAMI a élaboré des directives concernant la définition de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies de la loi SSI²⁷. La directive précise la notion de « fraude » :

- ✦ la fraude implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers et cela au détriment de l'assurance obligatoire 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.

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

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.

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

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

Tableau 9. Waste typology matrix pour fraude et corruption (EHFCN)

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

²⁷ Directives du 19.04.2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. 15.09.2017.

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

b) Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2021

Des 405 actions de contrôle clôturées, 43 portent sur des dossiers de fraude pour un montant total porté à grief de 3.115.907,78 EUR. 74,68 % du montant total porté à grief pour les actions de contrôle en matière de fraude en 2021 concerne principalement des montants portés à grief pour des prestations non effectuées. Nous n'avons classé aucune action de contrôle dans la catégorie « corruption » ou « surconsommation ».

Tableau 10. Action de contrôle en matière de fraude clôturées en 2021, par type de fraude

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
F1 – non conforme	8	788.925,42	11.878,51
F2 – non effectué	35	2.326.982,36	429.001,18
Total	43	3.115.907,78	440.879,69

Les actions de contrôle en matière de fraude représentent 10,62 % des actions de contrôle clôturées, 27,91 % du montant porté à grief et 6,44 % du montant remboursé volontairement.

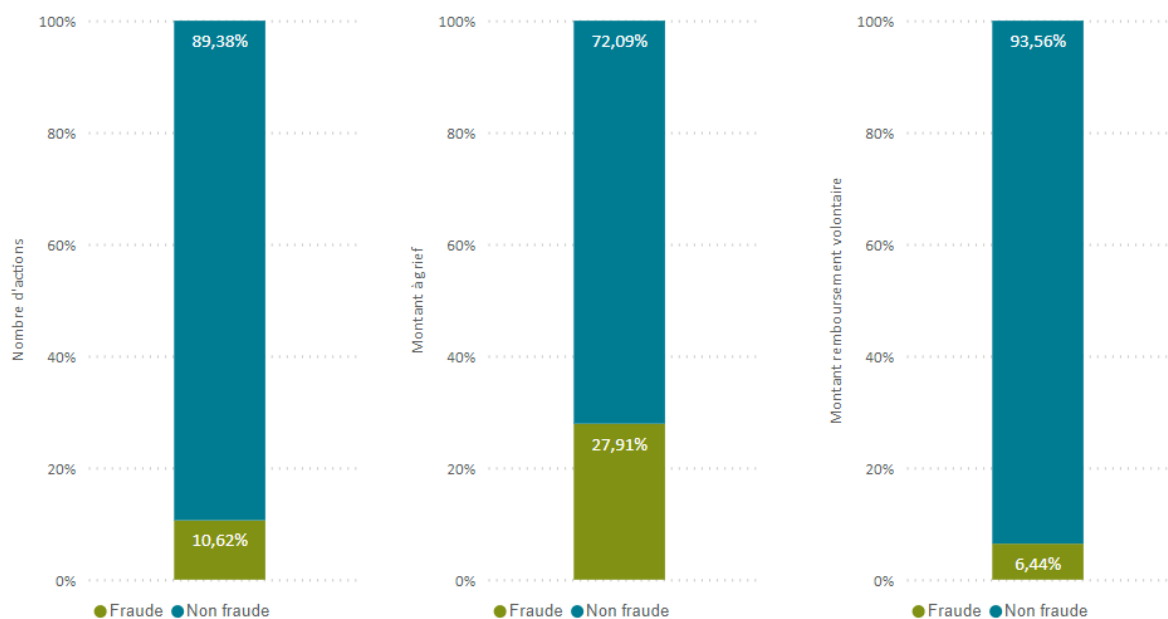


Illustration 10. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées en 2021

Les illustrations ci-dessous indiquent que le nombre total d'actions de contrôle clôturées et le nombre d'actions de contrôle en matière de fraude ont diminué par rapport à 2020. Malgré la diminution du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude, le montant total porté à grief reste à peu près le même qu'en 2020.

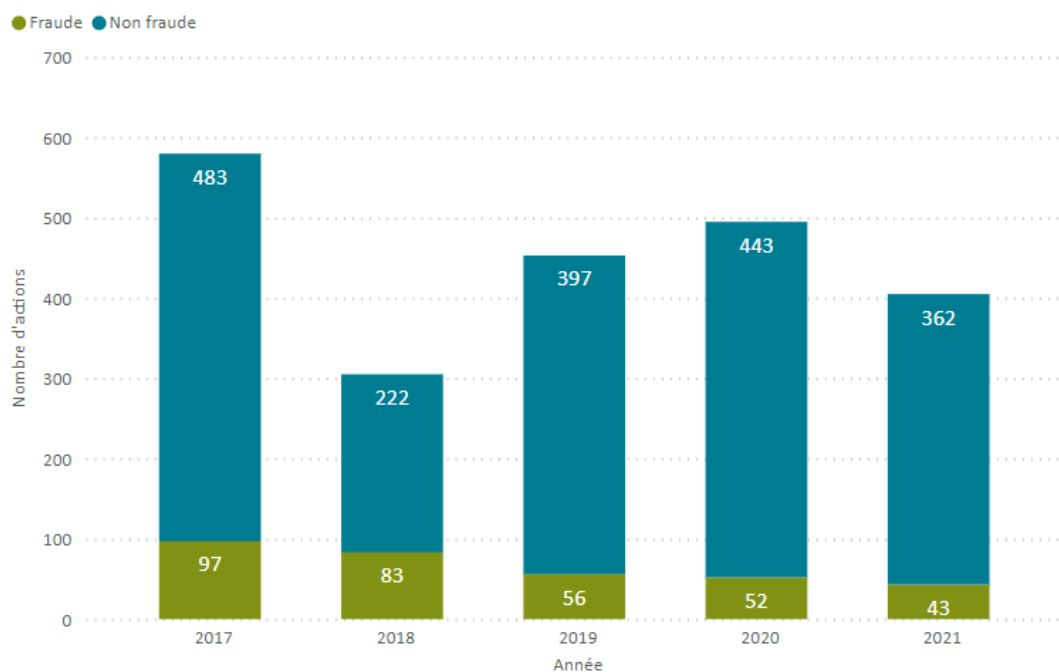


Illustration 11. Évolution du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées, 2017-2021

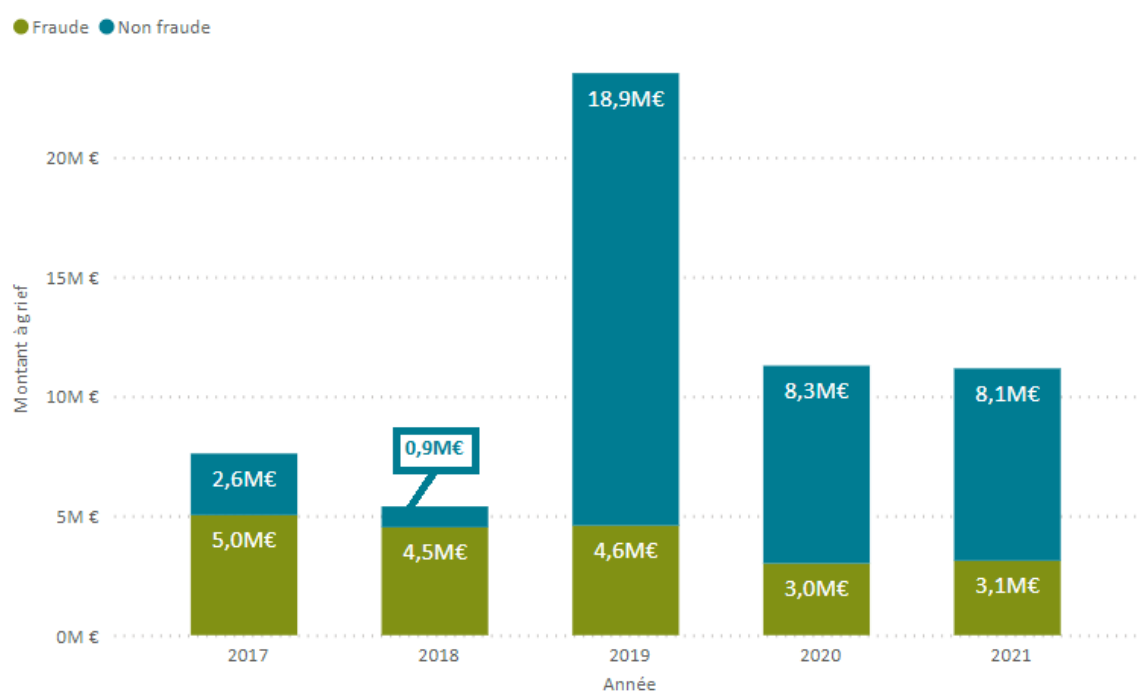


Illustration 12. Évolution du montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées, 2017-2021

c) Qui fraude ?

La majorité de nos actions de contrôle en matière de fraude en 2021 concerne des dispensateurs de soins (23 actions, soit 53,49 %), pour un montant porté à grief de 1.607.282,79 EUR (soit 51,58 % du montant total). 7 actions concernaient des institutions de soins pour un montant porté à grief de 1.503.743,20 EUR (soit 48,26 % du montant total). Le nombre d'actions concernant des assurés est légèrement plus élevé (12), mais le montant porté à grief est largement inférieur (601,36 EUR). Enfin, une action concerne une organisation d'infirmiers sans numéro INAMI.

Tableau 11. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2021, par type de fraude et par type d'intéressé

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
F1 – non conforme	8	788.925,42	11.878,51
Dispensateur de soins	4	70.493,87	11.378,51
Institution de soins	3	718.431,55	500,00
Assuré	1	0,00	0,00
F2 – non effectué	35	2.326.982,36	429.001,18
Dispensateur de soins	19	1.536.788,92	355.989,89
Institution de soins	4	785.311,65	73.011,29
Assuré	11	601,36	0,00
Organisation sans numéro INAMI	1	4.280,43	0,00
Total	43	3.115.907,78	440.879,69

Comme le montre la figure ci-dessous, les actions de contrôle en matière de fraude en 2021 concernent majoritairement les médecins et infirmiers (respectivement 47,83 % et 39,13 % des actions relatives à des dispensateurs de soins). Ces dispensateurs sont néanmoins minoritaires au sein de leur groupe professionnel : ces 11 médecins et 9 infirmiers représentent moins de 0,1 % de l'ensemble des médecins et infirmiers actifs en Belgique.

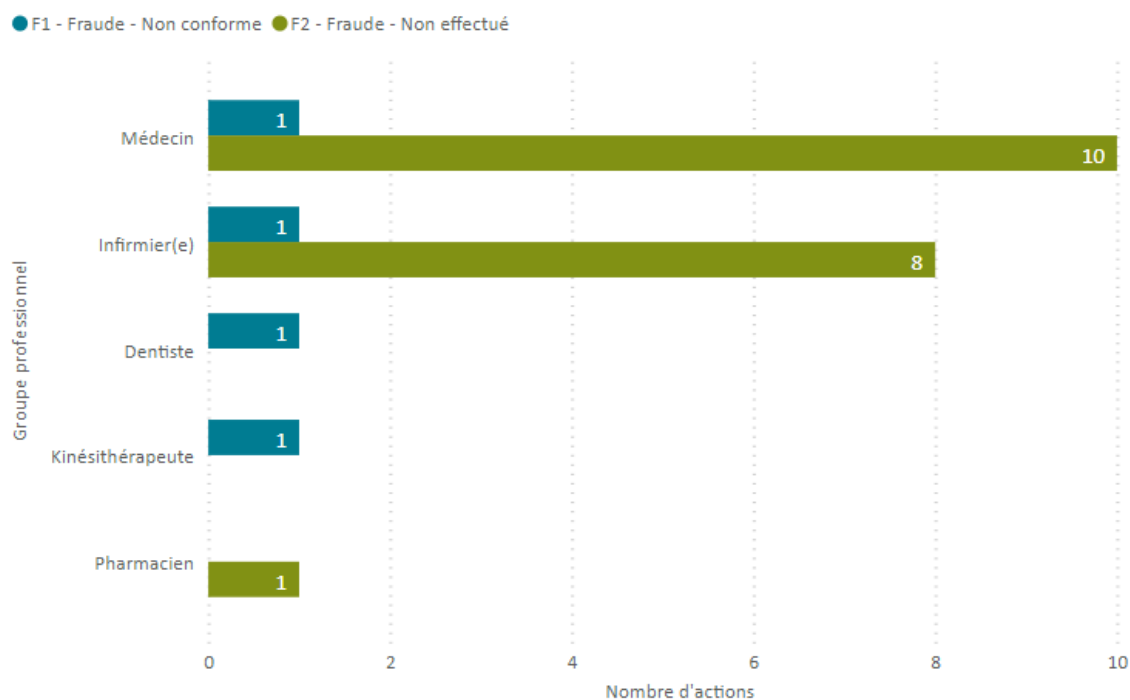


Illustration 13. Nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2021, par groupe professionnel et par type de fraude

Le montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude s'élevé à 802.829,22 EUR pour les médecins (soit 49,95 % du montant total des actions relatives à des dispensateurs) et à 677.447,62 EUR pour les infirmiers (soit 42,15 %).

Tableau 12. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2021, par type de fraude et par groupe professionnel de dispensateurs de soins

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
F1 – non conforme	4	70.493,87	11.378,51 EUR
Médecin	1	11.378,51	11.378,51
Infirmier	1	29.996,88	0,00
Kinésithérapeute	1	29.118,48	0,00
Dentiste	1	0,00	0,00
F2 – non effectué	19	1.536.788,92	355.989,89
Médecin	10	791.450,71	247.740,91
Infirmier	8	647.450,74	10.361,51
Pharmacien	1	97.887,47	97.887,47
Total	23	1.607.282,79	367.368,40

6 groupements infirmiers sont concernés par des actions de contrôle en matière de fraude, pour un montant total porté à grief de 1.479.207,45 EUR, soit 98,37 % du montant total des actions relatives à des institutions de soins. Il faut là aussi considérer que ces groupements sont minoritaires dans l'ensemble des groupements infirmiers actifs en Belgique, mais facturent indûment des montants très élevés à l'assurance soins de santé, au détriment de la durabilité de celle-ci.

Tableau 13. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2021, par type de fraude et par groupe professionnel de dispensateurs de soins

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (EUR)	Remboursement volontaire (EUR)
F1 – non conforme	3	718.431,55	500,00
Groupement infirmier	3	718.431,55	500,00
F2 – non effectué	4	785.311,65	73.011,29
Groupement infirmier	3	760.775,90	73.011,29
Pharmacie publique	1	24.535,75	0,00
Total	7	1.503.743,20	73.511,29

d) Suivi proactif des fraudeurs : impact

Nous suivons proactivement les fraudeurs identifiés (dispensateurs de soins) via les attestations annuelles de prestations.

Nous comparons le montant total de prestations attestées de l'année après un constat avec le montant total de prestations attestées avant le constat. Si ce montant n'a pas diminué, cela peut indiquer que le dispensateur de soins n'a pas modifié son comportement et qu'il continue à frauder.

Nous avons ajouté les données de 2021 et disposons des données de 249 dispensateurs de soins fraudeurs. Les chiffres reflètent la facturation cumulative des fraudeurs, où le constat le plus ancien remonte à 2013. Nous constatons que leur facturation globale baisse de 15.857.938,03 EUR l'année après le constat par rapport à l'année avant le constat.

L'année du constat, nous observons également une baisse de 9.358.730,01 EUR (par un constat en début d'année et un impact financier par des auditions antérieures).

Tableau 14. Impact financier des actions de contrôle sur le groupe de fraudeurs

Nombre fraudeurs	Facturation annuelle à l'INAMI (EUR)								
	1 an avant le constat	l'année du constat	1 an après le constat	2 ans après le constat	3 ans après le constat	4 ans après le constat	5 ans après le constat	6 ans après le constat	7 ans après le constat
249	67.308.301,30	55.717.347,86							
224	59.692.255,08	50.333.525,07	43.834.317,05						
213	56.748.535,90	48.206.240,31	41.943.410,02	38.455.220,30					
180	43.830.883,80	37.396.101,52	31.159.642,01	29.009.163,39	26.957.156,93				
136	34.718.786,46	29.961.792,92	24.699.771,83	22.739.392,21	20.398.730,60	18.243.856,80			
85	22.561.136,96	19.482.939,40	16.721.699,25	15.295.175,77	14.014.744,60	12.514.794,36	11.470.674,13		
38	8.589.562,17	7.734.512,73	6.698.718,15	6.085.074,56	5.401.527,45	5.365.740,70	4.922.548,37	5.153.895,89	
1	493.123,78	303.979,50	356.725,64	231.229,81	256.348,81	294.677,77	223.878,76	227.442,46	202.866,53

Sur les 249 fraudeurs identifiés, 213 ont déjà fait l'objet d'un suivi de leur comportement de facturation 2 ans après le constat et 180, 3 ans après le constat. Pour 85 fraudeurs, nous avons même un suivi jusqu'à 5 ans après le constat. Sur la base des données de facturation, nous pouvons supposer que l'impact financier sur le groupe des fraudeurs dure plusieurs années. Étant donné que le nombre de fraudeurs pour lequel nous disposons des données jusqu'à 5 ans après le constat est encore relativement faible, nous ne tirons pas de conclusions définitives de cet aperçu.

e) Suspension du paiement via le régime du 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, s'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins.

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

En 2021, le FD du SECM a suspendu temporairement le paiement de 7 numéros de tiers payant concernant 5 fraudeurs. Ce groupe de dispensateurs de soins facture principalement via le régime du tiers payant.

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

Tableau 15. Suspensions du paiement via le régime du tiers payant (art. 77sexies) en 2021

Suspension	Date de début	Date de fin	Type d'intéressé	Responsable présumé*
1	27.01.2021	26.01.2022	Infirmier à domicile	A
2	05.03.2021	04.03.2022	Logopède	B
3	18.06.2021	17.06.2022	Groupement infirmier à domicile	C
4	18.06.2021	17.06.2022	Infirmier à domicile	C
5	19.07.2021	18.07.2022	Médecin spécialiste	D
6	30.07.2021	29.07.2022	Groupement infirmier à domicile	E
7	30.07.2021	29.07.2022	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.*

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

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

Voici les conclusions de ce suivi. L'infirmier à domicile A a un profil exceptionnellement élevé pour 2019 et 2020. La suspension a commencé en janvier 2021. Au premier trimestre de 2021, nous avons encore constaté des facturations pour cet infirmier à domicile étant donné que la suspension n'a commencé que fin janvier. Pour les 3 derniers trimestres de 2021, nous n'avons constaté aucune facturation pour l'infirmier à domicile A via les flux de données du régime du tiers payant électronique.

Pour les groupements infirmiers à domicile C et E, la suspension a commencé respectivement en juin et en juillet 2021. Étant donné la date de début de la suspension, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions des flux de données du régime du tiers payant électronique.

IV. ÉVALUER, SENSIBILISER ET CONTRÔLER

Au début, nos actions étaient soit explicitement préventives (par exemple, de la sensibilisation ou des changements de nomenclature), soit analytiques (par exemple, des études d'évaluation), soit orientées vers la récupération dans le cas des actions de contrôle.

Depuis quelques années, nous menons davantage d'actions qui combinent les trois stratégies, parfois de manière successive, parfois de manière simultanée. Les deux actions nationales ci-dessous en sont des exemples marquants.

1. Cholangiopancréaticoscopie

a) Origine et objectif

Le 01.11.2016, une nouvelle nomenclature a été introduite dans l'article 20 (médecine interne). À partir de ce moment-là, les gastro-entérologues pouvaient attester un examen endoscopique des voies biliaires et pancréatiques avec le nouveau code de nomenclature 474736-474740 et le forfait matériel élevé y afférent via les pseudocodes 173972-173983, à condition d'introduire dans les voies biliaires et pancréatiques un cholangioscope spécialement développé à cet effet.

Fin juin 2018, l'actuariat constatait un dépassement prononcé du budget prévu à cette fin de plus de 2 millions d'euros sur une base annuelle. Une analyse exploratoire du SECM a démontré que de nombreux gastro-entérologues, en raison d'une mauvaise interprétation de la nouvelle nomenclature, ont attesté les codes de manière indue pour des examens utilisant un endoscope ordinaire introduit jusqu'aux voies biliaires et pancréatiques mais non à l'intérieur de celles-ci.

Ce projet national avait plusieurs objectifs :

- ✦ parvenir à une règle interprétative pour expliquer l'utilisation correcte de la nouvelle nomenclature ;
- ✦ dans l'attente de la publication de cette règle interprétative, informer les dispensateurs de soins sur l'utilisation correcte de la nouvelle nomenclature au moyen d'une lettre de sensibilisation et leur proposer une régularisation spontanée ;
- ✦ mesurer l'impact de la lettre de sensibilisation et de la règle interprétative ;
- ✦ obtenir le remboursement de prestations indûment attestées.

b) Méthode

Dans un premier temps, nous avons réalisé une étude exploratoire afin d'identifier clairement le problème. Nous avons examiné les prestations 474736-474740 et les pseudocodes 173972-173983 attestés durant la période de prestation du 01.11.2016 au 31.03.2018 inclus (15 mois), ainsi que les documents de travail sur lesquels s'était appuyé le Conseil technique médical (CTM) pour créer la nouvelle nomenclature et calculer l'impact budgétaire. Nous avons demandé à la firme BOSTON – le seul distributeur en Belgique du cholangioscope nécessaire à l'examen en question – quels hôpitaux lui avaient acheté au moins un cholangioscope pendant la période étudiée.

Le 20.11.2018, nous avons proposé une règle interprétative au sein du groupe de travail Médecine interne du CTM.

L'élaboration d'une règle interprétative nécessitant en général un certain temps, nous avons envoyé à la même date une lettre de sensibilisation aux 46 hôpitaux qui avaient attesté la nouvelle prestation et/ou le forfait matériel. Nous y avons donné des informations sur l'application correcte de la nouvelle nomenclature et nous leur avons aussi demandé de procéder à une régularisation des prestations indûment facturées via les O.A.

Nous avons réalisé une analyse d'impact pour vérifier l'effet de la lettre de sensibilisation et de la règle interprétative. Nous avons à nouveau examiné les prestations 474736-474740 et les pseudocodes 173972-173983, mais à présent sur une période de 38 mois (période de prestation du 01.11.2016 au 31.12.2019 inclus).

Par la suite, nous avons récupéré un montant supplémentaire grâce un certain nombre d'actions de contrôle.

c) Résultats et actions

Régularisation après envoi de la lettre de sensibilisation

Entre la date de réception de la lettre de sensibilisation et la publication de la règle interprétative, les hôpitaux ont régularisé spontanément un montant de 1.624.583 EUR. En outre, tous les hôpitaux – à quelques exceptions près – ont cessé la facturation indue aussi bien des prestations que du forfait.

Publication de la règle interprétative

Après le groupe de travail Médecine interne, le CTM a également approuvé le 15.01.2019 la règle interprétative proposée. Dans cette règle interprétative, nous avons mis l'accent sur la nécessité d'un cholangioscope spécifique et son introduction jusqu'à l'intérieur des voies biliopancréatiques comme conditions pour pouvoir attester les codes 474736-474740. La règle interprétative a été publiée au Moniteur belge le 17.05.2019.

Mesure d'impact de la lettre de sensibilisation et de la règle interprétative

Les régularisations ont principalement eu lieu pendant la période entre la réception de la lettre de sensibilisation et la publication de la règle interprétative.

Tableau 16. Effet additionnel de la règle interprétative très limité par rapport à celui de la lettre de sensibilisation

	Régularisation avant le 18.05.2019 (après réception lettre mais avant publication règle interprétative)	Régularisation durant la période 18.05.2019 – 31.12.2019 (après publication règle interprétative)
474736-474740	1.874 prestations	339 prestations
	224.634 EUR	40.604 EUR
173972-173983	1.171 forfaits	139 forfaits
	1.399.949 EUR	166.469 EUR
TOTAL	1.624.583 EUR	207.073 EUR
	RÉGULARISATION SPONTANÉE TOTALE = 1.831.656 EUR	

Le coût total sur 38 mois (période de prestation du 01.11.2016 au 31.12.2019 inclus), même après régularisation spontanée, demeure toujours bien plus élevé que l'estimation initiale faite par le CTM lors de l'introduction de la nouvelle nomenclature. Plusieurs causes peuvent être retenues :

- ✦ le CTM a sous-estimé le nombre de procédures. Les médecins effectueront probablement au moins deux fois plus de procédures par an (> 200/an) ;
- ✦ tous les hôpitaux n'ont pas procédé à la régularisation ;
- ✦ un certain nombre d'hôpitaux continuent d'attester des prestations 474736-474740 (et dans la plupart des cas, le forfait matériel aussi) sans répondre aux conditions définies dans la règle interprétative.

d) Actions de contrôle

Type de grief 1

3 hôpitaux ont procédé, après réception de la lettre de sensibilisation, à la régularisation de la prestation médicale, mais n'ont pas remboursé le forfait matériel perçu. L'exécution de la prestation médicale étant une condition de remboursement pour pouvoir attester le forfait matériel, nous avons demandé un remboursement de tous les forfaits 173972-173983 pour lesquels les O.A. avaient reçu l'attestation dans les trois années précédant le constat.

Tableau 17. 3 hôpitaux (hôm.) ont régularisé spontanément les 474736-474740 et ont aussi remboursé volontairement les forfaits matériel indus après réception d'un PVC

Hôm.	Nombre de forfaits 173972-173983	Période de prestation	Période de réception O.A.	Montant indûment attesté = montant remboursé (EUR)
Hôm. 1	43	02.02.2017 – 18.10.2017	15.03.2018 – 31.12.2018	51.303,60
Hôm. 2	38	12.09.2017 - 23.10.2018	28.02.2018 – 28.11.2018	45.292,20
Hôm. 3	6	21.01.2019 – 20.03.2019	06.03.2019 – 04.06.2019	7.131,60
TOTAL				103.727,40

Type de grief 2

Un certain nombre d'hôpitaux n'ont pas régularisé et/ou ont continué à facturer tant la prestation médicale que le forfait matériel, alors qu'ils n'étaient pas en mesure de soumettre des preuves d'achat de cholangioscopes.

Étant donné que nous avons exclu les prestations et les forfaits attestés avant la réception de la lettre de sensibilisation afin d'éviter toute discussion sur la nomenclature qui, à l'époque, était peu claire, seuls 2 hôpitaux sont finalement entrés en ligne de compte pour un PVC, compte tenu d'un *cut-off* de 10.000 EUR comme montant minimum à rembourser et du délai de prescription. Tous ont remboursé de manière volontaire.

Tableau 18. 2 hôpitaux ont continué à attester des prestations et du matériel après réception de la lettre de sensibilisation, alors qu'ils ne disposaient pas de l'équipement nécessaire pour effectuer ces prestations

Hôm.	Nombre de prestations 474736-474740	Période de prestation	Période de réception O.A.	Montant indûment attesté = montant remboursé (EUR)
Hôm. 1	123	03.12.2018- 28.07.2020	21.02.2019- 08.09.2020	15.027,73
Hôm. 2	19	21.12.2018- 20.03.2020	29.01.2019- 30.06.2020	2.317,81
	Nombre de forfaits 173972-173983			
Hôm. 1	122	03.12.2018- 28.07.2020	21.02.2019- 08.09.2020	145.009,20
Hôm. 2	13	21.12.2018- 20.03.2020	29.01.2019- 30.06.2020	15.451,80
TOTAL				177.806,54

e) Conclusion

L'impact financier du projet ICE qui s'est déroulé au cours de la période 2018-2021 est considérable. Une régularisation spontanée a permis aux O.A. de percevoir un montant de 1.831.656 EUR. En outre, un montant supplémentaire de 281.534 EUR a été récupéré par le SECM. Au total, cet impact s'élève déjà à 2.113.190 EUR.

En outre, le nombre de facturations indues a été ramené à un minimum, de sorte que les dépenses annuelles pour l'assurance SSI se limiteront à environ le double du montant qui avait préalablement été estimé (nettement trop bas).

2. Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes 599642 pour la radiographie du thorax au lit aux soins intensifs

a) Origine et objectif

Les dispensateurs de soins peuvent attester le code de nomenclature 599642²⁸ comme supplément d'honoraires pour une prestation urgente si cette dernière doit être effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié.

Selon les dispositions de la nomenclature des prestations de santé, le supplément d'urgence 599642 ne peut pas être porté en compte automatiquement lorsque la radiographie du thorax est effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié ; d'autres conditions, dont le caractère urgent/impératif de l'examen, doivent également être remplies. Pour les examens prévus en dehors des heures de service, les radiologues ne peuvent donc pas attester de supplément d'honoraires 599642.

L'action de contrôle nationale avait pour objectif de vérifier si les honoraires d'urgence 599642 avaient été portés en compte correctement et restaient donc réservés pour l'attestation des examens urgents.

Pour des raisons pratiques, nous avons limité l'action de contrôle nationale à l'attestation de ce supplément d'honoraires lors de l'attestation d'une radiographie du thorax (1 cliché) (ci-après dénommée « RX-thorax ») prise dans l'unité de soins intensifs et pendant les jours de semaine. Dans la pratique, cela signifie l'attestation d'une RX-thorax urgente au lit du patient, pour laquelle un appareil mobile est utilisé. Les RX-thorax au service de soins intensifs sont le plus souvent réalisées le matin avant 8 heures, de sorte que l'intensiviste, dans le cadre du suivi des patients, puisse déjà disposer des radiographies, utiles pour orienter le traitement. Nous soupçonnions que le fait de réaliser une RX-thorax au lit du patient dans l'unité de soins intensifs avant 8 heures entraînait la facturation automatique du supplément d'honoraires 599642.

b) Méthode

Détermination du pourcentage de RX-thorax attestées en urgence par rapport au nombre total de RX-thorax

À cette fin, nous avons demandé des données aux unités de soins intensifs de tous les hôpitaux belges pour la période de prestation du 01.10.2017 au 31.12.2019 inclus. Nous avons ensuite examiné dans quelle mesure ce « supplément d'urgence 599642 » était facturé en combinaison avec une RX-thorax au lit du patient.

²⁸ Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié.

Nous avons recensé des attestations 599642 pour une RX-thorax au lit du patient dans l'unité des soins intensifs dans 95 hôpitaux. Nous avons constaté une grande variation au niveau de l'attestation de ce supplément d'urgence 599642 dans les hôpitaux, allant de 0,08 % à 83,72 % de toutes les RX-thorax attestées aux soins intensifs.

La médiane du pourcentage de suppléments d'honoraires d'urgence attestés aux soins intensifs pour les 95 hôpitaux belges qui ont attesté ce supplément d'urgence était faible, soit 5,80 %. Cela signifie que 48 hôpitaux sur 95 n'ont attesté le code 599642 que dans maximum 5,80 % des cas lors de l'attestation d'une RX-thorax aux soins intensifs pendant les jours de semaine. Ces hôpitaux n'ont pas fait l'objet d'une action de contrôle plus approfondie, car il n'y avait aucune indication d'attestation induite du code de nomenclature 599642.

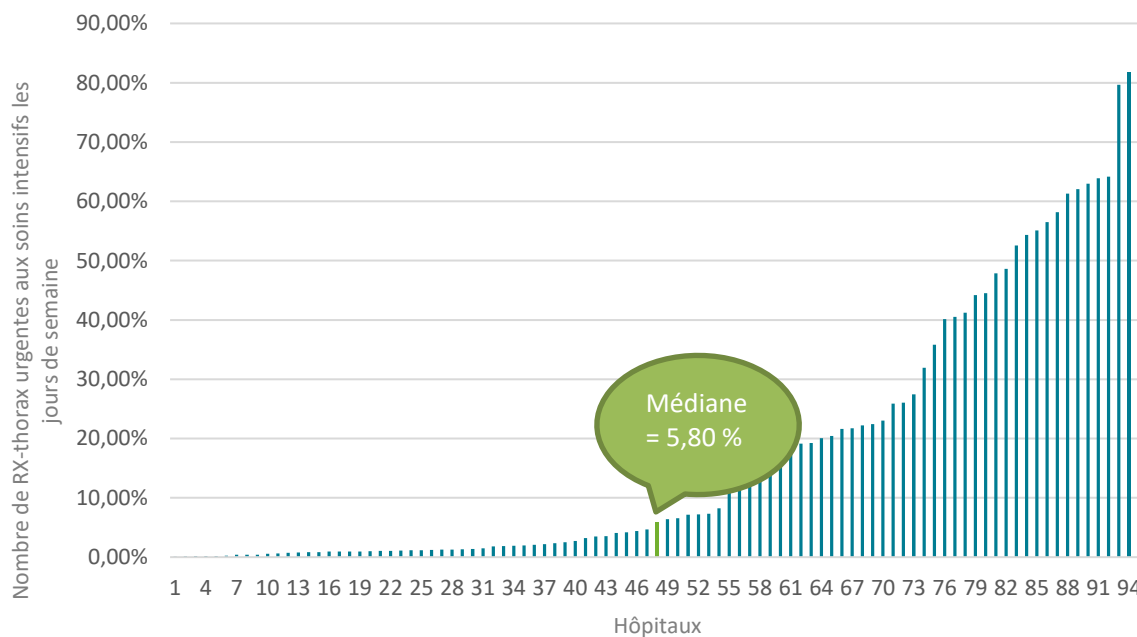


Illustration 14. Pourcentage de RX-thorax attestées en urgence par rapport au nombre total de RX-thorax au cours de la période 10.2017-12.2019

Entre 6 % et 40 % de RX-thorax attestées en urgence

Nous avons adressé une lettre de sensibilisation aux hôpitaux qui avaient un pourcentage de prestations 599642/452701 situé entre 6 et 40 %.

Nous avons également envoyé une lettre de sensibilisation aux hôpitaux dont le pourcentage d'attestation se situait entre 20 et 40 % et leur avons demandé de nous expliquer les raisons de ce pourcentage élevé.

40 % et plus de RX-thorax attestées en urgence

Les hôpitaux ayant un pourcentage de 40 % ou plus ont reçu, après une concertation téléphonique avec le chef du service de radiologie, un PVC avec invitation au remboursement volontaire. Les hôpitaux ont eu la possibilité d'être entendus après avoir reçu le PVC.

Conscients du fait que des RX-thorax urgentes peuvent être effectuées entre 21 heures et 8 heures, nous avons considéré que 5,8 % des RX-thorax attestées en urgence (à savoir la médiane) étaient effectivement urgentes. Ce nombre de prestations et le montant y afférent ont été déduits lors du grief.

c) Résultats et actions

Nous avons remarqué que, dans les hôpitaux avec un pourcentage d'honoraires d'urgence élevé, quasiment chaque patient ayant séjourné aux soins intensifs avait passé une RX-thorax « urgente » le matin ou qu'une RX-thorax urgente avait été attestée tous les jours pour des patients ayant séjourné plusieurs jours aux soins intensifs. L'heure matinale de la réalisation de la RX-thorax au lit du patient dans le service de soins intensifs a généralement conduit – comme nous avons pu le constater sur le terrain – à une facturation automatique du code d'urgence 599642, malgré la nature non urgente de l'examen.

Même si l'intensiviste insiste pour disposer tôt le matin d'une RX-thorax, ce n'est pas une raison valable pour attester la prestation comme « urgente ». En effet, comme le stipule clairement la nomenclature des soins de santé, les motifs personnels du médecin ne sont pas une raison pour appliquer les honoraires d'urgence.

15 hôpitaux avec une attestation du code 599642 de 6 à 20 % des RX-thorax aux soins intensifs ont donc reçu une lettre de sensibilisation leur demandant de vérifier si le code 599642 avait été correctement appliqué et, le cas échéant, de prendre les mesures appropriées.

12 hôpitaux avec une attestation du code 599642 de 20 à 40 % des RX-thorax aux soins intensifs ont reçu une lettre de sensibilisation leur demandant d'expliquer ce pourcentage.

Afin de justifier l'attestation du supplément d'honoraires d'urgence 599642 pour une RX-thorax réalisée entre 21 heures et 8 heures sans que cette radiographie ne doive être réalisée dans l'urgence, les hôpitaux ont utilisé les arguments suivants.

- ✦ Lors de l'implémentation du système d'information radiologique (SIR) dans le cadre d'une RX-thorax au lit entre 21 heures et 8 heures, le code de procédure pour un supplément d'honoraires urgent est ajouté, et ce pour toute RX-thorax au lit, également donc si la prestation n'a pas été demandée en urgence.
- ✦ Dans un certain nombre d'hôpitaux, l'enregistrement s'est fait correctement au niveau du service de radiologie, mais l'erreur s'est produite entre les logiciels de la radiologie et du service de facturation. Certains logiciels ajoutent donc automatiquement le code 599642 à chaque prestation effectuée entre 21 heures et 8 heures.
- ✦ Si la RX-thorax n'a pas été demandée en urgence entre 21 heures et 8 heures, les collaborateurs doivent décocher le code d'urgence manuellement. Les erreurs humaines sont alors bien évidemment possibles.

Pour éviter que le problème ne se répète à l'avenir, les mesures prises entretemps par les hôpitaux étaient les suivantes :

- ✦ désactivation de l'attestation automatique du code de prestation 599642 lorsque la prestation 452701 est effectuée entre 21 heures et 8 heures ;
- ✦ communication ciblée à l'attention des collaborateurs concernant la désactivation manuelle du code d'urgence lorsque la RX-thorax n'est pas demandée en urgence, et suivi en interne y afférent.

Pour 20 hôpitaux ayant un code d'urgence de plus de 40 % de RX-thorax aux soins intensifs, nous avons rédigé un PVC : il s'agissait de 61.726 prestations 599642 indûment attestées pour un montant total de 2.108.560,16 EUR. Tous ces hôpitaux ont découvert qu'une facturation automatique du code de nomenclature 599642 lors de la réalisation d'une RX-thorax entre 21 heures et 8 heures en était à l'origine. Ils ont accepté les griefs et ont remboursé volontairement le montant total.

d) Suivi

L'ensemble des hôpitaux qui ont reçu un PVC ont volontairement procédé au remboursement de l'intégralité du montant faisant l'objet du grief. Bien que la possibilité leur ait été donnée d'être entendus après réception du PVC, aucun hôpital n'y a eu recours.

Lors de nos contacts avec les hôpitaux, nous avons demandé aux dispensateurs de soins de veiller strictement à l'avenir à l'attestation correcte des honoraires d'urgence 599642 lors de RX-thorax planifiées aux soins intensifs entre 21 heures et 8 heures, et d'éviter les « erreurs » de facturation.

Le SECM continuera à assurer le suivi de cette attestation dans les hôpitaux belges.

Partie 4 – Impact

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

Nous mesurons surtout l'impact à l'aide d'indicateurs financiers, mais également non financiers (adaptation ou précision de la nomenclature, par exemple). Outre les montants des remboursements volontaires, éventuellement complétés par des amendes administratives (impact direct en 2021), nous souhaitons présenter ici l'impact financier de certaines actions nationales antérieures. En effet, nous ne pourrions évaluer l'impact des actions menées en 2021 que dans les années à venir, lorsque nous disposerons des données de suivi.

Nous sommes actuellement en train de développer une nouvelle méthodologie afin de présenter des mesures d'impact de manière standardisée et systématique. Cette méthode permettra à l'avenir de consolider les chiffres présentés et de rendre l'interprétation de ces derniers plus abordable pour tous. Nous espérons utiliser cette nouvelle méthode prochainement. Pour cette année encore, les chiffres présentés dans les tableaux ci-dessous sont issus d'une analyse « manuelle ».

I. IMPACT DIRECT EN 2021

Tableau 19. Paiements directs en 2021

Action	Nombre de dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)
Remboursement volontaire après introduction de la procédure administrative	35	169.266,82
Paiement après une décision définitive (FD, CPI, CR)	676	2.121.328,41
Récupération via le SPF Finances (art. 206bis)	178	380.078,61
Récupération via les O.A. (art. 206bis)	35	61.746,33
Total	924	2.732.420,17

Ces paiements directs en 2021 concernent les actions de contrôle clôturées et ayant fait / faisant l'objet d'une procédure administrative.

Tableau 20. Facturation diminuée de fraudeurs en 2021 suite aux actions du SECM

Action	Nombre de dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)
Suivi des fraudeurs	224	15.857.938,03

Ce montant de 15.857.938,03 EUR concerne le suivi proactif de 224 dispensateurs de soins pour lesquels le Service a remarqué des infractions intentionnelles et dont il a pu suivre le comportement de facturation un an après le constat d'infraction, en ne prenant en compte qu'une seule année d'impact financier, bien que l'impact persiste pendant plusieurs années²⁹.

²⁹ Voir « Lutte contre la fraude », p. 35-41.

II. IMPACT D' ACTIONS NATIONALES ANTÉRIEURES

1. Action de contrôle : monitoring cardiaque ambulatoire³⁰

Cette action visait 50 hôpitaux qui attestaient des honoraires pour monitoring cardiaque de manière non conforme, car non liée à une prise en charge aux urgences le même jour (12,15 % de l'ensemble des monitorings cardiaques attestés). L'action a eu pour effet de diminuer le pourcentage de non-conformité en le faisant passer de 12,15 % à 3 %. En dehors des montants qui ont pu être récupérés lors des PVC, nous pouvons raisonnablement estimer que, ce faisant, l'impact de cette mission nationale approxime les 620.000 EUR sur base annuelle.

Tableau 21. Facturation diminuée du monitoring cardiaque ambulatoire aux urgences suite à l'action de contrôle nationale

Action	Nombre d'hôpitaux concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Monitoring cardiaque ambulatoire attesté sans qu'il y ait d'attestation de prise en charge aux urgences au moyen d'un honoraire A ou C	50	620.000,00	2017, 2018

Toutefois, étant donné que le budget du monitoring cardiaque ambulatoire aux urgences a continué à augmenter et qu'une forte variabilité entre les hôpitaux a été décelée, une adaptation de la nomenclature a été proposée en 2020 afin d'inclure ce budget de monitoring cardiaque dans la prestation de prise en charge aux urgences. Cette modification a d'ores et déjà été acceptée par le groupe de travail général du CTM et les experts urgentistes en 2021. Elle sera très prochainement soumise au CTM pour validation. Bien que l'impact à court terme de ce changement de nomenclature soit nul au niveau financier, il aura pour effet à moyen et à long terme de stopper l'augmentation et de répartir plus équitablement le budget entre les différents hôpitaux.

2. Action de sensibilisation : ménisectomie arthroscopique en cas de lésions dégénératives du genou³¹

Il s'agit ici d'une action de sensibilisation qui visait l'ensemble des chirurgiens orthopédistes et, par la suite, des médecins généralistes. L'impact de cette mesure a été estimé en analysant les données de facturation des 5 mois suivant l'envoi des courriers aux chirurgiens orthopédistes. En raison de la pandémie de COVID-19, il n'a pas été possible d'effectuer cette mesure sur un an, et les résultats présentés sont donc une extrapolation sur base annuelle.

Il ressort de cette analyse que le nombre de ménisectomies chez les patients de 50 ans et plus a fortement diminué après l'action de sensibilisation et que le montant ainsi épargné serait de 1.283.906 EUR en 5 mois, soit 3.081.374 EUR sur base annuelle. Cette estimation, bien que très conservatrice, ne tient pas compte de l'éventuelle réallocation des moyens à des traitements alternatifs pour ces patients.

Tableau 22. Facturation diminuée des ménisectomies chez les patients de 50 ans et plus suite à l'action de sensibilisation nationale

Action	Nombre de dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Ménisectomie arthroscopique déconseillée en cas d'arthropathie dégénérative	568	3.081.374,00	2019

³⁰ Voir *Rapport annuel SECM. Activités 2019*, p. 27-28.

³¹ Voir *Rapport annuel SECM. Activités 2019*, p. 46-47

3. Action de contrôle : examens d'IRM et honoraires d'urgence³²

Cette action concernait 51 hôpitaux qui attestaient de manière non conforme des honoraires d'urgence pour des IRM réalisées le soir, les week-ends ainsi que les jours fériés. L'ensemble des hôpitaux concernés avait à l'époque effectué un remboursement volontaire, et l'impact à long terme de cette mesure est dès lors calculé via le budget total attribué aux honoraires d'urgence pour les IRM. Sur base de ce calcul et en prenant en compte les années 2018, 2019 et 2021 (et non 2020 étant donné la pandémie de COVID-19 et la limitation aux soins essentiels dans les hôpitaux), nous estimons que cette action a eu pour effet de faire diminuer le budget de 465.000 EUR sur base annuelle.

Tableau 23. Facturation diminuée des honoraires d'urgence lors d'IRM suite à l'action de contrôle nationale

Action	N ^{bre} d'hôpitaux concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Honoraires d'urgence facturés pour une IRM alors qu'il s'agit d'une IRM programmée	51	465.000,00	2017

Le budget 2021 semble toutefois repartir à la hausse. Étant donné que de nouveaux codes d'IRM permettant d'obtenir un honoraire d'urgence ont été implémentés fin 2018, nous analysons actuellement les données de facturation afin d'établir si cette augmentation relève d'une progression sectorielle ou si ce n'est le fait que d'un nombre restreint d'hôpitaux. D'autres actions seront prochainement menées en fonction des résultats de cette analyse.

III. BILAN GLOBAL

Sur la base des données susmentionnées, nous avons pu déterminer l'impact financier pour l'année 2021 à **22,7 millions d'EUR**.

Bien entendu, notre impact s'étend plus loin et n'est pas toujours chiffrable. La simple existence d'un service d'inspection a déjà un effet dissuasif sur qui envisagerait de commettre une infraction.

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

³² Voir *Rapport annuel SECM. Activités 2019*, p. 31-32.

Partie 5 – Vers une meilleure réglementation

La loi SSI évolue constamment afin d'améliorer l'efficacité de certains de ses dispositifs et de correspondre aux évolutions de la société dont elle est au service. Les modifications intervenues suite à l'entrée en vigueur de la loi du 18.05.2022 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé (1)³³ répondent à ces deux objectifs.

Cette loi traite de nombreux sujets pour plusieurs institutions. Une section est consacrée aux dispositions de la loi SSI relatives au SECM (art. 98 et s.). Les modifications les plus importantes pour le SECM sont les suivantes.

I. SUSPENSION DU PAIEMENT VIA LE RÉGIME DU TIERS PAYANT – ART. 77SEXIES DE LA LOI SSI (ART. 99)

S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins, les paiements par les O.A. à ce dispensateur de soins peuvent être suspendus, dans le cadre du régime du tiers payant, totalement ou partiellement, pour une période maximale de douze mois.

Le principe reste le même, mais des corrections ont été apportées à ce dispositif. Un paragraphe a notamment été ajouté pour obliger le dispensateur à porter en compte les prestations qu'il exécute durant la période de suspension. Cela doit permettre au SECM d'effectuer les contrôles qui s'imposent. Par ailleurs, il est maintenant prévu que les remboursements suspendus peuvent être utilisés pour le paiement d'une dette éventuelle du dispensateur de soins envers l'INAMI.

II. PRESTATIONS SUPERFLUES OU INUTILEMENT ONÉREUSES (ART. 113)

L'article 73 de la loi SSI est adapté pour préciser que les dispensateurs de soins doivent s'abstenir de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

De plus, la procédure de traitement de ce type de dossiers est adaptée :

- ✦ la loi ne prévoit plus de monitoring. Il est néanmoins encore possible de suivre la facturation d'un dispensateur de soins et de l'en avertir ;
- ✦ l'inspecteur ne doit plus demander de moyens de défense lorsqu'il envoie un PVC ;
- ✦ l'appréciation sur le fond revient au FD ou à la CPI. La première appréciation par le Comité du SECM est supprimée.

III. APPROPRIATE CARE – ADOPTION DES INDICATEURS (ART. 110)

La possibilité d'introduire des propositions d'indicateurs est adaptée. D'une part, il est prévu que les associations et institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale peuvent aussi introduire des propositions auprès du Conseil national de la promotion de la qualité et du Comité d'évaluation des pratiques médicales. D'autre part, un délai de trois mois est prévu pour apprécier la proposition. S'il n'y a pas d'appréciation dans les trois mois par les organes compétents, l'indicateur proposé est approuvé.

³³ Loi du 18.05.2022 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé (1), M.B. 30.05.2022.

IV. DOSSIER, SIGNATURE ET SERVICES ÉLECTRONIQUES (ART. 105)

L'utilisation du dossier électronique et des services électroniques reçoit une base légale. C'est une évolution majeure qui améliorera l'accessibilité du SECM pour les citoyens et les usagers du Service. Cela facilitera également le travail du personnel du SECM et en particulier des inspecteurs. Le dossier électronique est une réalité depuis plusieurs années, mais le fait de pouvoir communiquer officiellement avec les particuliers par voie électronique pour des actes d'enquête ou de procédure est une nouveauté.

Les dispositions relatives aux dossiers et services électroniques prévoient par exemple que l'accès aux services électroniques est sécurisé et qu'une identification via CSAM (eID ou itsme) est nécessaire. Il y a aussi une base légale pour la signature électronique, par exemple des décisions des juridictions administratives.

V. COLLÈGE NATIONAL DES MÉDECINS CONSEILS (ART. 106)

Le Collège national des médecins conseils est transféré du Service des soins de santé de l'INAMI vers le SECM. La structure actuelle est conservée et peut servir comme plateforme pour une collaboration plus approfondie et plus étroite entre les O.A. et le SECM.

Partie 6 – Passerelle : Audit des hôpitaux

L'Audit des hôpitaux³⁴ trouve son origine dans le premier et le deuxième plan d'action en matière de contrôle des soins de santé, la refonte des administrations de soins de santé comprenant, entre autres, des passerelles et un socle commun. Le regroupement d'une partie du personnel et des moyens de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'AFMPS dans une structure transversale, que constitue l'unité Audit des hôpitaux, vise à organiser un suivi des hôpitaux plus efficace, plus simple et plus transparent.

I. AUDIT IMAGERIE MÉDICALE LOURDE

Les préoccupations principales concernant l'imagerie médicale sont la limitation de l'exposition des patients aux rayonnements, ainsi que l'utilisation efficace des moyens fédéraux. Cet audit examine l'évolution du nombre d'exams de CT et d'IRM dans le temps, ainsi que les facteurs qui ont un impact sur le choix d'effectuer un examen CT ou IRM. Nous l'avons analysé au moyen d'un questionnaire en ligne et d'une analyse approfondie des données. Un audit sur place n'a pas été possible en raison de la pandémie de COVID-19. Cet audit a été élaboré en collaboration avec la Belgian Medical Imaging Platform et Belgian Society of Radiology.

Nous avons observé une augmentation annuelle du nombre absolu d'exams de CT et d'IRM plus rapide que la croissance démographique. Il existe une nette différence dans la proportion d'exams d'IRM entre les régions et entre les hôpitaux. Cette différence ne peut être expliquée sur la base des caractéristiques du patient telles que l'âge, le statut social, l'O.A. auquel le patient est affilié et le sexe.

Nous avons remarqué qu'il y a plus d'appareils de CT en Wallonie. Les médecins généralistes y prescrivent également plus d'exams CT par consultation. Certains hôpitaux ont introduit un changement de management et encouragent à réduire les exams CT et IRM : les effets de ce management sont visibles dans les données.

Les conclusions principales de cet audit sont l'efficacité du management au sein des hôpitaux, la variation géographique des appareils et des comportements de prescription, ainsi que l'infirmité des arguments concernant l'influence des caractéristiques des patients sur la modalité d'imagerie choisie.

Nous recommandons donc de limiter le nombre d'appareils CT pour éviter une surcapacité, ainsi que des soins de santé axés sur l'offre. Une autre possibilité est de limiter le nombre d'exams sur base du nombre total de patients uniques qu'un hôpital traite pour l'imagerie médicale sur une base annuelle, quel que soit le lieu de résidence.

Enfin, nous estimons qu'un système d'aide à la décision clinique (Clinical Decision Support System, CDSS) est également une étape logique et à développer. En effet, un CDSS permet d'orienter la prescription vers la prestation la plus appropriée sans violation disproportionnée de la liberté thérapeutique. Une digitalisation plus poussée et harmonisée des données des patients est nécessaire à cette évolution. La mise en place d'un CDSS conduira à une meilleure qualité des soins de santé pour le patient grâce à l'utilisation efficace des moyens disponibles et à la réduction de l'exposition aux rayonnements ionisants.

³⁴ Vous trouverez plus d'informations sur les activités de l'unité Audit des hôpitaux dans son rapport annuel 2021.

II. AUDIT COVID-19

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 dans notre pays, il a été demandé au comité Hospital and Transport Surge Capacity de surveiller le respect de la politique de crise. Les données de l'Incident & Crisis Management System sont utilisées à cet effet, ainsi que les flux de données de l'Agence intermutualiste.

En 2021, l'unité Audit des hôpitaux a rédigé 2 rapports, publiés sur le [site web de l'INAMI](#) :

- ✦ Soins reportés : 1^{er}, 2^e et 3^e vague ;
- ✦ Rapport intermédiaire (données jusqu'au mois d'août 2021).

III. AUDIT CÉSARIENNE

Selon une déclaration de l'OMS, il n'existe pas de ratio idéal de césariennes, et l'intervention devrait être accessible à toutes les femmes en cas de nécessité médicale. Toutefois, l'organisation précise que toutes les césariennes pratiquées dans le monde ne répondent pas à ces critères. Au niveau international, on observe une tendance à la hausse de 7 % des accouchements en 1990 à 21 % en 2021, avec une variation géographique prononcée (fourchette de 5 % à 43 %). « La sous-utilisation, la surutilisation et la mauvaise utilisation » peuvent entraîner des effets néfastes à court et à long terme pour l'enfant, la mère et les grossesses futures.

L'audit vise à observer et à étudier la situation actuelle et les pratiques médicales entourant les césariennes en Belgique. Un objectif supplémentaire est le suivi des « soins à basse variabilité », qui comprennent les séjours hospitaliers avec césarienne (SOI 1). Par ailleurs, 23.170 césariennes (code de nomenclature 424104) ont été réalisées en 2019, ce qui représente une part importante des séjours hospitaliers.

L'audit a été réalisé avec la participation de la Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie et du Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique.

Après une première analyse documentaire et des données disponibles, nous avons envoyé un questionnaire en ligne à toutes les institutions hospitalières du pays disposant actuellement d'une maternité (n=92). Le contenu du questionnaire était divisé en 3 parties : organisation de la maternité, trajet de la patiente et gestion de la douleur. Toutes les institutions hospitalières interrogées ont répondu au questionnaire.

Pour l'analyse sur le terrain, 21 hôpitaux ont été sélectionnés. Parmi ceux-ci, 17 hôpitaux ont été physiquement visités par une équipe multidisciplinaire d'auditeurs. En raison des mesures liées au COVID-19 et de la charge supplémentaire pour les hôpitaux, la visite sur le terrain a été annulée dans un hôpital et a été remplacée par un audit en ligne dans 3 hôpitaux. Les éléments de la visite sur le terrain, notamment la discussion sur l'organisation de la maternité, le parcours de soins pour les césariennes et l'étude des dossiers de séjour ont été intégralement réalisés. Tous les rapports individuels des visites sur place ont été envoyés et validés par les hôpitaux concernés. Un rapport général présentant les conclusions des différentes étapes de l'audit sera prochainement finalisé.

IV. AUDIT SOINS À BASSE VARIABILITÉ

Pour rappel, les 2 premiers rapports d'audit portant sur le financement des soins à basse variabilité avaient été réalisés en 2020 sans disposer de la totalité des données. En effet, si l'unité Audit des hôpitaux disposait des données de facturation de l'année 2019, elle n'avait pas encore en sa possession les données couplées³⁵ de l'année 2019 ni les données RHM³⁶ de l'année 2019.

Le 3^e rapport d'audit a pu être élaboré à partir d'août 2021, date à laquelle nous avons disposé de la quasi-totalité des données de l'année 2019, y compris les données couplées.

À travers ce rapport, nous avons analysé le comportement des hôpitaux à l'occasion de l'introduction des soins à basse variabilité, un nouveau type de fonctionnement.

Nous nous sommes tout d'abord assuré de la bonne qualité des données, notamment en examinant le taux de couplage des données de facturation et du RHM avant de commencer les analyses.

Les différentes analyses effectuées en 2021 ont été réalisées en tenant compte de différents critères d'inclusion (par exemple le code de nomenclature trigger, le SOI « Severity Of Illness », l'APR-DRG) et d'exclusion (par exemple le code de nomenclature, le code ICD-10-CM et le diagnostic principal, le diagnostic secondaire) repris dans l'annexe 1 de l'arrêté royal portant exécution de la loi du 19.07.2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité du 02.12.2018. Ces analyses ont été réalisées par MDC (Major Diagnostic Categories) et par pseudocodes spécifiques aux différents groupes de patients concernés par les soins à basse variabilité. Elles portent d'abord sur l'ensemble des hôpitaux et ensuite spécifiquement sur chaque hôpital.

Ces analyses ont permis de mettre en évidence que le nombre de séjours ayant effectivement fait l'objet d'un forfait sont relativement moins nombreux en 2019 que le nombre attendu calculé sur la base des années précédentes. Néanmoins, les différences sont plutôt faibles.

Si la philosophie du financement des soins à basse variabilité s'appuie sur un degré théorique de standardisation ou d'uniformité, il convient néanmoins de mentionner qu'il peut exister des différences considérables entre les hôpitaux, tant au niveau des séjours (par exemple, le niveau de sévérité chez les patients ayant subi une appendicectomie) qu'au niveau de la valeur et de la composition des « paniers de soins³⁷ ».

Ces observations pourront faire l'objet d'investigations plus poussées lors de prochains audits.

³⁵ Croisement des données de facturation et des données RHM.

³⁶ Résumés hospitaliers minimums.

³⁷ Ensemble des codes de nomenclature utilisé lors d'un séjour.

Partie 7 – Collaborations

I. RESPONSABILISATION FINANCIÈRE DES ORGANISMES ASSUREURS

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

Depuis 2004, 10 % du montant qu'un O.A. reçoit annuellement est lié à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ces 10 % (soit environ 100 millions d'EUR) représentent les « frais d'administration variables ». Le 11.04.2019, l'article 195 de la loi SSI a été adapté. À partir de 2019, les frais d'administration variables sont augmentés annuellement de 2,5 %. Ils s'élèvent à 17,5 % en 2021. En 2022, ils atteignent le maximum de 20 %.

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

Il est à noter que cette responsabilisation des O.A. est un système de sanction. Si les O.A. obtiennent de mauvais scores, une partie des frais variables est retenue. En revanche, si les O.A. obtiennent de bons scores, ils profitent du montant total. Il ne s'agit donc pas de récompenses. L'évaluation de la performance des O.A. est décrite dans l'arrêté royal du 10.04.2014 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

En 2021, notre Service était impliqué dans l'évaluation des indicateurs suivants. En raison de la période de recours, nous ne pouvons communiquer que les résultats provisoires.

1. Examen médical en vue de réévaluer l'incapacité de travail

Une personne en incapacité de travail qui bénéficie d'une indemnité ne peut pas exercer d'activité sans l'autorisation du médecin-conseil de son O.A.. Si le Service du contrôle administratif de l'INAMI constate une activité non autorisée, il communique cela à l'O.A. concerné. La réglementation précise que, dans ces cas, le médecin-conseil réalise un examen médical dans les 30 jours pour réévaluer l'incapacité de travail.

Nous avons examiné si cet examen médical a eu lieu à temps auprès de 2 groupes d'assurés indemnisables. Le premier groupe comprend des dossiers dans lesquels les contrôleurs sociaux du Service du contrôle administratif ont constaté des activités non autorisées sur le terrain (ce qu'on appelle le travail au noir). Le deuxième groupe est constitué de cumuls non autorisés d'indemnités d'incapacité de travail avec des jours couverts par une rémunération et déclarés à l'Office national de sécurité sociale (ce qu'on appelle dossiers de fraude blanche).

Nous avons constaté que le pourcentage de dossiers dans lesquels l'examen médical nécessaire n'a pas eu lieu par le médecin-conseil dans les 30 jours ouvrables varie entre 12,9 % et 40 %.

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

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

Nous avons examiné si elles ont envoyé ces données au plus tard durant les 7 premiers jours du douzième mois de l'incapacité de travail primaire. Parce que les O.A. ne sont pas responsables de tous les retards, le Comité général de gestion de l'INAMI a introduit une marge de tolérance ou d'immunité de 7,5 %. Si le nombre de dossiers en retard est inférieur à 7,5 %, aucun score d'erreur ou de retard n'est attribué.

Les résultats sont très différents et varient entre 0 % et 29,5 %.

3. Remboursement des prestations de kinésithérapie et de certaines prestations de biologie clinique

Nous avons examiné l'application correcte des règles de remboursement d'une prestation de kinésithérapie et de certaines prestations de biologie clinique.

Un seul remboursement peut être effectué par patient et par année civile pour l'ouverture d'un dossier de kinésithérapie, quel que soit le nombre de kinésithérapeutes ayant traité le patient au cours de cette année et quel que soit le nombre de pathologies. Nous avons constaté que les O.A. contrôlent correctement cette règle. Le pourcentage d'assurés pour lesquels plus d'une prestation de la sorte a été remboursée varie entre 0 % et 2 %.

En biologie clinique, nous avons examiné si les O.A. ont tenu compte des règles diagnostiques 94, 97 et 154.

- ✦ La règle diagnostique 94 précise que seuls les enfants et les adolescents de moins de 18 ans peuvent obtenir un remboursement. Les pourcentages d'erreurs auprès des O.A. varient de 15 % à 51 %.
- ✦ La règle diagnostique 97 précise que les remboursements peuvent avoir lieu une fois par 12 mois pour les hommes de 40 ans et plus. Les pourcentages d'erreurs auprès des O.A. varient de 0,1 % à 11 %.
- ✦ La règle diagnostique 154 précise qu'une seule des prestations d'un groupe déterminé peut être remboursée. Les pourcentages d'erreurs auprès des O.A. varient de 0 % à 9 %.

4. Qualité des données via NewAttest

Tout comme en 2020, nous avons évalué la qualité des données que les O.A. nous ont transmises via la plateforme NewAttest. Nous avons effectué un contrôle de qualité des zones qui concernent :

- ✦ le côté du corps traité lors de l'intervention (droit/gauche),
- ✦ le régime du tiers payant pour les prestations des orthopédistes,
- ✦ l'identification du lieu de la prestation,
- ✦ la norme du dispensateur de soins,
- ✦ le numéro de dents,
- ✦ la prestation relative,
- ✦ le numéro BCE,
- ✦ le numéro IBAN.

Le score global d'erreurs varie cette année entre 0,5 % et 15 %.

II. AFFAIRES INTERNATIONALES – EHFCN

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

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

En 2021, l'EHFCN a décidé de communiquer davantage sur ses activités et ses missions grâce à 2 vidéos institutionnelles. La première vidéo s'adresse aux experts et organisations qui luttent déjà activement contre la fraude et la corruption dans les soins de santé. La deuxième vidéo vise le grand public et explique de manière simple et didactique quels sont les grands enjeux de la lutte contre la fraude en Europe.

1. 14^e conférence internationale

En octobre 2021, l'EHFCN a organisé sa 14^e conférence internationale, de manière virtuelle en raison de la pandémie de COVID-19. Les participants étaient des membres du réseau EHFCN, des experts internationaux en matière de corruption, de fraude et de gaspillage dans les soins de santé, des hauts fonctionnaires et des représentants d'organisations européennes et internationales.

Le thème de la conférence était « comment renforcer l'intégrité dans le secteur de la santé dans les sociétés en mutation : lutter contre la fraude, le gaspillage et la corruption pour garantir le droit à la santé ».

L'intégrité, la transparence et la responsabilité sont des éléments constitutifs de tout cadre global de lutte contre la corruption, la fraude et le gaspillage dans les soins de santé. En effet, les codes de conduite peuvent contribuer à élever les normes éthiques et professionnelles des organisations, des dispensateurs de soins et des citoyens, et favoriser ainsi une culture d'intégrité. L'intégrité constitue la norme de base pour chaque acteur des soins de santé, mais aussi l'une des pierres angulaires de la prévention de la fraude. Un code déontologique encourage de fait les comportements intègres.

Plusieurs orateurs de haut rang se sont exprimés lors de la conférence, tels que le vice-président du Parlement européen et des représentants du Conseil de l'Europe, de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Association internationale de la sécurité sociale, de l'Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité, de Transparency International et de l'Association européenne de santé publique, et enfin plusieurs personnalités du milieu académique.

Plusieurs contacts se sont poursuivis après la conférence, notamment avec le Parlement européen, l'Association internationale de la mutualité et l'Association européenne de santé publique.

2. Webinaires

7 webinaires ont été organisés en 2021 pour les membres de l'EHFCN. L'objectif est de discuter des sujets actuels dans le domaine de la lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé, ainsi que de fournir des réponses aux questions des membres. Les webinaires sont animés par des experts du secteur de la santé, issus des organisations membres de l'EHFCN.

Les sujets des webinaires étaient les suivants.

- ✦ *L'importance d'un accès précoce aux données pour lutter contre la fraude* : la détection et la prévention de la fraude dans le domaine de la santé dépendent largement de la disponibilité des données. Les retards et les contraintes inhérents à des systèmes d'assurance soins de santé archaïques et partiellement numérisés peuvent constituer des défis importants pour la lutte contre la fraude. Des systèmes plus modernes avec des avancées numériques certaines permettent quant à eux d'accroître l'efficacité de nos efforts d'inspection. Ce webinaire a permis de mieux définir quelles sont les données à prendre en compte et les avantages du numérique.
- ✦ *Intégrité et résilience des systèmes de santé suite à la pandémie de COVID-19* : l'importance de disposer et de développer des programmes d'intégrité est fondamentale au sein des organisations. La façon de réaliser ces programmes est aussi importante, en particulier en ce qui concerne les marchés publics et le traitement des données qui y sont liées, conformément à la recommandation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE 2020). Ce webinaire a montré comment le cadre d'intégrité des dispensateurs de soins de santé est audité.
- ✦ *Conseils et astuces pour stimuler les soins appropriés* : les études sur le gaspillage dans les institutions de soins de santé ont montré que la part la plus importante du gaspillage réside dans l'utilisation inappropriée des services de santé. Nos services d'inspection s'investissent beaucoup pour vérifier la réalité et la conformité des services de santé, sur la base de réglementations existantes. S'attaquer aux « soins inappropriés » nécessite toutefois un cadre de référence différent, des preuves scientifiques ou des indicateurs de bonne pratique pour mener des actions visant à stimuler l'utilisation appropriée des services de santé.
- ✦ *L'intelligence artificielle dans les soins de santé : notre avenir* : l'intelligence artificielle a le potentiel de transformer la manière dont les soins de santé sont dispensés. Les avantages de l'intelligence artificielle sont nombreux, mais des questions ont été soulevées quant à son impact potentiel sur le secteur des soins de santé, en raison de l'utilisation de données personnelles, de problèmes d'éthique et d'intégrité des données. Qu'est-ce qui est correct et qu'est-ce qui est erroné ? Les discussions ont porté sur des applications actuelles et futures de l'intelligence artificielle dans les soins de santé.
- ✦ *Problèmes et défis associés au partage des données : cas d'école et développement futur* : pendant ce webinaire, un certain nombre de défis associés au partage des données ont été présentés, notamment les obstacles à la divulgation des données, les problèmes de vie privée et de confidentialité, et les questions du consentement éclairé.
- ✦ *Cybersécurité dans le secteur des soins de santé, RGPD et droits de la santé* : la première partie du webinaire a présenté l'Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité, ainsi qu'une analyse situationnelle de la cybersécurité dans les soins de santé et un aperçu du cadre politique et réglementaire de l'Union européenne. La deuxième partie du webinaire a porté sur le RGPD et son impact sur la santé publique.
- ✦ *La corruption généralisée affaiblit la réponse de COVID-19 : comment y faire face ?* : depuis sa création en 1995, l'indice de perception de la corruption de Transparency International est devenu le principal indicateur mondial de la corruption dans le secteur public. Leur rapport révèle que la corruption persistante fragilise les systèmes de santé et contribue au recul de la démocratie surtout depuis la pandémie de COVID-19. Le webinaire a apporté des explications et recommandations à ce sujet.

3. Enquête de satisfaction

L'EHFCN a lancé une grande enquête de satisfaction en mai 2021, afin de recueillir les avis des membres et mieux répondre à leurs besoins. Les premières analyses et conclusions ont été présentées lors de l'Assemblée générale d'octobre 2021.

La majorité des membres de l'EHFCN ayant répondu à l'enquête, les résultats qui suivent sont représentatifs.

Les résultats sont globalement positifs puisque la majorité des répondants estiment que l'EHFCN produit un travail de bonne qualité et sont satisfaits des outils mis en place. Le partage de connaissances et d'expériences est particulièrement apprécié, ainsi que la mise en relation avec d'autres experts de différents pays. Le focus sur les plateformes numériques, plus important ces dernières années, est également cité comme avantage d'être membre de l'EHFCN. Par ailleurs, la majorité des répondants est satisfaite de l'organisation des événements, tels que la conférence internationale, les webinaires, l'assemblée générale, les groupes de travail et les journées portes ouvertes.

Les inconvénients cités par les répondants sont liés aux cadres juridiques et aux législations différentes, qui rendent un programme européen difficile et donnent plus de poids à certaines organisations qu'à d'autres. En outre, les sujets abordés sont de haut niveau et parfois difficiles à appliquer dans le travail quotidien des membres.

Notre objectif est de réaliser régulièrement ces enquêtes afin de pouvoir répondre de manière continue aux besoins et aux attentes des membres.

4. Groupe de travail sur l'intelligence artificielle

Le groupe de travail consacré à l'intelligence artificielle dans le domaine des soins de santé, créé en 2020 et composé d'experts issus d'organisations membres de l'EHFCN, a poursuivi ses activités. Il a pour objectif d'évaluer si les technologies d'intelligence artificielle existantes dans la détection de la fraude dans le domaine de la santé sont applicables. Il partage les bonnes pratiques et les nouvelles méthodologies de détection des fraudes à l'aide d'algorithmes d'intelligence artificielle. Enfin, il examine la mise en œuvre potentielle de ces nouvelles méthodologies dans différents systèmes de santé.

III. TASK FORCE APPROPRIATE CARE

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

Les travaux sont encadrés par un groupe de pilotage présidé par l'INAMI, avec des représentants des O.A., des organisations professionnelles siégeant au Comité de l'assurance et de la cellule stratégique. Le FD du SECM fait également partie du groupe de pilotage. Plusieurs membres du SECM sont très actifs dans l'équipe de projet de la task force AC.

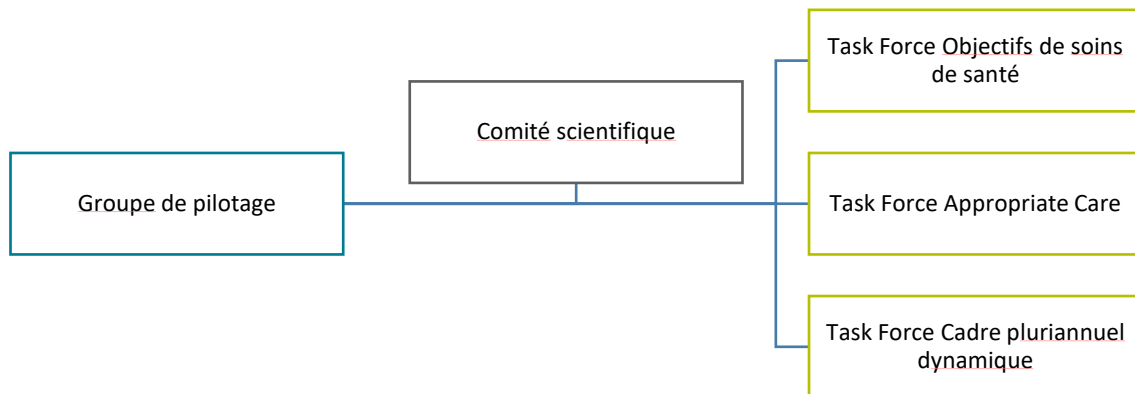


Illustration 15. Structure organisationnelle Appropriate care

1. Missions

La task force AC élabore des propositions destinées à créer une *health value* additionnelle. Pour ce faire, elle s'appuie sur des principes tels que les bons soins prodigués au bon endroit. Ceci implique le désinvestissement des *inappropriate care*, la réduction des variations de pratique, le recyclage des moyens résultant de la surutilisation et le réinvestissement dans la sous-utilisation et de nouvelles initiatives. La sur- et sous-consommation des soins et usage de médicaments sont combattues, entre autres par la promotion de l'innovation technologique.

Trois missions sont prévues :

- ✦ tout d'abord, la première mission prend en compte « la demande de 40 millions d'EUR » inscrite dans l'accord médico-mutualiste 2020. En principe, cette question devra être résolue en 2021 et constitue ainsi un projet distinct et temporaire. Cela comporte deux volets à savoir la recherche des 40 millions d'EUR et ensuite leur attribution ;
- ✦ la deuxième mission consiste à déterminer les mesures structurelles et d'accompagnement à prendre pour s'assurer que les mesures de soins appropriées puissent être mises en œuvre rapidement et efficacement ;
- ✦ la troisième mission poursuit le déploiement des mesures actuelles concernant l'optimisation des soins appropriés. Cette mission comprend également la mise en œuvre des mesures éventuelles résultant des objectifs de soins de santé établis par la task force Objectifs de soins de santé.

2. Actions en 2021

La task force AC a lancé un appel à propositions auprès de tous les acteurs de la santé entre mars et juin 2021. Pas moins de 185 propositions ont été soumises par les commissions d'accord et de conventions, des universités, des instituts de recherche, des entreprises, des citoyens et des inspecteurs sociaux du SECM.

Le processus de sélection se composait de 5 parties distinctes :

- 1) L'administration a attribué un code couleur à chaque proposition sur base d'un outil de priorisation validé par les membres de la task force AC et du comité scientifique :
 - ✦ vert : GO sans réserve,
 - ✦ orange : GO avec réserves,
 - ✦ rouge : NO GO.
- 2) Les membres de la task force AC ont pu modifier ce classement et procéder à des ajustements sur base d'un consensus lors des sessions plénières.
- 3) Une fois le classement final établi, les membres de la taskforce ont à nouveau pu « repêcher » certaines propositions classées en rouge et non encore discutées en plénière.

- 4) Pour toutes les propositions acceptées, un formulaire de suivi a été créé afin de faire du *fact-checking* et de définir les prochaines étapes.
- 5) Pour toutes les propositions, un formulaire de feedback a été créé pour enregistrer toutes les discussions sur la proposition. Il a été utilisé pour répondre aux personnes/organisations qui ont soumis la proposition.

Au terme de ce processus, la task force AC a retenu 81 propositions (classées en vert ou orange).

Les activités de la task force AC ont été présentées plus en détail dans le rapport intermédiaire sur la [trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024](#). Ce rapport a servi de source d'inspiration à la proposition budgétaire des commissions d'accords et de conventions, ainsi que de base au rapport final sur la trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024 (achevé en 2022).

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

Le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé contient des mesures et des points d'action en vue d'une utilisation plus performante des ressources dans le domaine des soins de santé. L'INAMI a élaboré le premier plan d'action en 2016 à la demande du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

En 2021, un nouveau plan d'action a été élaboré en mettant l'accent sur les actions pour lesquelles les différents acteurs ont une valeur ajoutée afin d'obtenir plus de synergie. Le plan d'action n'a été approuvé qu'en décembre 2021 et sera développé en 2022 et 2023.

Liste des abréviations

AC	Appropriate care
ATC	Anatomic therapeutic code
BOD	Beslissingsorgaan / organe décisionnel
CDSS	Clinical decision support system – système d’aide à la décision clinique
CPI	Chambre de première instance
CR	Chambre de recours
CTM	Conseil technique médical
DDD	Defined daily doses – doses journalières définies
DPI	Dossier patient informatisé
EBM	Evidence-based medicine
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
EPS	Échantillon permanent(e) steekproef
FD	Fonctionnaire dirigeant
GINA	Global Initiative for Asthma
Hôp.	Hôpital
ICE	Directions Information, Contrôle, Évaluation du SECM
ICS	Inhaled corticosteroids – corticostéroïdes inhalés
LABA	Long acting β agonist – β -agonistes à longue durée action
Loi SSI	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994
Mab	Monoclonal antibody – anticorps monoclonal
O.A.	Organisme assureur
PVC	Procès-verbal de constat
RX-thorax	Radiographie du thorax
SEDh	Syndrome d’Ehlers-Danlos, type hypermobile
SIR	Système d’information radiologique

Plus d'informations?

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

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