



SECM Rapport d'activités 2011

Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Juin 2012

LE BILLET DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

Deux dates auront particulièrement marqué le fonctionnement du Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux (SECM) en 2011.

Le 19 mai d'abord, journée du colloque SECM. Cet événement a rassemblé de nombreux acteurs du monde de l'assurance soins de santé et invalidité pour débattre d'un thème qui concerne chacun : « comment contribuer à la gestion optimale des moyens disponibles ? ». Pour la première fois, au-delà des présentations de résultats de nos activités, la parole fut donnée à nos partenaires externes, Organismes Assureurs (OA), syndicats médicaux, Ordre des médecins, représentant de la défense des dispensateurs de soins. Ce fut l'occasion pour tous d'exposer leurs réalisations récentes, leur avis sur l'avenir, leurs visions de la société, leurs projets en cours, d'entendre ceux des autres et d'en débattre. Ce fut sans conteste une réunion intéressante, importante, qui aura débouché sur des modifications des relations entre ces acteurs.

Le 1^{er} juillet ensuite, date d'entrée en vigueur du Code pénal social. Connu et prévu depuis un an, ce Code pénal social aura pourtant apporté quelques perturbations dans le fonctionnement de nos services. Conçu surtout pour la lutte contre le travail en noir, sa mise en application a révélé des inadaptations par rapport à notre domaine de contrôle et des incompatibilités avec notre propre législation. Son application a aussi entraîné une évolution de la jurisprudence en sens divers. En conséquence, la fin de l'année aura été marquée par un important travail pour préparer la nécessaire remise en concordance des diverses législations, publiée au Moniteur ce 8 mars 2012 et entrée en vigueur le 18.

Et puis, à côté de ces deux dates particulières, chaque jour a vu la réalisation du travail habituel, avec notamment la publication d'une nouvelle brochure d'information « Infobox » destinée aux pharmaciens, les contrôles individuels, les projets Évaluation et CENEC (Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtécél), la collaboration avec le Service des soins de santé, la réalisation des examens médicaux dans le cadre des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité, les projets en rapport avec le contrôle primaire des OA, sans oublier l'importante activité des organes du contentieux.

Comme chaque année je remercie tous les collaborateurs du SECM qui par leur travail contribuent au développement du service ainsi que tous nos partenaires actifs dans les secteurs de l'Assurance soins de santé et indemnités et leur fixe rendez-vous l'année prochaine, pour le rapport d'activité 2012, mais aussi, déjà, pour la préparation du cinquantième anniversaire de l'INAMI.

Docteur Bernard Hepp
Médecin-directeur général
Fonctionnaire-dirigeant

LECTURE DU RAPPORT : MODE D'EMPLOI

Le rapport est structuré afin de permettre au lecteur de choisir sa grille de lecture. La table des matières ci-contre vous permettra de vous y retrouver au plus vite.

Le lecteur pressé découvrira dans les six pages "**En un coup d'œil**" le résumé des activités et la structure du SECM.

Dans la partie "**Résultats**", les détails des activités sont repris avec tous les chiffres et tableaux reflétant le bilan 2011 du SECM.

Les textes explicatifs complémentaires sont rassemblés à la fin du document dans la partie "**Documentation**".

Bonne lecture !

Ce rapport est conçu et réalisé par l'i&C-team du SECM sur base des résultats et renseignements fournis par les autres départements à la date du 18 mai 2012.

Il a été présenté à la séance du Comité du SECM du 22 juin 2012.

TABLE DES MATIÈRES

Le billet du Fonctionnaire-dirigeant	3
Lecture du rapport : mode d'emploi	4
Table des matières.....	5
1^{ère} partie : en un coup d'œil	7
I. Le SECM	8
II. 2011 : réalisations	10
III. Quelques chiffres SECM 2011	12
IV. La structure.....	13
V. Le personnel	13
2^{ème} partie : résultats	15
I. L'impact des actions du Service, le bénéfice indirect.....	16
II. L'information	17
1. Information des dispensateurs de soins	17
2. La fonction d'avis	17
III. L'évaluation	18
IV. Le contrôle en soins de santé.....	32
1. Les enquêtes thématiques « CENEC »	32
2. Le contrôle « Code-barres unique »	45
3. Les enquêtes individuelles.....	46
V. Récupérations et mesures appliquées par les organes du contentieux....	52
1. Les organes d'administration active.....	55
2. Les juridictions administratives	58
VI. Le contrôle en incapacité de travail	62
1. Le contrôle de l'incapacité de travail après la première année.....	62
2. Le contrôle de l'incapacité de travail à la demande des médecins-conseils	62
3. Le contrôle du travail du médecin-conseil en matière d'incapacité primaire	62
4. Expertises et enquêtes à la demande des tribunaux du travail	63
5. Le contrôle médical de l'incapacité de travail des titulaires handicapés et de certains travailleurs indépendants	63
6. Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères.....	63
VII. Le contrôle primaire des organismes assureurs.....	64
3^{ème} partie : perspectives 2012-2013	67

4^{ème} partie : documentation..... 69

I. La loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins.....	70
1. <i>Infractions</i>	70
2. <i>Mesures applicables</i>	71
3. <i>Organes du contentieux</i>	73
4. <i>Procédures en matière de surconsommation et de sur-prescription</i>	74
5. <i>Conclusion</i>	75
II. Le SECM au sein de l'INAMI	76
III. Le SECM : bonne gouvernance.....	77
1. <i>Gestion du SECM</i>	77
2. <i>Le Comité du SECM</i>	77
IV. Le SECM : types d'actions	79
1. <i>Information</i>	79
2. <i>Évaluation</i>	79
3. <i>Contrôle</i>	79
4. <i>La jurisprudence</i>	80
V. LEXIQUE DES ACRONYMES.....	81
VI. Plus d'informations ?	82

1^{ère} partie : en un coup d'œil

I. LE SECM

MISSION

La mission du SECM est de contribuer à l'utilisation optimale des moyens de l'Assurance soins de santé et indemnités (ASSI).

A cet effet, le SECM veille entre autres au respect par tous les intervenants de leurs obligations dans le cadre légal et réglementaire : dispensateurs de soins, gestionnaires des établissements de soins, organismes assureurs, assurés sociaux,

STRATÉGIE

La stratégie du SECM repose sur trois piliers : Information, Contrôle et Évaluation.

Toutes les missions et responsabilités du SECM sont fondamentalement complémentaires. Par une approche générale et efficiente, le SECM choisit au moment opportun la combinaison idéale des actions et contribue ainsi à la meilleure utilisation des moyens mis à disposition par l'assurance SSI.

Le SECM n'est qu'un des acteurs qui veillent à cette utilisation optimale. Pour cette raison, le service remplit sa mission dans le contexte, basé sur le respect mutuel, d'une collaboration et d'un partenariat profitables à tous les acteurs.

ACTIVITÉS

Diffuser de l'information aux dispensateurs de soins

Évaluer les prestations, prescrites ou dispensées, de l'assurance soins de santé

Contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi

Assurer le contrôle médical dans le cadre de l'assurance indemnités et maternité

Faire exécuter les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant, le Comité, les Chambres de première instance et les Chambres de recours.

VALEURS

Intégrité

Respect

Confiance

Esprit d'équipe

Professionalisme

ENGAGEMENT

Au service de la société, le SECM s'engage à remplir ses missions avec efficacité.

II. 2011 : RÉALISATIONS

Sur le plan de l'information :

Publication en avril de la première édition de l'Infobox pour le pharmacien.

Sur le plan du contrôle :

1.000 enquêtes individuelles ont été clôturées et un indu total constaté de 10,2 millions EUR.

Cinq enquêtes thématiques ont été terminées :

- o IP011 CT-scans prestations biquotidiennes crâne et colonne
- o IP012 Dolantine[®] - Fortal[®] : prescriptions en quantités anormales
- o IP016 Psychiatrie : examens d'entrée et de sortie
- o IP017 Kinésithérapie : nombre de prestations quotidiennes
- o IP019 Prestations en réanimation (mesure d'impact)

Sur le plan de l'évaluation :

Quatre projets ont été terminés :

- o 06/001 Clichés panoramiques dans l'art dentaire
- o 06/005 Plavix[®] : procédure de remboursement pour un médicament du chapitre IV
- o 08/004 Attestation des examens diagnostiques en médecine nucléaire
- o 09/006 Services des urgences : budget des consultations

Sur le plan des récupérations et des mesures applicables :

Prises de décision des organes du contentieux

- o Fonctionnaire-dirigeant : 104 décisions
- o Chambre de première instance : 89 décisions
- o Chambre de recours : 26 décisions

Sur le plan du contrôle en incapacité de travail :

Réalisation de 10.888 examens médicaux dans le cadre des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité.

Sur le plan international :

- o Participation au Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé, European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN).
- o Participation à la COOPAMI (plate-forme de coopération entre pays visant à développer et moderniser les systèmes de sécurité sociale).
- o Échange d'informations dans le cadre de l'accord bilatéral franco-belge.

Sur le plan de la communication :

le colloque organisé le 19 mai 2011 à Wolubilis a rassemblé 269 personnes.

Ci-dessous, le mot d'accueil du docteur Hepp :

Cette année, le thème en est : "Comment contribuer à une utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé et indemnités ?"

Le colloque s'ouvre avec des orateurs du SECM. Ceux-ci expliqueront quelles réponses le SECM a voulu apporter à cette question par le processus de modernisation et la stratégie Information-Contrôle-Évaluation appliqués.

Après le point de vue de l'administration, des orateurs externes apporteront le leur : ils viennent du Barreau, des mutualités, des syndicats médicaux et de l'Ordre des médecins.

A midi, tous se rassembleront pour un débat avec la salle.

Un débat, c'est comme un jeu de billes. Il y a différents joueurs, chacun se trouve à son point de départ et se concentre sur le/son jeu. Mais dès qu'une bille a été lancée, la disposition du jeu n'est plus la même.

Peut-être que le débat amènera aussi des changements de position. C'est même ce que nous souhaitons. Mais à la différence du jeu de billes, le secteur des soins de santé n'est pas une compétition mais un domaine où chacun peut profiter d'une bonne coopération entre tous les partenaires. Gageons donc que les billes se rapprochent.

et le programme :

Ouverture, Dr Hepp, SECM

Introduction, M. de Cock, INAMI

SECM : approche individuelle et approche thématique

Dr Hepp, SECM

Dr Van Rossen, SECM

Dr Vranckx, SECM

Dr Vannieuwenhuysse, SECM

Tout commence par une bonne information

Dr Renauld, SECM

Le feedback aux dispensateurs/les commissions de profils

Dr Meeus, Service des soins de santé

Le point de vue de la défense

Me Marichal, avocat

Point de vue mutuelliste et inter-mutuelliste

Dr Berkein, Socialistische Mutualiteiten

Dr Landtmeters, Mutualités Libres

Dr Van houte, Mutualités Chrétiennes

Le point de vue des dispensateurs de soins sur le contrôle médical

Dr Masson, ABSYM

Dr Rutsaert, ASGB/Kartel

L'Ordre des médecins et l'assurance soins de santé et indemnités

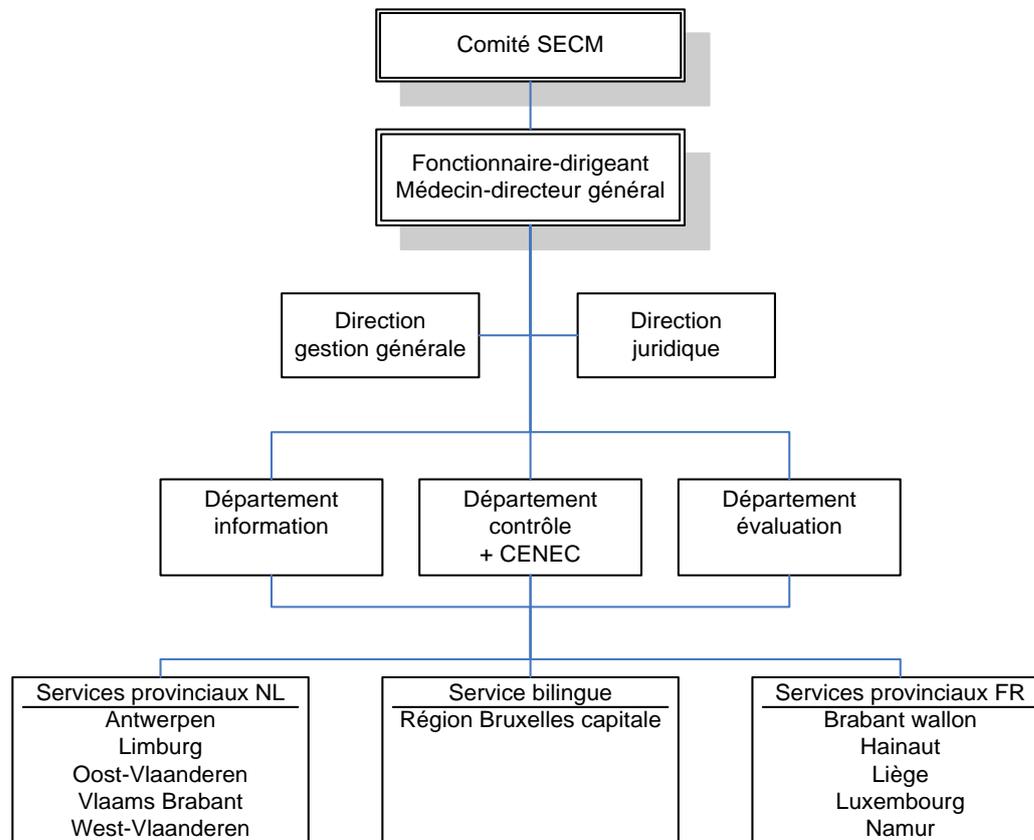
Dr Beke, Ordre des médecins

Débat

III. QUELQUES CHIFFRES SECM 2011

	2011
Information	
Nombre de brochures distribuées	14.350
Évaluation	
Nombre de thèmes clôturés	4
Nombre de dispensateurs contactés par écrit	158
Contrôle	
Nombre d'enquêtes individuelles clôturées	1.000
Montant des remboursements volontaires perçus	2.694.252 €
Nombre d'enquêtes thématiques (CENEC) clôturées	5
Procédures et mesures applicables :	
1. Décisions du Fonctionnaire-dirigeant	
Nombre de décisions prononcées	104
Montant des remboursements ordonnés	570.705 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	213.686 €
Montant des amendes administratives avec sursis prononcées	116.131 €
2. Décisions de la Chambre de première instance	
Nombre de décisions prononcées	89
Montant des remboursements ordonnés	4.463.679 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	1.449.172 €
Montant des amendes administratives avec sursis prononcées	302.847 €
3. Décisions de la Chambre de recours	
Nombre de décisions prononcées	26
Montant des remboursements ordonnés	277.747 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	122.128 €
Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	
Nombre d'exams médicaux effectués	10.888

IV. LA STRUCTURE



V. LE PERSONNEL

Personnel SECM au 01-12-2011	Service central	Services provinciaux	TOTAL
Médecin-directeur général	1		1
Médecin-inspecteur général	3		3
Médecin-inspecteur directeur	2	9	11
Conseiller	3	1	4
Pharmacien-inspecteur	7		7
Attaché	9	5	14
Attaché juriste	8		8
Médecin-inspecteur	5	80	85
Expert administratif	1	5	6
Expert technique (infirmier-contrôleur)		46	46
Assistant administratif	17	71	88
Collaborateur administratif	13	35	48
TOTAL	69	252	321

2^{ème} partie : résultats

I. L'IMPACT DES ACTIONS DU SERVICE, LE BÉNÉFICE INDIRECT.

Un bilan d'activités exige des chiffres, des tableaux, des graphiques. Vous en trouverez dans les pages qui suivent : nombre d'enquêtes, montants de toutes sortes, activités réalisées.

Et pourtant le bilan du SECM ne se limite pas à ces données.

Par exemple,

- o lorsque, suite à la prise de connaissance d'une brochure d'information « Infobox », un(e) jeune infirmier(e) apprend à attester correctement ses prestations, c'est durant toute sa vie professionnelle que l'assurance n'aura pas à supporter les conséquences financières d'une erreur répétée
- o lorsqu'un médecin chevronné modifie son utilisation de la nomenclature suite à la prise de connaissance d'un courrier adressé à ses confrères par l'Évaluation, ce sont peut-être plusieurs milliers d'euros qui ne seront plus dépensés en pure perte.
- o lorsque un hôpital, en raison de l'impact de visites de médecins-inspecteurs dans l'institution voisine dans le cadre d'une enquête CENEC, adapte sa manière de porter en compte des prestations, ce sont les moyens de l'Assurance soins de santé qui sont mieux utilisés.

Et lorsqu'un dossier, en raison de la gravité des faits constatés, est transféré au Procureur du Roi, les montants concernés n'apparaissent pas dans ce rapport. Dans une récente affaire en dentisterie, c'est à la mutuelle que le Tribunal a accordé, comme prévu par les procédures, 648.000 EUR indûment perçus.

Même une mesure d'impact d'une action préalable est loin de pouvoir évaluer les retombées réelles des actions envisagées ci-avant. Tout au plus peut-elle confirmer qu'une action a eu une répercussion. Ou malheureusement parfois aucune ! (voir la mesure d'impact sur les prestations de réanimation).

En conclusion, il est important de garder à l'esprit que l'impact du SECM sur l'Assurance soins de santé et indemnités va bien au-delà des chiffres présentés.

II. L'INFORMATION

1. Information des dispensateurs de soins

Brochures d'information

Le service publie des brochures d'information à l'intention des dispensateurs de soins. Ces brochures ont pour objectif de leur apporter une réponse aux questions les plus fréquentes qu'ils peuvent se poser, en particulier chez les débutants. Cela concerne différents domaines de leur pratique quotidienne et leur dit ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif sans devoir éplucher tous les textes de loi.

Les brochures sont envoyées sous forme papier aux groupes cibles (les dispensateurs débutants, les maîtres de stage, ...). Les textes sont aussi publiés sur le site web de l'INAMI.

Infobox	2011
Avril	Infobox pour le pharmacien

Exposés et conférences

Le personnel du SECM donne des exposés et des conférences à l'intention des dispensateurs de soins.

Période	2011
Nombre d'exposés et conférences	8

2. La fonction d'avis

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux siège avec voix consultative dans trente-trois conseils techniques, commissions de convention et groupes de travail. Le SECM a pour mission d'y proposer des adaptations de la nomenclature et d'autres textes réglementaires. Le SECM fait usage de sa représentation pour contribuer à une information correcte des partenaires de l'assurance ainsi qu'à l'élaboration de dispositions légales claires et applicables par tous.

Période	2011
Nombre de participations	141

III. L'ÉVALUATION

Le service réalise des projets d'évaluation dans différents domaines médicaux afin de déterminer si les prestations, prescrites ou dispensées, le sont en concordance avec la réglementation et les règles de bonne pratique médicale.

Outre l'impact direct dans les domaines évalués, les projets peuvent déboucher sur des enquêtes individuelles ou des sujets d'enquêtes nationales (CENEC).

Projets d'évaluation finalisés en 2011

06/001 Clichés panoramiques dans l'art dentaire

06/005 Plavix® : procédure de remboursement pour un médicament du chapitre IV

08/004 Attestation des examens diagnostiques en médecine nucléaire

09/006 Services des urgences : budget des consultations

Les synthèses se trouvent dans les pages suivantes.

06/001 Clichés panoramiques dans l'art dentaire

Contexte

Le cliché panoramique ou orthopanto(mo)gramme (OPG) de la dentition est une radiographie de l'ensemble des dents sur un seul cliché. Cette prestation est remboursée une seule fois par assuré et par année civile (sauf autorisation préalable du médecin-conseil). Le numéro de code de nomenclature correspondant est fréquemment utilisé par les dentistes et les stomatologues.

Chaque année, on observe une augmentation importante

- o du nombre de prestations remboursées : + 42 % entre 2002 et 2008
- o et des montants remboursés : + 75 % au cours de la même période.

Cette augmentation s'observe surtout chez les licenciés en sciences dentaires (LSD). 33% des dentistes actifs n'ont jamais facturé de prestation OPG. La moitié des prestations OPG est facturée par 700 dentistes sur 4.730.

But

L'objectif était de trouver une explication à l'augmentation progressive du nombre de prestations OPG remboursées.

Méthodologie

Nous avons enquêté sur les indications utilisées par les licenciés en sciences dentaires et les raisons de la répétition de ces actes. Nous avons limité l'étude aux LSD qui, en 2008, avaient attesté au moins 50 OPG tout en ayant au total moins de 10% de prestations d'orthodontie.

Dans les données de facturation de ces derniers au cours du premier semestre 2009, un échantillon de 20 OPG par LSD a été sélectionné de manière aléatoire, soit 5.500 prestations au total. Ces dentistes ont reçu, pour chaque OPG attestée, un questionnaire standard relatif aux indications de cette prestation OPG et de l'éventuelle prestation OPG précédente. Au total, nous avons obtenu des informations concernant 5.436 prestations OPG.

Ces indications ont été comparées avec celles contenues dans les directives internationales.

Résultats

1.972 prestations OPG ont été effectuées lors du premier contact avec le patient.

Les indications très fréquentes sont :

- o les caries 2.518 fois
- o les dents de sagesse 1.441 fois
- o l'état général de la bouche ou la recherche d'affections occultes 3.702 fois.

Dans plus de la moitié des cas, plus d'une indication a été évoquée (jusqu'à 6).

Les indications pour l'ensemble des prestations OPG ont été évaluées à l'aune des « guidelines » adoptées à l'échelon international :

- o pour 21,78 % des OPG, l'indication mentionnée était en conformité avec les « guidelines »
- o pour 56,20 % des OPG, cela n'était pas le cas
- o dans 20,85 % des cas, l'indication n'a pas pu être définie de façon univoque
- o et dans 1,16 % des cas, aucune information n'était disponible.

Le même profil d'indications s'observe chez quasi tous les licenciés en sciences dentaires. Une seule différence : une légère augmentation des indications « non conformes aux guidelines » lorsque le volume total des prestations OPG augmente.

2.116 prestations OPG constituaient une répétition de prestations OPG précédentes, effectuées pour une grande part dans les deux années antérieures et pour un tiers avec des indications totalement identiques (dont 88 % « non-conformes aux guidelines »).

Par extrapolation, le montant remboursé en 2009 peut être estimé à 11 millions d'euros pour les OPG « non-conformes aux guidelines » et à 3,5 millions d'euros pour la répétition après un ou deux an(s) (dont 1 million pour des indications identiques).

Actions possibles

- o Campagne d'information pour les dentistes relative aux indications scientifiquement acceptables pour la prestation.
- o Limitation des indications remboursables pour les prestations OPG.
- o Assujettir la répétition dans les deux ans à l'autorisation du médecin-conseil.
- o Formuler des critères à l'intention du médecin-conseil pour qu'il puisse refuser ou autoriser la répétition de prestations OPG pour un ou 2 an(s).

06/005 Plavix[®] : procédure de remboursement pour un médicament du chapitre IV

Contexte

Depuis 2001, le clopidogrel est remboursé sous conditions pour le traitement préventif d'affections athéromateuses.

Entre août 2006 et novembre 2009, les critères de remboursement étaient les suivants :

- o critère 1 = contre-indication à l'aspirine
- o critère 2 = récurrence d'accident vasculaire sous traitement avec l'aspirine
- o critère 3 = syndrome coronaire aigu sans soulèvement du segment ST.

Le remboursement dépend de l'approbation préalable de la demande du prescripteur par le médecin-conseil (MC). L'obligation de joindre les justificatifs à la demande a été remplacée en 2006 par un engagement du prescripteur de tenir ces documents à la disposition du médecin-conseil.

But

Pour la période 2002 – 2006 les dépenses pour le clopidogrel ont connu une des plus grandes augmentations. Le but de cette étude était de détecter à quelle réalité médicale cette augmentation correspondait.

Méthodologie

Les demandes de remboursement de mars 2007 (3.838 demandes) ont été demandées aux organismes assureurs. Un échantillon pondéré a été sélectionné (n=748). Les justificatifs nécessaires correspondants ont été demandés aux prescripteurs. Ces informations ont été reçues pour 709 demandes.

L'analyse des formulaires de demandes et des données de dossiers a été réalisée.

Résultats

Évaluation administrative des demandes

- o Pour 13% des demandes des données non médicales (identification du médecin ou du patient, signature, date) faisaient défaut lors de l'introduction.
- o Pour les données médicales (choix du critère), c'étaient 40% qui manquaient.
- o 12% des demandes n'ont pu être classées sous un des critères.
- o Sur base des rapports médicaux demandés, 19% des demandes devaient rentrer dans un autre critère.

Conformité des demandes

Au total, 49% des demandes n'étaient pas conformes (=indication fautive et/ou motivation insuffisante). Ce pourcentage est de

- o 24% pour le critère 3
- o 53% pour le critère 2
- o et 61% pour le critère 1.

Traitement administratif des demandes par le médecin-conseil (MC)

Le MC a demandé des informations complémentaires, médicales (choix du critère) ou non médicales pour respectivement 9 (=1,2%) et 126 (=18%) demandes. Malgré cette information supplémentaire, les données nécessaires pour pouvoir juger correctement de la demande de remboursement au moment de la décision par le MC faisaient défaut dans 11% des demandes de données non médicales et dans 27% de données médicales (choix de critère).

Huit fois (=1%) un rapport médical a été demandé, dont une seule fois pour une demande complétée correctement.

Décision du médecin-conseil (MC)

La concordance entre la décision du MC et l'appréciation suivant notre étude est de 54%.

91% de demandes non conformes ont été admises.

Implications

Le pourcentage de clopidogrel indûment délivré est de 41,6% dans l'échantillon et de 38% de la population totale (après extrapolation). Cela correspond pour 2007 à une dépense induite estimée à 18.045.000 EUR.

Conclusions et recommandations

Cette étude démontre que le contrôle actuel sur le remboursement du clopidogrel ne fonctionne pas.

- o La qualité des formulaires de demande remplis est médiocre (1 sur 2 n'est pas complet).
- o La déclaration sur l'honneur du demandeur selon laquelle il dispose des documents nécessaires prouvant que le patient se trouve dans la situation médicale indiquée s'est révélée peu fiable. Il est à remarquer que 88% des médicaments du chapitre IV (avec autorisation préalable du MC), tels que clopidogrel, sont demandés avec une déclaration sur l'honneur.
- o Le contrôle du MC est inefficace. 91% de demandes non conformes ont été admises.

Critère d'admission

Les critères d'admission sont complexes : même le SECM n'a pu trancher quant à la conformité de 2,7% des demandes (ces demandes ont été classées parmi les demandes conformes).

Adaptation des critères

Il a fallu plus de trois ans avant que les critères (compétence de la CRM et du Ministre) ne soient adaptés aux derniers développements médicaux publiés en 2006 dans l'étude Charisma.

Simplification administrative

- o les patients avec une allergie démontrée pour acide acétylsalicylique ne devraient plus renouveler leur demande chaque année. L'accord devrait être à vie.
- o la prolongation de remboursements acquis sous d'anciens critères, médicalement non justifiés, devrait être interrompue.

08/004 Attestation des examens diagnostiques en médecine nucléaire

Contexte

Les examens diagnostiques radionucléaires (ou examens d'imagerie médicale nucléaire) permettent de visualiser la morphologie ou le fonctionnement d'organes en administrant de petites quantités de substances radioactives.

Une combinaison de différents codes de nomenclature est utilisée pour attester ces examens:

- o code(s) pour la scintigraphie proprement dite
- o et code(s) pour l'isotope utilisé (produit radiopharmaceutique).

En 2009, 238 médecins spécialistes en médecine nucléaire ont attesté ces examens. Le même nombre a porté en compte des honoraires de consultation. Ces examens nucléaires libellés à l'art. 18, §2, de la nomenclature des prestations de santé (NPS) ont été attestés pour un montant total de 129.683.591 EUR.

Les codes de la nomenclature ne sont pas spécifiques :

Pour un code déterminé qui est utilisé, il existe différents textes. Par exemple :

- o le code 442411-422 ayant comme libellé « scintigraphie d'un organe, d'un système ou d'une partie du corps » est en pratique utilisé pour attester 30 tests différents, parfois en combinaison avec d'autres codes
- o à l'exception de deux codes pour la thyroïde, l'organe examiné n'est mentionné dans aucun libellé de la nomenclature
- o les codes attestés pour les isotopes ne permettent pas non plus de connaître l'élément nucléaire précisément utilisé.

Par conséquent, les codes attestés ne permettent de savoir, ni de quel examen il s'agit, ni de quel organe.

Il faut se référer au protocole pour savoir quel examen spécifique a été effectué et s'il a été attesté correctement. Il n'est pas possible de procéder à une analyse statistique et scientifique du nombre exact et du type d'examens en se basant sur les données de facturation.

But de l'étude

L'étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux de la pratique et de l'attestation en matière d'examens diagnostiques de médecine nucléaire sur base des protocoles.

Méthodologie

De la facturation de juin 2008, cinquante attestations ont été sélectionnées pour chacun des 105 hôpitaux ayant attesté des tests nucléaires : elles ont été choisies au prorata des différents codes de nomenclature attestés au cours de ce mois par l'hôpital.

Pour chaque assuré repris dans cet échantillon, on a ajouté les autres examens nucléaires effectués au cours de ce mois de juin.

De 50 à 98 examens ont ainsi été rassemblés pour chaque hôpital.

Des informations (sur l'organisation du service, la méthode de facturation, les procédures de travail et les renseignements cliniques) ont été recueillies auprès des médecins(-chefs) nucléaristes des hôpitaux concernés et tous les services de médecine nucléaire ont été visités fin 2009.

Les formulaires de demande ainsi que les documents iconographiques, les graphiques et les protocoles des examens sélectionnés ont été demandés et analysés.

Les PET-scans ayant fait l'objet d'une étude précédente (08/006), ils ne sont plus abordés dans la présente analyse.

Résultats

5.950 examens de médecine nucléaire effectués dans 105 hôpitaux ont été étudiés.

Les examens ont été demandés par 209 médecins spécialistes en médecine nucléaire. 48 d'entre eux travaillent dans deux hôpitaux, trois travaillent dans trois hôpitaux.

Près de la moitié des examens sont des examens du squelette. Ils sont suivis par les scintigraphies cardiaques et pulmonaires.

3 % des examens sont effectués en vue d'une intervention chirurgicale.

Les différents tests se répartissent de manière assez différente d'un hôpital à l'autre.

o LES DOCUMENTS

Un formulaire de demande a presque toujours été produit pour ces tests, alors qu'il n'est pas obligatoire. Dans 93,5 % des cas, des données cliniques étaient mentionnées sur ces demandes.

Le formulaire varie d'un hôpital à l'autre en ce qui concerne le nombre et le type d'examens mentionnés. Parfois, le demandeur peut uniquement choisir parmi une offre limitée alors que dans d'autres cas, plus de cent tests sont mentionnés sur le formulaire. Quelques formulaires

Résultats

de demande sont conçus d'une manière telle qu'ils incitent le médecin demandeur à cocher dans la plupart des cas, voire dans tous les cas, le test combiné SPECT/CT.

Dans la plupart des cas, la question diagnostique est très sommaire et vague. Parfois, elle est totalement absente.

Dans 96,3 % des cas, des documents iconographiques étaient disponibles.

Pour certains examens spécifiques attestés à l'aide du code 442610-621 (Test scintigraphique fonctionnel), il manque des graphiques, des tableaux ou des images paramétriques pour moins de 20 % des examens. C'est surtout le cas pour les examens pulmonaires et les scintigraphies du ganglion sentinelle.

o LES ATTESTATIONS

Les hôpitaux ne respectent pas les dispositions de la NPS en matière de mention obligatoire du type de test sur les attestations.

Dix numéros de NPS ont été utilisés pour l'ensemble des tests de médecine nucléaire.

Le code 442610-621 (Test scintigraphique fonctionnel) est le plus fréquemment attesté pour une scintigraphie osseuse trois phases mais aussi pour 41 autres examens. Le code 442595-606 (test fonctionnel comportant deux examens tomographiques) est attesté non seulement pour les PET-scans, mais aussi pour les scintigraphies du corps entier avec détails SPECT (42 % des cas) et pour les scintigraphies myocardiques au repos / à l'effort en une journée (10 % des cas) et encore, dans une moindre mesure, pour 23 autres examens.

On note une très grande disparité entre hôpitaux en ce qui concerne le nombre de codes différents attestés. Ainsi la plupart des hôpitaux attestent rarement, voire jamais, le code le mieux remboursé 442595-606 (test fonctionnel comportant deux examens tomographiques) alors que quelques autres hôpitaux l'attestent fréquemment à très fréquemment (dans 80 % des cas). Beaucoup d'hôpitaux attestent le code 442411-422 (scintigraphie en mode planaire) pour 20 à 30 % des examens. D'autres hôpitaux ne l'attestent jamais.

Plus de 25 % des examens ont été attestés avec le code 442396-400 (examen tomographique). Suivent le code 442610-621 (test fonctionnel) utilisé dans 22 % des cas et le code 442514-525 (examen tomographique lors d'une scintigraphie du corps entier) utilisé pour 15,9 % des examens. Le code 442411-422 (scintigraphie en mode planaire) n'est utilisé que pour 11,3 % des examens. Ces codes sont utilisés soit seuls, soit en combinaison avec d'autres.

Les codes 442455-466 (scintigraphie du corps entier) et 442514-525 (examen tomographique lors d'une scintigraphie du corps entier) sont attestés dans plus de 90 % des cas pour une scintigraphie du corps entier et une scintigraphie du corps entier avec détails SPECT.

Le code 442632-643 (test thyroïdien fonctionnel avec scintigraphie) correspond lui aussi dans 90 % des cas à la scintigraphie thyroïdienne effectuée.

Pour les examens de la thyroïde des codes spécifiques sont prévus. On pourrait s'attendre à ce que ces examens soient attestés comme tels. Or souvent d'autres codes généraux sont attestés dans ce cas.

Plus un code de nomenclature est spécifiquement défini, plus il est attesté de manière uniforme pour les tests visés.

L'attestation diffère parfois d'un hôpital à l'autre, tant pour la scintigraphie que pour l'isotope utilisé, alors que le type d'examen et l'indication sont identiques.

Ce constat est valable dans une large mesure pour les examens pulmonaires pour lesquels une scintigraphie de ventilation/perfusion pulmonaire est attestée de six manières différentes par exemple. Ce constat a aussi été fait pour les examens de la thyroïde, les examens effectués pour détecter une infection et les examens en cas de pathologie oncologique. Concernant les examens myocardiques, l'indication est souvent unique mais l'exécution et l'attestation diffèrent souvent.

L'augmentation d'examens combinés SPECT/CT en médecine nucléaire pose des problèmes pour l'attestation.

Certains hôpitaux disposant d'un appareil multimodal SPECT/CT attestent très fréquemment ce test combiné pour un grand nombre d'indications et d'organes différents.

Dans ces cas-là, l'attestation dépend apparemment plus de l'appareil utilisé que d'une indication médicale.

À ce jour, ces examens doivent être attestés au sein de la nomenclature de la médecine nucléaire pour la partie SPECT et par le radiologue pour la partie CT à condition que des protocoles séparés aient été rédigés pour ces deux parties d'examen.

Pour ces examens combinés SPECT/CT, certains hôpitaux attestent un code de nomenclature plus élevé (442595-606 N 435 par exemple) ou plusieurs codes cumulés. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas recherché s'ils utilisaient en outre un code pour un examen CT.

Discussion

À cause de tous ces éléments, les examens de médecine nucléaire ne sont pas attestés de manière uniforme, ce qui engendre des différences de prix considérables pour l'assurance maladie.

Comme la demande d'examen de médecine nucléaire n'est pas obligatoire, le spécialiste en médecine nucléaire peut lui-même décider si un examen sera effectué et, si oui, quel examen sera effectué et attesté pour une même question diagnostique. On ignore ce qui détermine le choix d'une tomographie ou d'un test fonctionnel plutôt que d'une scintigraphie en mode planaire.

Le système actuel de codification de l'INAMI pour les isotopes utilisés à des fins diagnostiques n'est pas assez transparent pour savoir quel isotope spécifique est utilisé pour un test donné.

Pour certains examens spécifiques attestés à l'aide du code 442610-621 (Test scintigraphique fonctionnel), il manque des graphiques, des tableaux ou des images paramétriques pour moins de 20 % des examens. C'est surtout le cas pour les examens pulmonaires et les scintigraphies du ganglion sentinelle. Le libellé du code peut être interprété diversement. Pour le poumon par exemple, effectuer un rapport gauche/droit est-il suffisant pour pouvoir attester un test fonctionnel ? Deux mesures successives suffisent-elles pour parler d'examen fonctionnel ?

Une hausse annuelle du montant pour les examens de médecine nucléaire est constatée. Elle est principalement due à l'augmentation de l'utilisation du code 442514-525 (examen tomographique lors d'une scintigraphie du corps entier) et du code 442595-606 (test fonctionnel comportant deux examens tomographiques). Ce dernier code est aussi attesté pour les PET-scans.

Propositions en vue d'une attestation plus adéquate et uniforme des examens nucléaires

Instauration, dans la NPS, d'un seul code par examen spécifique permettant au médecin nucléaire de décider lui-même quelle technique ou quel protocole doivent être appliqués.

Par exemple pour :

- o le ganglion sentinelle (scintigraphie, tomographie ou examen fonctionnel)
- o l'examen pulmonaire
 - qu'un test de ventilation supplémentaire ait ou non été effectué
 - que ce test ait été effectué en une ou plusieurs séances

- que des tomographies aient été ou non appliquées
- que des paramètres fonctionnels aient été mesurés ou non
- o l'examen de perfusion myocardique effectué ou non en plusieurs jours.

Dans la nomenclature, une cinquantaine de codes spécialement libellés pourraient remplacer la quinzaine de tests non spécifiques qui existent actuellement.

Afin d'uniformiser l'attestation des produits radiopharmaceutiques, on pourrait opter :

- o soit pour l'instauration d'un seul code par isotope ou produit radiopharmaceutique utilisé (Tc, Ga, I, In,...)
- o soit pour un « forfait isotope » qui serait compris dans le remboursement de l'examen nucléaire.

Les examens effectués au moyen de dispositifs multimodaux constituent un problème spécifique : le remboursement d'un examen relevant de plusieurs spécialisations devant chacune se conformer à des exigences particulières n'est pas adapté, en termes d'organisation et d'attestation, à l'évolution actuelle des techniques d'imagerie médicale. Une solution pourrait être : un seul code par test, où figurent tant l'examen nucléaire que l'examen CT.

Le fait de rendre obligatoire un formulaire de demande accompagné d'une liste limitative des examens par type de test pourrait également contribuer à une attestation transparente et uniforme.

Comme pour les autres techniques d'imagerie médicale, ce document devrait être établi par le médecin responsable du traitement du patient. Dans ce document, il serait demandé au médecin nucléariste de confirmer ou non le diagnostic. La demande comprendrait par ailleurs une indication du type d'examen souhaité ainsi que la motivation clinique de la demande.

09/006 Services des Urgences : budget des consultations

Contexte

Le 1^{er} juillet 2007 est mise en application une nouvelle nomenclature relative aux consultations réalisées dans les services d'urgence.

Une analyse des actuaires constate un dépassement des montants prévus pour 2008 :

	Prévisions	Chiffres 2008	Dépassements
Nombre de prestations	2,4 Millions	1,9 Million	
Budget global*	11,4 Millions EUR	37,4 Millions EUR	26 Millions EUR
Coût total**	43 Millions EUR	59,5 Millions EUR	16,5 Millions EUR

*Le budget global représente le surcoût estimé de la nouvelle nomenclature compte tenu des consultations attestées auparavant aux urgences.

**Le coût total englobe toutes les consultations aux urgences (des médecins de permanence et des spécialistes appelés).

Le dépassement est occasionné entre autre par

- o le taux élevé d'urgentistes (moins d'acutistes¹ et de généralistes avec brevet de médecine aigüe (BAG) que prévu)
- o un nombre plus élevé de spécialistes appelés
- o un nombre plus élevé de patients avec lettre d'accompagnement.

Lors de l'accord médico-mutualiste 2011 une grande variabilité dans l'attestation des prestations d'urgence en milieu hospitalier est constatée et une évaluation est demandée au SECM.

But de l'étude

Le but de cette étude était de comparer les hôpitaux entre eux, et d'essayer de comprendre les différences constatées.

¹ Les consultations en médecine d'urgence peuvent être attestées par

- des urgentistes, médecins spécialistes porteurs du titre de professionnel en médecine d'urgence
- des « acutistes », néologisme signifiant médecins spécialistes en médecine aigüe
- des médecins porteurs du brevet en médecine aigüe (BAG)

Méthodologie

Sur base des « documents P » de 2008, 2009 et 2010, ont d'abord été analysés pour chaque hôpital :

- o la composition de l'équipe des urgences (urgentistes/acutistes/BAG)
- o le taux d'appel de spécialistes
- o la qualification de ces spécialistes
- o le taux de lettres d'accompagnement
- o et le prix moyen par patient.

La facturation de 21 hôpitaux a ensuite été demandée pour le mois de septembre 2010. Les paramètres précédents ont été étudiés, ainsi que les actes effectués aux urgences.

Résultats

Grande variabilité entre les hôpitaux dans

- o la composition de l'équipe des urgences (taux d'urgentistes, type d'urgentistes)
- o le taux de spécialistes appelés (de 0 à 100 %)
- o la réalisation de certaines prestations par les médecins des urgences dans certains hôpitaux, uniquement par les spécialistes appelés dans d'autres
- o le nombre moyen d'actes par patient ambulant (de 4 à 8).

Discussion

- o Le fait que le patient doit obligatoirement être vu par un médecin des urgences pour pouvoir appeler un spécialiste peut poser problème (enfant, patient avec plaie ophtalmique) : honoraires A (plus élevés)
 - inutiles ou
 - non effectués ou
 - à la place d'honoraires C (moins élevés)
- o Un certain nombre de patients ne sont probablement pas dans une réelle situation d'urgence
- o Il est hautement probable que des consultations (honoraires A)
 - soient effectuées par un autre médecin que celui qui atteste (Maître de stage, urgentiste à la place du BAG), ou
 - correspondent en réalité à la consultation du spécialiste appelé.

Actions

- o Le rapport a été présenté à différentes commissions : médico-mut, Comité du SECM
- o Des actions plus concrètes (étude sur le terrain) sont envisagées.

IV. LE CONTRÔLE EN SOINS DE SANTÉ

1. Les enquêtes thématiques « CENEC »

(Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecél)

La CENEC, composée d'enquêteurs (médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs, infirmiers-contrôleurs), est une plateforme d'étude et d'orientation des investigations à mener. Elle coordonne la mise en œuvre d'enquêtes nationales thématiques.

Enquêtes thématiques (dites IP comme interprovinciales) terminées en 2011

IP011 CT-scans prestations biquotidiennes pour crâne et colonne

IP012 Dolantine® - Fortal® : prescriptions en quantités anormales

IP016 Psychiatrie : examens d'entrée et de sortie

IP017 Kinésithérapie : nombre de prestations quotidiennes

IP019 Prestations en réanimation : mesure d'impact

IP011 CT-scans prestations biquotidiennes pour crâne et colonne

Contexte

Une enquête a révélé que les tomographies commandées par ordinateur (CT-scans) suivantes :

- **458673 – 458684** : Tomographie commandée par ordinateur du crâne et/ou du massif facial
- **458850 – 458861** : Tomographie commandée par ordinateur d'un corps vertébral ou d'un espace intervertébral

ont été indûment portés en compte à deux reprises le même jour.

La première parce que cette prestation comporte plusieurs examens qui peuvent se dérouler dans divers locaux et à des heures différentes. Du fait des procédures organisationnelles et administratives y afférentes, cette prestation a été indûment portée en compte une seconde fois.

La seconde a été indûment portée en compte une seconde fois lorsqu'un CT de plusieurs régions avait été effectué, par exemple de la région cervicale et de la région lombaire.

Base légale

Nomenclature des prestations de santé, article 17 § 1^{er} °11 Tomographies commandées par ordinateur

458673 – 458684 : Tomographie du crâne et/ou du massif facial, commandée par ordinateur, avec et/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 10 coupes au minimum pour l'ensemble de l'examen
N 180

458850 – 458861 : Tomographie commandée par ordinateur, d'un niveau sous forme d'un corps vertébral ou d'un espace intervertébral avec ou sans moyen de contraste, 6 coupes au minimum, pour deux ou plusieurs niveaux
N 180

La prestation de tomographie commandée par ordinateur ne peut être à nouveau portée en compte qu'après une période de 30 jours.

A.R. 31.8.1998 :

« Si on répète l'examen dans le délai de 30 jours pour raison médicale, la motivation doit être mise à la disposition du médecin-conseil dans le dossier du patient. »

Le Conseil technique médical a défini que, pour la colonne vertébrale, la prestation 458850/861 ne peut être portée en compte au maximum qu'une seule fois, quel que soit le nombre de vertèbres (niveaux) examinés.

Méthodologie

Les attestations multiples par jour pour un seul assuré des CT-scans susmentionnés effectués dans un même hôpital ont été recherchées pour la période du 1^{er} août 2008 au 31 août 2009 (date de réception organisme assureur).

Les chefs de service ont été entendus et la liste des doubles prestations leur a été soumise. Un changement de l'état clinique (aggravation ou état postopératoire) a été accepté comme motif d'une deuxième attestation. Les demandes et les protocoles des prestations qui, d'après les radiologues, ont été attestées à juste titre une deuxième ou une troisième fois ont été demandés et vérifiés.

Résultats

Il y eut 8.348 prestations pour l'ensemble de la Belgique (il s'agit en l'occurrence des attestations doubles). 60 % de ces prestations ont été effectuées dans 19 hôpitaux.

Le montant total de CT-scans indûment portés en compte à deux ou à trois reprises le même jour s'élève à 202.075,28 EUR. Dans 9 cas sur 10, il s'agit d'un CT du crâne.

L'attestation indue résultait d'erreurs administratives ou d'une interprétation erronée de la nomenclature. Cette interprétation erronée joue essentiellement un rôle pour le CT de la colonne vertébrale.

Action

Les dossiers ont été clôturés par un avertissement avec remboursement volontaire. Tous les hôpitaux étaient disposés à régulariser spontanément le préjudice.

IP012 Dolantine[®] / Fortal[®] : prescriptions en quantités anormales

Contexte

En 2006, un médecin généraliste avait attesté, en moyenne, quatre visites par jour pour un seul assuré et avait à chaque fois injecté du Fortal[®] ou de la Dolantine[®]. La valeur totale de remboursement de ces visites à domicile s'élevait à plus de 50.000 EUR. Cette enquête s'est clôturée par une plainte en matière de surconsommation (art. 73, §4).

Le SECM a alors décidé de détecter et de documenter l'utilisation excessive de ces produits à l'échelon national.

Base légale

Réglementation en vigueur relative à la Dolantine[®] (= péthidine, produit anesthésiant) et au Fortal[®] (= pentazocine, substance psychotrope) :

Arrêté royal du 31 décembre 1930 réglementant les substances soporifiques et stupéfiantes, et relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique :

Art. 23, « ...Tout médecin ou médecin-vétérinaire, qui aura prescrit ou acquis des doses exagérées de stupéfiants devra pouvoir justifier de leur emploi devant le médecin délégué par la Commission médicale provinciale ... ».

Arrêté royal du 22 janvier 1998 réglementant certaines substances psychotropes, et relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique.

Les dispositions du chapitre IV sont applicables en ce qui concerne les substances psychotropes figurant à l'article 38, § 1-3 (entre autres la Pentazocine (art. 38 à 40).

Art 39, § 3 : « Tout médecin, médecin-vétérinaire ou praticien de l'art dentaire, qui a prescrit ou acquis des substances psychotropes devra pouvoir le cas échéant justifier de leur prescription ou de leur emploi devant la Commission médicale provinciale compétente ... ».

Méthodologie

Phase A

Dans un premier temps, pour la période de janvier 2006 à septembre 2007 (21 mois ou 638 jours) la prescription et la délivrance de

- la péthidine (Dolantine[®], conditionnement de 5 amp 100 mg/2ml) et de
- la pentazocine (Fortal[®], conditionnement de 10 amp 30 mg/1 ml)

ont été examinées par le biais du fichier Pharmacie – Office de tarification (inventaire des fournitures délivrées par les officines extrahospitalières).

Phase B

Dans un second temps, pour la période du 1^{er} juin 2006 au 31 décembre 2008 (31 mois), une enquête complémentaire concernant les dix plus grands consommateurs de chaque produit (c'est-à-dire les assurés auxquels on avait délivré les doses les plus élevées) a été effectuée. Par assuré, les principales officines qui avaient délivré les produits en question ont été déterminées. Les prescriptions ont été recueillies. Les principaux prescripteurs ainsi que l'Inspection pharmaceutique générale et les Commissions médicales provinciales ont été contactés.

Résultats

Phase A

Au cours de la période examinée de 21 mois, 1.373 médecins ont prescrit 43.687 conditionnements de Dolantine[®] pour 1.612 assurés et 651 médecins ont prescrit 21.287 conditionnements d'ampoules de Fortal[®] pour 659 assurés.

En ce qui concerne la Dolantine[®], les 10 plus grands consommateurs représentent 24,6 % de la consommation totale en Belgique et les 33 plus grands consommateurs représentent même la moitié. En ce qui concerne le Fortal[®], le top 10 affiche 30 % de la consommation nationale et le top 25 représente la moitié.

Il s'agit de deux spécialités pharmaceutiques relativement bon marché : au cours de la période considérée, ces deux produits n'ont représenté ensemble que 255.000 EUR des fournitures délivrées pour l'ensemble de la Belgique. Il n'empêche que la prescription et la délivrance de telles quantités soulèvent de sérieuses questions en matière de déontologie et de santé publique.

Phase B

Ventilation des 10 plus grands consommateurs pour chacun des deux produits entre les provinces :

- 1 assuré à Liège et en Flandre orientale.
- 2 assurés dans le Hainaut, à Namur et au Luxembourg
- 3 assurés dans le Brabant flamand
- 4 assurés à Anvers
- et 5 assurés dans le Limbourg

Trente-neuf procès-verbaux d'audition ont été dressés :

- 15 auprès de médecins,
- 23 auprès d'officines
- et 1 auprès d'un assuré.

Conclusions générales phase B

Il n'y a pas d'indications que :

- les ampoules de Fortal[®]/Dolantine[®] soient facturées au moyen de prescriptions falsifiées. La plupart des pharmaciens ont contacté le(s) prescripteur(s) au sujet du nombre élevé de prescriptions ou étaient familiarisés avec l'écriture des médecins locaux.
- les assurés auraient commercialisé/vendu des ampoules qui leur auraient été prescrites.
- des contacts avec les patients soient attestés à grande échelle par les médecins ou infirmiers pour injecter ces produits. Il y a peu de visites à domicile (seulement une visite quotidienne auprès d'un assuré) et de manière générale davantage de consultations (chez un assuré : presque quotidiennement). La grande majorité des ampoules sont donc injectées par les assurés ou leur entourage immédiat.

Actions

Le SECM entend soutenir la prévention. Des contacts ont été établis avec les Commissions médicales provinciales. Il est envisagé d'instaurer une collaboration/un monitoring, qui devrait permettre au Service de communiquer automatiquement et périodiquement aux Commissions médicales provinciales les données des assurés auxquels des doses élevées de tels médicaments auraient été délivrées. Les données de tarification des médecins (prescripteurs) chez lesquels des doses importantes de substances stupéfiantes ou psychotropes ont été détectées dans les fichiers intégrés, pourraient également être communiquées aux Commissions médicales provinciales.

Cette possibilité est examinée au niveau de sa faisabilité juridique et des modalités pratiques à mettre en œuvre.

L'article 146, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constitue la base juridique en la matière :

« Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut également dénoncer aux instances disciplinaires intéressées les faits recueillis lors de ses enquêtes dans la mesure où ces renseignements peuvent intéresser ces derniers dans l'exercice de la surveillance dont ils sont chargés ... ».

La suite des dossiers individuels précités, par exemple le renvoi éventuel des médecins prescripteurs devant la Commission médicale provinciale ou l'Ordre des médecins, le recours à l'inspection pharmaceutique, etc ne seront plus assurés par la CENEC mais traités par le biais d'une enquête provinciale classique.

IP016 Psychiatrie : examens d'entrée et de sortie

Contexte

L'examen psychiatrique d'entrée (597726) et l'examen psychiatrique de sortie (597741) ne peuvent être portés en compte qu'une seule fois par admission, respectivement la première et la dernière semaine d'hospitalisation.

L'article 25 de la nomenclature prévoit en outre qu'en psychiatrie, une même hospitalisation se prolonge si l'interruption entre les admissions hospitalières successives comporte moins de 30 jours.

Autrement dit, dans ce contexte, il n'est question de nouvelle hospitalisation que lorsque l'interruption entre les séjours hospitaliers dépasse 30 jours.

But

Détecter à l'échelle nationale les facturations multiples de ces prestations lors d'interruption de séjours de moins de 30 jours et les corriger.

Base légale

Nomenclature des prestations de santé :

597726 : Honoraires pour l'examen psychiatrique d'entrée avec rapport, pour le patient admis dans un service A, K, T ou Sp-psychogériatrique d'un hôpital, effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie C 30

L'examen psychiatrique d'entrée peut être porté en compte une fois au cours de la première semaine d'admission d'un patient dans le service visé et comprend la détermination et l'affinement du diagnostic et du traitement via l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, les tests psychologiques complémentaires et la rédaction d'un plan thérapeutique psychothérapeutique et pharmacothérapeutique.

597741 : Honoraires pour l'examen psychiatrique de sortie avec rapport, pour le patient admis dans un service A, K, T ou Sp-psychogériatrique d'un hôpital, effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie C 30

L'examen psychiatrique de sortie peut être porté en compte une fois pendant la dernière semaine d'hospitalisation d'un patient dans le service concerné et comprend, outre le rapport circonstancié du diagnostic et du traitement, les conclusions psychothérapeutiques et les directives pour le suivi ambulatoire ultérieur.

Le rapport écrit circonstancié des prestations 597726 et 597741 (examens d'entrée et de sortie) est envoyé au médecin référent et se trouve en outre dans le dossier médical.

Les prestations 597726 et 597741 peuvent être cumulées avec les honoraires de surveillance. »

Art. 25. § 2. a) 1° Les honoraires de surveillance journalière dus pour une période déterminée se calculent à partir de la 1ère journée d'hospitalisation remboursée quel que soit le service ou la section où le bénéficiaire est initialement admis.

Une interruption d'hospitalisation de un, deux ou trois jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires tels qu'ils sont prévus en début d'hospitalisation. »

*Dans les services K, A, T, Sp, Tp et Tf, **une interruption d'hospitalisation ne dépassant pas 30 jours** ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires prévus en début d'hospitalisation.*

En résumé :

Une période d'hospitalisation dans un service K, A, T, Sp, Tp et Tf n'est pas terminée si l'interruption d'hospitalisation ne dépasse pas 30 jours.

Ainsi, l'examen psychiatrique d'entrée de la « ré-hospitalisation » ne peut être attesté et la facturation de l'examen psychiatrique de sortie initialement attesté et porté en compte doit être reconsidérée en fonction de la nouvelle admission, étant donné qu'**une seule prestation 597726 et une seule prestation 597741** peuvent finalement être portées en compte et attestées pour **l'ensemble** d'une période d'hospitalisation.

Méthodologie

Une analyse des données concernant la période du 01.07.2008 au 30.6.2009 (date de réception) a été réalisée.

Il a été considéré qu'un examen d'entrée (597726) avait été porté en compte indûment lorsqu'un ou deux des critères suivants étai(en)t rempli(s) :

- un examen d'entrée précédent avait été porté en compte moins de 30 jours avant
- un examen de sortie avait été porté en compte moins de 30 jours avant.

Il a été considéré qu'un examen de sortie (597741) avait été porté en compte indûment lorsqu'un ou deux des critères suivants étai(en)t rempli(s) :

- un examen de sortie avait à nouveau été porté en compte moins de 30 jours plus tard
- un examen d'entrée avait été porté en compte moins de 30 jours plus tard.

Les résultats concernent exclusivement des prestations dispensées au sein d'un même hôpital.

Les prestations portées en compte indûment ont été mises à charge du médecin-chef. Il s'agit en effet de dispositions relatives à une « période d'hospitalisation », qui ne peuvent être appliquées que moyennant un relevé de la facturation complète et de toutes les attestations.

Pareille approche était également indiquée pour des raisons d'ordre pratique car il arrive souvent que plusieurs psychiatres soient concernés par la facturation de prestations pour un seul et même patient au cours d'une même période d'hospitalisation.

Résultats

Résultats et actions

Des procès-verbaux de constat ont été dressés à l'encontre de 42 médecins-chefs des hôpitaux concernés par la facturation multiple.

Le montant total de l'indu s'élève à 195.209 EUR.

Les prestations facturées en double ont également été vérifiées. Un dossier (« spin-off ») en a résulté pour deux hôpitaux comptant plus de 100 prestations facturées en double pour un remboursement total de 9.232 EUR.

Suites

Quarante hôpitaux sur quarante-deux ont spontanément remboursé l'indu.

Une procédure administrative a été entamée contre les deux autres médecins-chefs ou hôpitaux.

IP017 Kinésithérapie : nombre de prestations quotidiennes

Contexte

49 kinésithérapeutes ont attesté en 2007 plus de 7.300 prestations d'une durée moyenne de 30 ou 20 minutes (données des profils). En 2008, il y avait 42 prestataires avec plus de 7.000 prestations. 20 prestations par jour étant le maximum autorisé, ce nombre a été dépassé.

Base légale

L'art. 7 § 19 de la nomenclature des prestations de santé (NPS) stipule ce qui suit :

Par dispensateur, il ne peut être porté en compte en moyenne par jour que 30 prestations, dont maximum 20 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. Ces nombres moyens journaliers s'évaluent sur une période d'activité effective qui ne peut être inférieure à 90 jours et qui tient compte des journées d'activité effective comme inscrit dans les dossiers kinésithérapeutiques et/ou le registre pour l'ensemble des prestations et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

Méthodologie

Les données de la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 septembre 2009 de 42 kinésithérapeutes qui, selon les profils, avaient attesté plus de 7.000 prestations en 2008 ont été examinées.

Le nombre de prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée, a été calculé pour chacun de ces dispensateurs de soins.

Le nombre de journées de travail au cours de cette période d'un an a été dénombré d'abord en considérant comme des jours d'activité effective pour le kinésiste tous les jours calendriers où des prestations ont été portées en compte.

Ensuite, les dispensateurs de soins dont le dossier était retenu ont été entendus afin de déterminer, sur la base de leurs dossiers et de leur registre, le nombre de journées de travail effectives. C'est ce nombre qui fut ensuite utilisé pour calculer la moyenne (nombre de prestations divisé par nombre de jour de travail effectif).

Résultats

Les dossiers de 30 dispensateurs ont été retenus :

- 29 dispensateurs de soins avaient attesté, en moyenne, plus de 20 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport du kinésithérapeute est exigée
- un avait porté en compte en moyenne plus de 30 prestations d'une durée indéterminée.

Sur les 30 enquêtes menées,

- une était négative parce que les prestations de plusieurs dispensateurs de soins (reconnus) avaient été portées en compte au nom d'un seul dispensateur
- dans une enquête, d'autres infractions ont été constatées : des prestations d'aidants non reconnus comme kinésistes étaient portées en compte au nom du kinésiste
- 28 se sont avérées positives. Le Service a constaté que le nombre moyen de prestations pouvant être portées en compte par journée de travail était trop élevé.

Actions et suites

- Pour l'enquête négative, les intéressés ont reçu une lettre d'avertissement étant donné qu'il s'agit d'une pratique non réglementaire.
- Pour l'enquête avec d'autres infractions, elle suivra son propre cours et doit être considérée comme un spin-off
- Pour les 28 enquêtes positives : un procès-verbal de constat et une demande de remboursement volontaire ont été adressés à chaque dispensateur
 - 24 dispensateurs se sont déclarés d'accord avec les constats du SECM
 - 17 d'entre eux ont déjà remboursé l'intégralité de l'indu et
 - 7 dispensateurs remboursent l'indu en tranches mensuelles.
 - 4 dispensateurs de soins n'étaient pas d'accord avec nos constats. Une procédure administrative sera entamée à leur égard.

	Nombre	Montant de l'indu
Dossiers négatifs	1	
Spin-off	1	
Dossiers positifs avec remboursement sur base volontaire	24	327.801,77 €
Dossiers positifs avec procédure	4	107.719,05 €
TOTAUX	30	435.520,82 €

Poursuite des actions

Proposition de contrôle a posteriori pour les dossiers traités et détection de nouveaux cas éventuels.

IP019 Prestations de réanimation : mesure d'impact

Contexte

En 2007, l'enquête CENEC IP003 avait montré que certains hôpitaux facturaient des prestations non conformes reprises à l'article 13 de la nomenclature des prestations de santé (NPS). Pour des raisons de faisabilité, les remboursements avaient été uniquement exigés pour les hôpitaux ayant un indu supérieur à 1.000 EUR.

A noter que la même étude avait été faite pour le projet VARAK 2007 ; les infractions reprochées aux institutions hospitalières auraient en effet pu être dépistées par les organismes assureurs (OA) puisqu'il s'agissait de cumuls détectables sur une base de données informatiques.

Base légale

Prestations de l'art 13 de la NPS

§ 1^{er} Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en médecine interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, pédiatrie, anesthésiologie, chirurgie générale, neurochirurgie, orthopédie, chirurgie plastique, urologie ou neurologie

- Installation et surveillance de respiration contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, la prestation prévue sous le n° 350033 - 350044 pouvant être comptée en sus :

211013-211024 Le 1er jour	N 192
211035-211046 Du 2 ^e au 21 ^e jour, par jour	N 168
- Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres valeurs vitales) à l'aide d'un appareil sentinelle qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme y compris les enregistrements éventuels, en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques :

212015-212026 Le 1er jour	N 80
212030-212041 Les 2 ^e et 3 ^e jours, par jour	N 60
- Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres valeurs vitales) à l'aide d'un appareil sentinelle qui à côté de l'électrocardiogramme suit de façon permanente au minimum un des paramètres qui suivent : la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel, la pression intracavitaire ou pulmonaire à l'aide d'un cathéter intracardiaque, la pression intracrânienne à l'aide d'un cathéter intracrânien (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques) y compris les enregistrements éventuels :

214012 214023 Le 1er jour	N 192
214034 214045 Les 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e et 5 ^e jours, par jour	N 168

Résultats

Règles d'applications reprises au § 2 du même article :

- o 4° Les prestations n° 214012 - 214023, 214034 - 214045 ne sont pas cumulables avec les prestations n° 212015 - 212026 et 212030 -212041.
- o 7° Le nombre de jours indiqués dans le libellé des prestations 211013 -211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 -212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 -213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045 constitue le nombre maximum de jours pouvant être portés en compte pour une même période d'hospitalisation.
- o Les prestations 212015 - 212026 ou 212030 - 212041 ne peuvent être portées en compte si pendant une même période d'hospitalisation sont portées en compte trois ou plus de trois prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142 ou 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045.

Méthodologie

Le projet VARAK 2009, portant sur le premier trimestre 2009, a été utilisé pour mesurer l'impact de l'enquête CENEC IP003.

Les griefs sont formulés sur base du non respect des points 4° et 7° cités ci-dessus.

- o 4° : cumul interdit entre des prestations de surveillance
 - cardiaque « invasive » (214012-214023, 214034-214045) et
 - cardiaque « non invasive » (212015-212026, 212030-212041)²
- o 7° alinéa 1^{er} :
 - facturation au-delà du nombre de jours autorisés
 - plus d'une prestation par jour (par ex. un code ambulatoire et un code pour patient hospitalisé ...)
- o 7° alinéa 2 : attestation de prestations de surveillance cardiaque « non invasive » alors que le maximum de trois autres prestations reprises dans la liste a déjà été porté en compte.

Résultats

Les mêmes prestations non conformes ayant été retrouvées en 2007 et 2009, les institutions hospitalières concernées ont été réparties en trois catégories :

- o hôpitaux qui n'avaient pas été interpellés en 2007 mais qui présentent en 2009 un indu de plus de 1.000 EUR
- o hôpitaux qui n'avaient pas été interpellés en 2007 mais qui présentent en 2009 un indu de moins de 1.000 EUR
- o hôpitaux qui avaient déjà reçu un PVC en 2007 avec remboursement

Actions

Pour ces prestations portées en compte au cours du 1er trimestre 2009 :

- o 99 hôpitaux ont reçu un procès-verbal de constat et
- o 51 hôpitaux ont remboursé un indu total de 107.257 EUR.

Par ailleurs, chaque institution hospitalière a reçu une lettre d'avertissement.

² Les mots « invasive » et « non invasive » sont utilisés pour la compréhension du texte

2. Le contrôle « Code-barres unique »

Le but de ce contrôle est de permettre à l'INAMI de contrôler la délivrance réelle de médicaments dans le cadre d'une bonne gestion des moyens financiers.

Les firmes qui introduisent des médicaments remboursables en Belgique envoient chaque trimestre au SECM les codes-barres uniques (CBU) des médicaments mis sur le marché.

Les offices de tarifications envoient au SECM, par le biais de fichiers intégrés, les codes-barres uniques des médicaments portés en compte.

En contrôlant le fichier des offices de tarification, le service est à même de vérifier si un code-barres unique est introduit et porté en compte plusieurs fois, soit par le même pharmacien, soit par différents pharmaciens.

Les fichiers des firmes permettent de vérifier si les codes-barres uniques portés en compte par les pharmaciens ont bien été introduits sur le marché par les firmes.

Analyse des données de la période octobre 2009 à septembre 2011 inclus = 24 mois

Nombre d'officines concernées : 5.129

Nombre total de lignes de tarification analysées : 270.075.288

Nombre de lignes de tarification qui doivent être munies d'un CBU : 217.417.071

- o % sans CBU = 1,07%
- o % nombre CBU doubles dans la même officine = 0,11%
- o % nombre CBU dont le chiffre de contrôle (check digit) n'est pas correct = 0,02%
- o % CBU lus correctement et CBU corrects = 98,79%
- o % CBU identiques retrouvés dans différentes officines = 0,04%

Le pourcentage de lecture des codes-barres uniques montre une augmentation avec les années. Les causes de non-lecture ou de lecture double dans une même officine se situent chez les pharmaciens et sont dans la plupart des cas involontaires. Dans quelques cas, l'industrie a introduit sur le marché des codes doubles.

On a constaté un certain nombre de cas de fraude chez des pharmaciens qui ont lu des codes apparaissant également dans d'autres officines.

Conclusion

Le code-barres unique est un outil efficace pour contrôler la délivrance effective de médicaments par les pharmaciens mais aussi pour détecter les profils hors normes chez ceux-ci, ce qui permet d'effectuer des contrôles plus ciblés

3. Les enquêtes individuelles

Les médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs et infirmiers-contrôleurs ont compétence pour constater toute infraction à la loi Assurance soins de santé et indemnités et à ses arrêtés d'exécution.

a. Nombres

Tableau C1 : Nombre d'enquêtes individuelles **clôturées**

Enquêtes clôturées en 2011 Qualification du concerné	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	121	12,1
Médecins spécialistes	200	20,0
Pharmaciens	32	3,2
Dentistes	85	8,5
Infirmiers	176	17,6
Kinésithérapeutes	64	6,4
Logopèdes	4	0,4
Orthopédistes	8	0,8
Bandagistes	17	1,7
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	16	1,6
Opticiens	1	0,1
Audiciens	5	0,5
Pharmaciens-biologistes	2	0,2
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	135	13,5
MRPA	7	0,7
Assurés	54	5,4
Autres	73	7,3
TOTAUX	1.000	100

Tableau C2 : Nombre d'enquêtes **débutées**

Enquêtes débutées en 2011 Qualification du concerné	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	109	12,2
Médecins spécialistes	239	26,6
Pharmaciens	26	2,9
Dentistes	70	7,8
Infirmiers	183	20,4
Kinésithérapeutes	19	2,1
Logopèdes	4	0,4
Orthopédistes	8	0,9
Bandagistes	14	1,6
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	5	0,6
Prothésistes acousticiens	2	0,2
Pharmaciens biologistes	2	0,2
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	91	10,1
MRPA	8	0,9
MRS	3	0,3
Laboratoires agréés	2	0,2
Assurés	45	5,0
Autres	67	7,5
TOTAUX	897	100,0

b Résultats

Les dossiers sont classés en fonction du résultat. Ce classement fait l'objet du tableau C3.

Tableau C3 : type des dossiers en fonction du résultat

Type des dossiers 2011	Nombre de dossiers	% des dossiers
Informatif	26	2,6
Négatif	212	21,2
Action pour tiers	91	9,1
Avertissement	162	16,2
Avertissement avec remboursement volontaire	334	33,4
A poursuivre	175	17,5
TOTAUX	1.000	100

Résultats

La catégorie "informatif" concerne les dossiers qui, **après audition du plaignant et/ou du dispensateur**, se sont terminés sans constat d'infraction.

La catégorie "négatif" représente les cas où, **après vérification des données**, les suspicions d'erreurs ou de fraude s'avèrent non-fondées.

La catégorie "action pour tiers" contient tous les constats établis pour tiers et transmis à d'autres institutions (p.ex. Procureur du Roi, Ordre des médecins).

Les catégories "avertissement" et "avertissement avec remboursement volontaire" reprennent les cas où, de bonne foi, le dispensateur a attesté erronément des prestations. Dans ce cas, le constat d'infraction n'entraîne pas l'ouverture d'une procédure devant les juridictions administratives mais l'envoi d'un avertissement avec, le cas échéant, le remboursement volontaire des prestations indues.

Les sommes concernées par cette situation font l'objet du tableau C4

Tableau C4 : remboursements volontaires après avertissement.

Remboursements volontaires 2011 Qualification du dispensateur	Remboursements volontaires	%
Médecins généralistes	87.187,90 €	3,24
Médecins spécialistes	511.214,16 €	18,97
Pharmaciens	88.526,93 €	3,29
Dentistes	25.474,17 €	0,95
Infirmiers	284.133,68 €	10,55
Kinésithérapeutes	288.292,67 €	10,70
Logopèdes	154,69 €	0,01
Orthopédistes	7.782,78 €	0,29
Bandagistes	6.962,73 €	0,26
Dispensateurs d'appareillages divers	297.429,45 €	11,04
Acousticiens	21.000,00 €	0,78
Pharmaciens biologistes	488.481,02 €	18,13
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	393.958,49 €	14,62
Autres	193.653,69 €	7,19
TOTAUX	2.694.252,36 €	

La catégorie "à poursuivre" comprend les dossiers introduits auprès d'un des organes de juridiction administrative et pénale en fonction du type d'infraction constaté. Les données statistiques sont reprises dans la partie « Récupérations et mesures appliquées par les organes du contentieux »

c. Les infractions constatées

Le tableau reprend toutes les infractions constatées par les enquêteurs pour toutes les enquêtes clôturées dans l'année. Notons qu'une même prestation peut faire l'objet de plusieurs infractions.

Exemples :

- une radiographie dentaire peut être non conforme, faire l'objet d'un cumul non autorisé, ne pas avoir de protocole et de plus l'appareil RX peut ne pas être en ordre.
- l'absence de dossier infirmier est une infraction

Tableau C5 : Nombre d'infractions constatées (à l'exclusion des médicaments)

	2011
Nombre d'infractions constatées	810.322

d. Enquêtes suites à une plainte ou une déclaration

Les citoyens peuvent déposer une plainte auprès de leurs organismes assureurs ou informer le SECM de l'existence éventuelle d'infractions.

On entend :

- par plainte, celle introduite par un assuré ou un dispensateur de soins.
- par déclaration, l'information transmise par une institution, un service, un Organisme assureur.

Le SECM analyse toutes les plaintes qui lui sont adressées. Elles peuvent déboucher, selon les éléments contenus, sur une enquête ou sur un transfert vers l'institution compétente si la matière ne relève pas de la compétence du SECM.

L'anonymat

La règle est l'anonymat des plaignants, garanti par la loi. L'article 59 du Code pénal social entré en vigueur le 1^{er} juillet 2011 stipule en effet que *"sauf autorisation expresse de l'auteur d'une plainte ou d'une dénonciation relative à une infraction aux dispositions des législations dont ils exercent la surveillance, les inspecteurs sociaux ne peuvent révéler en aucun cas, même devant les tribunaux, le nom de l'auteur de cette plainte ou de cette dénonciation"*.

Résultats

Enquêtes suite à une plainte	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de plaintes	97	241	172	146	188
Nombre de dossiers débutés sur plaintes	97	241	172	146	188
Nombre de dossiers débutés sur plaintes/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	10%	26%	16%	16%	21%
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels l'instruction est terminée *	97	240	166	128	89
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels un indu a été constaté *	28	93	57	33	19
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels une amende a été prononcée * (la plupart des dossiers débutés depuis 2009 sont toujours en procédure)	8	19	6	2	1
* situation au 22-03-2012					

Enquêtes suite à une déclaration	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de déclarations	123	121	162	220	177
Nombre de dossiers débutés sur déclarations	123	121	162	220	177
Nombre de dossiers débutés sur déclarations/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	13%	13%	15%	24%	20%
Nombre de dossiers débutés sur déclarations dont l'instruction est terminée *	123	114	150	172	72
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels un indu a été constaté *	59	67	77	96	24
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels une amende a été prononcée * (la plupart des dossiers débutés depuis 2009 sont toujours en procédure)	20	21	8	0	0
*situation au 22-03-2012					

e. Les dossiers post-contrôle

Des enquêtes de post-contrôle permettent de s'assurer de l'impact des enquêtes réalisées.

Chaque année un pourcentage d'enquêtes individuelles fait l'objet d'une enquête de post-contrôle.

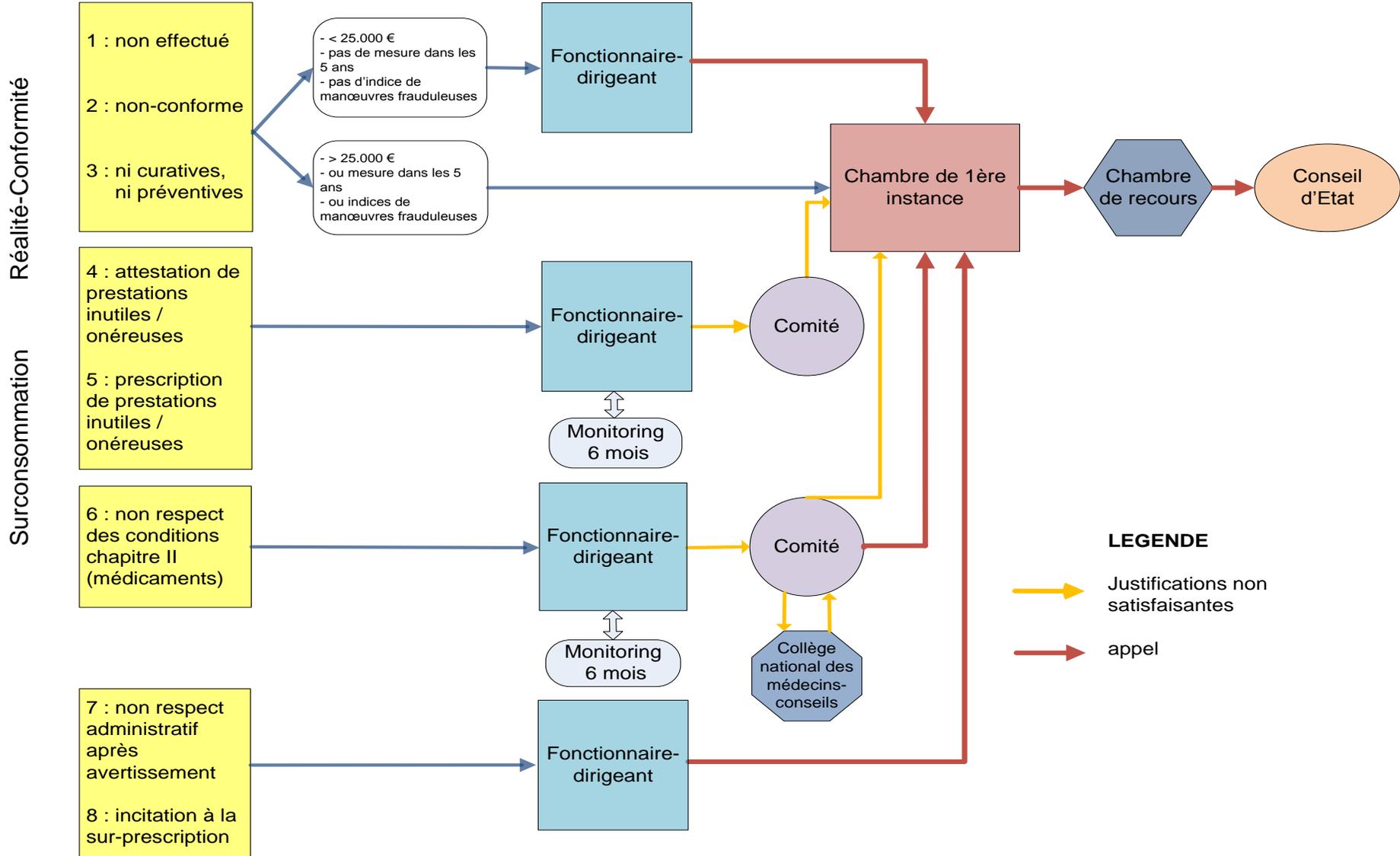
En 2008, une vérification après enquête, sur les dossiers clôturés en 2007, portant sur 20% des dossiers, a montré que dans 84% des cas il n'y avait pas de récidive.

V. RÉCUPÉRATIONS ET MESURES APPLIQUÉES PAR LES ORGANES DU CONTENTIEUX

Les dossiers qui font l'objet de poursuites devant un des organes du contentieux suivent un parcours qui diffère selon la catégorie d'infractions constatées. Les divers parcours possibles sont rassemblés sur le schéma de la page suivante.

Les décisions de chacun de ces organes sont ensuite détaillées.

CATEGORIES D'INFRACTIONS



1. Les organes d'administration active

a. les décisions du Comité du SECM

Les dossiers relatifs aux suspicions de surconsommation ou de sur-prescription sont soumis au Comité afin de décider si ces affaires peuvent être

- classées sans suite
- clôturées par un avertissement
- ou être renvoyées devant la Chambre de première instance.

Nombre de séances : 5

Dossiers surconsommation traités : 2, renvoyés en Chambre de première instance

b. les décisions du Fonctionnaire-dirigeant

Le Fonctionnaire-dirigeant s'est vu confier par les lois de décembre 2006 le pouvoir de connaître des constats faits à charge de dispensateurs attestant des prestations non effectuées ou non-conformes, d'en ordonner le remboursement et/ou le paiement d'amendes administratives, éventuellement assorties d'un sursis.

Trois conditions cumulatives limitent son pouvoir :

- il ne traite que les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 25.000 EUR
- en l'absence d'indices de manœuvres frauduleuses
- et de mesure prise dans les cinq années qui précèdent le constat de l'infraction.

Le tableau S1.1 reprend les données concernant les décisions du Fonctionnaire-dirigeant prises en 2011.

Le tableau S1.2 reprend les appels qui ont été introduits contre les décisions du Fonctionnaire-dirigeant.

Tableau S1.1

Qualification du dispensateur	Décisions		Ventilation des décisions			Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
			renvoi en CPI	griefs non établis	griefs établis		Remboursements imposés	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
	Nb	%	Nb	Nb	Nb	1	2	3	4	5	1+5
						EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	4	3,9	0	1	3	10.475,29	12.121,09	6.348,64	3.487,75	8.017,77	18.493,06
Médecins spécialistes	9	8,7	0	0	9	20.253,20	60.492,48	22.058,89	6.915,98	48.250,01	68.503,21
Pharmaciens	5	4,8	0	0	5	35.624,23	37.875,96	49.158,65	4.272,28	51.410,38	87.034,61
Dentistes	9	8,6	0	0	9	23.036,78	42.696,84	11.275,53	6.200,51	41.377,87	64.414,65
Infirmiers	69	66,3	6	0	63	157.965,42	343.659,38	85.958,51	88.692,28	217.047,62	375.013,04
Kinésithérapeutes	3	2,9	0	0	3	5.981,63	31.598,75	17.014,99	4.775,35	10.426,81	16.408,44
Orthopédistes	1	1,0	0	0	1	0,00	809,73	0,00	0,00	809,73	809,73
Prothésistes acousticiens	1	1,0	0	0	1	0,00	15.940,25	7.970,12	0,00	0,00	0,00
MRS	1	1,0	0	0	1	0,00	11.448,45	7.224,22	0,00	0,00	0,00
Autres	2	1,9	0	0	2	3.574,41	14.061,60	6.676,19	1.787,21	0,00	3.574,41
TOTAUX	104	100	6	1	97	256.910,96	570.704,53	213.685,73	116.131,36	377.340,19	634.251,15

Tableau S1.2

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
104	46 (dont 36 infirmiers)	44

2. Les juridictions administratives

a. les décisions de la Chambre de première instance

Il s'agit d'une juridiction administrative composée, sous la présidence d'un magistrat de l'Ordre judiciaire, de quatre membres, nommés par le Roi : deux membres, docteurs en médecine, sur proposition des Organismes assureurs, les deux autres sur proposition des groupes de dispensateurs des comparants.

Cette juridiction statue sur les recours introduits contre les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant.

Elle décide aussi, en premier ressort, dans toutes les affaires qui échappent à la compétence du Fonctionnaire-dirigeant. Comme lui, elle peut condamner au remboursement de l'indu et/ ou au paiement d'amendes administratives effectives ou avec sursis.

La première séance de la Chambre de première instance a eu lieu le 5 février 2009.

Le tableau S2.1 reprend les données concernant les décisions de la Chambre de première instance prises en 2011.

Le tableau S2.2 reprend les appels qui ont été introduits contre les décisions de la Chambre de première instance par les prestataires ou par le SECM.

Tableau S2.1

Qualification du dispensateur	Décisions		Décisions en 1ère instance		Décisions en degré d'appel		Remboursements volontaires	Décisions			Montants		
	en CPI		renvoi au FD	griefs non établis	griefs établis	appel non fondé		appel fondé	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
	Nb	%											
	1	2	3	4	5	1+5							
EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR								
Médecins généralistes	5	5,6	0	0	3	2	0	28.163,88	142.051,20	63.058,97	46.572,85	20.254,43	48.418,31
Médecins spécialistes	20	22,5	0	1	15	3	1	183.975,91	715.085,62	29.009,43	104.396,37	248.158,95	432.134,86
Pharmaciens	16	18,0	0	1	11	0	4	309.395,11	442.529,52	546.390,96	99.470,05	351.346,77	660.741,88
Dentistes	9	10,1	0	0	4	4	1	37.462,04	204.808,13	39.685,67	13.715,86	77.338,37	114.800,41
Infirmiers	29	32,6	0	0	23	4	2	107.001,30	1.642.172,75	733.270,99	38.692,23	539.353,21	646.354,51
Kinésithérapeutes	2	2,2	0	0	1	0	1	500,00	14.481,17	21.034,20	0,00	1.350,00	1.850,00
Orthopédistes	3	3,4	0	0	3	0	0	0,00	203.593,76	16.721,55	0,00	119.986,00	119.986,00
Hôpitaux, centres de soins	4	4,5	0	0	4	0	0	247.208,92	1.094.347,55	0,00	0,00	544.704,99	791.913,91
Autres	1	1,1	0	0	0	1	0	0,00	4.608,94	0,00	0,00	4.608,94	4.608,94
TOTAUX	89	100	0	2	64	14	9	913.707,16	4.463.678,64	1.449.171,77	302.847,35	1.907.101,65	2.820.808,81

Tableau S2.2

Nombre de décisions CPI	Nombre de recours en CR par le prestataire	%	Nombre de recours en CR par le SECM	%
89	24 (dont 10 infirmiers)	27	2	2

b. les décisions de la Chambre de recours

Cette instance est également une juridiction administrative, composée comme la Chambre de première instance, la différence étant que seul le magistrat a voix délibérative.

Elle se prononce en degré d'appel sur les contestations relatives aux décisions de la Chambre de première instance.

La première séance de la Chambre de recours a eu lieu le 12 janvier 2009.

Le tableau S3 reprend les données concernant les décisions de la Chambre de recours prises en 2011.

Tableau S3

Qualification du dispensateur	Décisions		Décisions en appel		Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
			Appel Non Fondé	Appel Fondé		Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
	Nb	%	Nb	Nb	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	3	12	1	2	0,00	18.724,31	30.719,99	0,00	0,00	0,00
Médecins spécialistes	5	18	1	4	0,00	56.210,91	0,00	0,00	56.210,91	56.210,91
Pharmaciens	3	12	3	0	97.872,86	45.952,74	69.186,78	0,00	74.186,78	172.059,64
Dentistes	1	4	0	1	0,00	410,46	0,00	0,00	410,46	410,46
Infirmiers	13	50	4	9	31.720,17	136.892,61	12.443,44	2.425,78	31.507,11	63.227,28
Bandagistes	1	4	1	0	19.556,28	19.556,28	9.778,14	9.778,16	9.778,14	29.334,42
TOTAUX	26	100	10	16	149.149,31	277.747,31	122.128,35	12.203,94	172.093,40	321.242,71

VI. LE CONTRÔLE EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Le contrôle de l'incapacité de travail après la première année

Après la première année d'incapacité de travail débute la période d'invalidité, durant laquelle le contrôle est confié au Conseil médical de l'invalidité (CMI). Cet organe composé de médecins des organismes assureurs et de médecins fonctionnaires de l'INAMI décide en règle générale sur base des dossiers médicaux communiqués par les médecins-conseils. Toutefois, il arrive que le Conseil médical de l'invalidité ne puisse se prononcer sur pièces. Il invite alors une section de ses commissions régionales à convoquer l'assuré concerné afin de le soumettre à un examen corporel.

Ces sections sont composées de deux médecins-conseils des organismes assureurs et d'un médecin-inspecteur du SECM qui préside. Pour garantir toute objectivité des décisions, le médecin-conseil de l'organisme assureur auquel est affilié l'assuré ne prend pas part à la décision.

Deux possibilités s'offrent aux sections régionales :

- soit elles proposent au Conseil supérieur de l'invalidité de reconnaître l'état d'incapacité
- soit elles décident d'y mettre fin.

Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	2011
Nombre de séances	2.013
Nombre d'assurés convoqués	14.091
Nombre d'exams médicaux effectués	10.888
Nombre d'exclusions ("moins de 66%")	4.713

2. Le contrôle de l'incapacité de travail à la demande des médecins-conseils

Le contrôle de l'incapacité de travail (régime général et indépendants), lors de la première année, est réalisé par les médecins-conseils. Les médecins-inspecteurs exercent aussi cette compétence à la demande du médecin-conseil dans des circonstances particulières, par exemple en milieu pénitencier.

3. Le contrôle du travail du médecin-conseil en matière d'incapacité primaire

Une cartographie de l'exécution de la mission de contrôle des médecins-conseils en matière de suivi de la période d'incapacité primaire de travail a été débutée.

4. Expertises et enquêtes à la demande des tribunaux du travail

Les décisions de refus de reconnaissance de l'incapacité de travail prises par les Commissions régionales peuvent être contestées devant les tribunaux du travail.

S'agissant de contestations médicales, le tribunal désigne, dans la plupart des cas, un expert médical chargé de l'éclairer. Tout au long de la procédure d'expertise, le médecin-inspecteur qui, en tant que président de la commission régionale, a pris la décision contestée est amené à défendre son point de vue.

Par ailleurs, il arrive que l'Auditorat du travail charge le Service d'une mission d'information à propos d'un dossier contentieux.

5. Le contrôle médical de l'incapacité de travail des titulaires handicapés et de certains travailleurs indépendants

Sous certaines conditions administratives et médicales, les personnes handicapées et les travailleurs indépendants peuvent bénéficier, en tout ou en partie, du remboursement de leurs soins de santé.

Dossiers "H"	2011
Nombre d'examens médicaux	
o pour première reconnaissance d'incapacité de travail	26
o pour prolongation de l'incapacité	27
Au total	53
Décisions lors de ces examens :	
o assurés incapables de travailler (>66%)	40
o assurés capables de travailler (<66%)	13

La vérification du taux d'incapacité est réalisée par les médecins-inspecteurs du SECM. Ceci fait l'objet du tableau ci-dessous.

6. Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères

Certains assurés relevant d'une sécurité sociale étrangère résident ou sont domiciliés en Belgique. Il arrive que l'organisme étranger auquel ils sont affiliés souhaite soumettre ces assurés à un examen médical. Les règlements européens et les conventions bilatérales signées par la Belgique organisent une entraide administrative entre les services d'inspection des états membres. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux réalise un certain nombre d'examens médicaux dans ce cadre.

Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères	2011
Nombre d'examens médicaux	164

VII. LE CONTRÔLE PRIMAIRE DES ORGANISMES ASSUREURS

Le montant des frais d'administration visé à l'article 195, §1er , 2° de loi relative à l'ASSI (14/7/1994), est accordé aux Unions nationales des mutualités et à la Caisse des soins de santé de la SNCB sur la base d'une évaluation de leurs performances de gestion et celles des mutualités qui leurs sont affiliées, effectuée par le conseil de l'Office de Contrôle des mutualités et les unions nationales des mutualités dénommée ci-après « l'Office de Contrôle».

L'évaluation visée à l'alinéa 1er porte, à partir de l'année 2004, sur les performances de gestion constatées durant la période du 1er janvier au 31 décembre de l'année à laquelle se rapporte le montant dont question à l'alinéa 1er.

La part de ce montant auquel chaque Union nationale de mutualités peut au maximum avoir droit est fixée en tenant compte du pourcentage de répartition, visée à l'article 195, §1er, 2°, alinéa 7, de la loi précitée du 14 juillet 1994 , applicable au montant des frais d'administration afférents à l'exercice concerné par l'évaluation.

Les montants ainsi accordés seront répartis entre les secteurs et régimes de soins de santé et des indemnités dans la même proportion que la partie principale des frais d'administration.

(Arrêté Royal du 28 août 2002, relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montants de leurs frais d'administration)

N°	CRITERE	PONDERATION
1	communication de données à l'INAMI et exécution de missions du contrat d'administration	15%
2	maximum à facturer – MAF	10%
3	transmission des documents de l'assurance obligatoire à l'INAMI et des données nécessaires aux experts	5%
4	participation aux études	5%
5	contrôle interne et audit interne : respect des modalités particulières de remboursement des prestations	25%
6	modalité de paiement des factures dans l'ordre chronologique	5%
7	respect des délais : imputation des prestations comptabilisées au mois comptable	10%
8	gestion des ressources de l'Assurance obligatoire	10%
9	délais de production des pièces et données nécessaires à l'exécution des missions du SECM et qualités	10%
10	éducation à la santé	5%
		100%

Le SECM a pris en charge le critère 5 en vérifiant le bon respect des modalités de remboursement des prestations (règles d'application, cumuls interdits, qualifications...).

Réalisation et résultats

Le critère 5 plus communément appelé « contrôle primaire » a donné naissance aux projets suivants :

Projet 2011, 10 sous-projets :

N°	Sous-projet	% global d'anomalies détectées
11,1	Cholangio-wirsungographie (NPS art. 17)	0,05
11,2	Défibrillation cardiaque (NPS art. 13§1)	7,93
11,3	Honoraires de surveillance (NPS art. 25 §1)	1,12
11,4	Examen de la motilité oculaire dans le strabisme (NPS art. 14h)	1,26
11,5	Examen des vaisseaux sanguins pelviens pour les gynécologues (NPS art 17quater §1 2°)	19,9
11,6	Trachéo- et/ou laryngo-scopie (NPS art. 11)	0,08
11,7	Règle des champs (NPS art. 15 §3 et §5)	12,33
11,8	Tilt test épreuve pharmacodynamique (NPS art 20 §1e)	0,028
11,9	Pompe intrathécale (NPS 11 §1)	1,86
11,10	Radio-isotopes (A.R. 21-12-2001 Chap VI)	28,33

Le SECM a mis en place toutes les techniques de management de projet afin de transmettre dans les temps un rapport de la meilleure qualité possible à l'Office de Contrôle.

Conclusions

Ce projet vise à stimuler les Organismes assureurs pour améliorer le contrôle primaire sur les dépenses de l'Assurance SSI.

En outre, ce projet montre qu'une synergie entre les Organismes assureurs, l'Office de contrôle des mutuelles et l'INAMI peut être efficace dans le cadre d'une allocation optimale des moyens mis à disposition par l'Assurance SSI.

3^{ème} partie : perspectives 2012-2013

LES PERSPECTIVES

Durant les prochaines années, le SECM continuera sur la dynamique des années précédentes et poursuivra ses actions dans le cadre de la stratégie « Information Contrôle Évaluation (ICE) » développée afin de contribuer à l'utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le département Information et Communication va publier de nouvelles brochures d'information pour les dispensateurs de soins, notamment pour les dentistes. Les brochures existantes seront mises à jour :

- Le SECM - Missions et procédures – première édition 2007
- INFOBOX médecin généraliste – première édition 2006
- INFOBOX médecin spécialiste – première édition 2008
- INFOBOX kinésithérapeute – première édition 2010
- INFOBOX infirmier – première édition 2010
- INFOBOX pharmacien – première édition 2011

Les départements Contrôle et Évaluation vont renforcer l'approche thématique commune dans la poursuite de la stratégie appliquée ces dernières années.

Dans le domaine juridique l'attention restera portée sur les dossiers individuels avec les infractions les plus lourdes.

En matière de continuité du fonctionnement du SECM après 2014, il faut tenir compte du départ à la retraite d'une centaine de collaborateurs entre 2010 et 2015. Ceci correspond à 28 % du personnel. L'examen du profil de ces futurs retraités montre qu'ils occupent des fonctions essentielles. Il s'agit de détenteurs de connaissances critiques, d'enquêteurs (médicaux et paramédicaux) et de membres de la direction. Assurer la continuité de notre prestation de services constitue un grand défi.

Sur le plan du partenariat avec les organismes assureurs, une cartographie de l'exécution de la mission de contrôle des médecins conseils sera établie en matière de suivi de la période d'incapacité primaire de travail.

4^{ème} partie : documentation

I. LA LOI SUR LA RESPONSABILISATION DES DISPENSATEURS DE SOINS

Le 15 mai 2007, l'entrée en vigueur des lois du 13, du 21 et du 27 décembre 2006 modifie de manière considérable la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI). Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) subit à cette occasion une réforme très importante qui affecte fortement ses structures, ses missions et la manière de les exercer.

La procédure d'examen des dossiers introduite en 2003 avait été jugée comme ne garantissant pas suffisamment le respect des droits de la défense des dispensateurs de soins. En effet, dans ce système, le Comité du SECM connaissait des dossiers "réalité/conformité" et des dossiers "surconsommation" au 1er degré et les sanctionnait le cas échéant. Cette procédure ne permettait pas la comparution directe et personnelle du dispensateur de soins devant le Comité. Le seul contact du dispensateur avec le Comité avait lieu par l'intermédiaire de deux auditeurs, membres du Comité.

Une autre critique avancée était que, même si de manière légale et donc objective, les membres du Comité étaient totalement indépendants des enquêteurs du SECM, l'impression pouvait exister qu'ils faisaient cause commune.

Ce problème devait être résolu : le dispensateur doit ressentir en tous temps que son affaire est traitée en toute indépendance et impartialité. Ces différentes réflexions ont amené le législateur à revoir en profondeur l'organisation du SECM et des procédures de contrôle. Ainsi, il a supprimé les compétences de sanction du Comité en matière de surconsommation et de réalité/conformité, et les a transférées au Fonctionnaire-dirigeant du SECM et à la Chambre de première instance.

Les lois de décembre 2006 complètent et adaptent également les missions assignées au SECM. Elles modifient les définitions des manquements ainsi que les mesures applicables aux dits manquements lorsque ceux-ci sont déclarés fondés. Enfin, elles modifient les procédures en matière de surconsommation.

1. Infractions

Les infractions sont réparties en huit catégories :

1. les prestations non effectuées
2. les prestations non conformes à la législation
3. les prestations ni curatives ni préventives (par exemple, la chirurgie esthétique "pure" ou certaines prestations de médecine sportive. Les soins palliatifs ou les actes diagnostiques ne tombent pas sous cette définition)

4. les prestations exécutées de manière superflue ou inutilement onéreuse
5. les prescriptions de prestations superflues ou inutilement onéreuses
6. les prescriptions de spécialités pharmaceutiques qui ne respectent pas suffisamment les recommandations émises par la Commission de remboursement des médicaments (CRM)
7. les infractions purement administratives (qui visent les manquements relatifs à certaines formalités administratives qui ne mettent pas en cause les conditions essentielles de remboursement de la prestation)
8. l'incitation à la surconsommation ou à la sur-prescription.

2. Mesures applicables

1. Le dispensateur de soins qui atteste des prestations non effectuées peut se voir condamné au remboursement de l'indu et est passible d'une amende administrative comprise entre 50% et 200% de l'indu.
2. Le dispensateur qui atteste des prestations non conformes peut se voir condamné au remboursement du préjudice subi par l'assurance soins de santé et/ou au paiement d'une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.
3. Le dispensateur qui atteste des prestations qui ne sont ni curatives ni préventives doit en rembourser la valeur et est passible d'une amende comprise entre 5% et 100% de l'indu.
4. Le dispensateur qui atteste des prestations exécutées de manière superflue ou inutilement onéreuse se voit condamné à rembourser le préjudice subi par l'assurance soins de santé et est passible d'une amende administrative comprise entre 5% et 100% du montant du remboursement.
5. Le dispensateur qui prescrit des prestations superflues ou inutilement onéreuses est passible d'une amende administrative comprise entre 500 et 50.000 EUR.
6. Le dispensateur qui prescrit des spécialités pharmaceutiques visées à l'article 35bis, §10, alinéa 2 de la loi SSI, en dépassant les seuils fixés par les indicateurs et en respectant insuffisamment les recommandations de la CRM, est passible d'une amende administrative de 500 à 20.000 EUR.
7. Le dispensateur qui, après avertissement écrit du SECM, atteste des prestations en ne respectant pas une formalité administrative qui n'est pas une condition essentielle de remboursement, est passible d'une amende administrative de 50 à 500 EUR.

8. La personne, physique ou morale, qui incite un dispensateur à prescrire ou à exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses est passible d'une amende administrative de 1.000 à 250.000 EUR. Cette dernière infraction relevait, jusqu'à la présente modification législative, de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI. Désormais, c'est le Fonctionnaire-dirigeant du SECM qui sanctionnera de telles infractions.

La loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins introduit un élément neuf en matière de remboursement : **le préjudice financier** subi par l'assurance soins de santé. Le SECM estime le montant de ce préjudice, lequel ne doit pas encore avoir été réparé sur base d'une autre disposition de la loi.

En cas de prestations non effectuées ou de prestations ni curatives ni préventives, le montant à rembourser porte sur la valeur totale des prestations indûment portées en compte à charge de l'assurance soins de santé.

En cas de surconsommation et de non-conformité en revanche, seul le dommage financier subi par l'assurance soins de santé sera remboursé. Auparavant, la récupération totale des prestations indûment attestées entraînait parfois la récupération de sommes énormes alors que l'assurance soins de santé n'avait subi aucun dommage financier.

Exemples :

L'Ordre des pharmaciens suspend un pharmacien qui se fait remplacer à l'officine mais sous le nom duquel les prestations continuent à être attestées. Les médicaments ont bien été prescrits et délivrés par une personne habilitée à le faire, mais ils auraient dû être attestés sous le nom du remplaçant. Dans ce cas, il n'existe aucun préjudice financier pour l'assurance.

Le dispensateur qui atteste sous un code mieux remboursé en lieu et place du code correct. Dans ce cas, le préjudice financier est la différence entre la somme remboursée et celle qui aurait dû l'être.

Les mesures prévues peuvent être assorties d'un **sursis**.

Les règles relatives à la **prescription** sont les suivantes :

- o les affaires qui relèvent de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant doivent faire l'objet d'une décision dans les deux ans à compter du procès-verbal de constat
- o la Chambre de première instance doit, quant à elle, être saisie, à peine de déchéance, dans les trois ans du procès-verbal de constat.

3. Organes du contentieux

La nouvelle loi institue deux juridictions administratives :

- o La Chambre de première instance se compose d'un magistrat président et de quatre membres nommés par le Roi : deux sur proposition des organismes assureurs, les deux autres sur proposition du groupe de dispensateurs de la profession du comparant. Tous ont voix délibérative.
- o En degré d'appel, la Chambre de recours est composée comme la Chambre de première instance. La différence est que seul le magistrat a voix délibérative.

Le mandat des magistrats et membres susvisés est incompatible avec tout autre mandat exercé au sein du SECM et celui de membre du Comité. L'indépendance et l'impartialité de ces juridictions sont donc parfaitement garanties.

En ce qui concerne les droits de la défense, le système proposé permet dorénavant au dispensateur de soins de comparaître en audience publique, assisté ou représenté par le conseil de son choix.

Si la surconsommation et la sur-prescription relèvent de la compétence exclusive des Chambres de première instance, les prestations non effectuées ou non conformes relèvent tantôt de la compétence des Chambres de première instance, tantôt de celle du Fonctionnaire-dirigeant du SECM.

Seules les affaires qui répondent aux conditions cumulatives suivantes relèvent de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant :

- o dans les cinq ans qui précèdent le constat d'infraction, le dispensateur n'a pas fait l'objet d'une mesure infligée par les Chambres restreintes ou leurs Commissions d'appel, par la Commission de contrôle ou sa Commission d'appel, par le Comité ou par les anciennes Chambres de recours, par le Fonctionnaire-dirigeant, par la Chambre de 1ère instance ou par la nouvelle Chambre de recours
- o les faits pour lesquels le dispensateur est poursuivi à ce moment ne révèlent pas d'indices de manœuvres frauduleuses
- o la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 25.000 EUR.

Toutes les autres affaires relèvent de la compétence de la Chambre de première instance. Ces dernières sont saisies par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM.

Les mesures prononcées par le Fonctionnaire-dirigeant peuvent être contestées en premier ressort devant les Chambres de première instance. Les décisions prises par ces Chambres peuvent à leur tour être contestées devant les Chambres de recours, tant par le dispensateur que par le SECM, partie au litige devant les deux instances.

Pour les affaires qui relèvent de la compétence des Chambres de première instance, l'appel de leurs décisions est porté devant les Chambres de recours.

4. Procédures en matière de surconsommation et de sur-prescription

L'éventuelle surconsommation ou sur-prescription s'évalue sur base de recommandations de bonne pratique médicale et d'indicateurs de déviation manifeste ou, en l'absence de ces données, par rapport à celle de dispensateurs normalement prudents et diligents, placés dans des circonstances similaires. Il y a lieu de tenir compte entre autres d'informations scientifiques acceptées par des associations et institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale.

En matière de surconsommation, le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) élabore les recommandations et les indicateurs. En matière de sur-prescription de médicaments du chapitre II, la Commission de remboursement des médicaments (CRM) émet les recommandations et le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) définit les indicateurs.

Le SECM recueille les données relatives aux prestations concernées par les indicateurs. Il invite les dispensateurs de soins dont la pratique se situe au-delà des indicateurs à se justifier par écrit.

Après avoir examiné les moyens de défense, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM décide de classer le dossier sans suite ou de placer la pratique du dispensateur sous monitoring pour une période de minimum six mois.

C'est au Comité du SECM qu'appartient la décision finale de classer le dossier sans suite, de le clôturer par un avertissement ou de charger le Fonctionnaire-dirigeant de saisir la Chambre de première instance.

En matière de sur-prescription de certains médicaments (type « chapitre II »), une étape supplémentaire existe avant la décision finale du Comité. Le Collège national des médecins-conseils doit être consulté. Il évalue le respect des recommandations de la CRM par le dispensateur. Si, sur base de cette évaluation, le Collège constate que le dispensateur ne respecte pas suffisamment les recommandations dans 20% au moins des cas, il en avertit le SECM qui transmet le dossier au Comité.

Si le critère d'évaluation est celui de "dispensateurs normalement prudents et diligents, placés dans des circonstances similaires", le Comité décidera de la nécessité de transmettre le dossier à la Chambre de première instance.

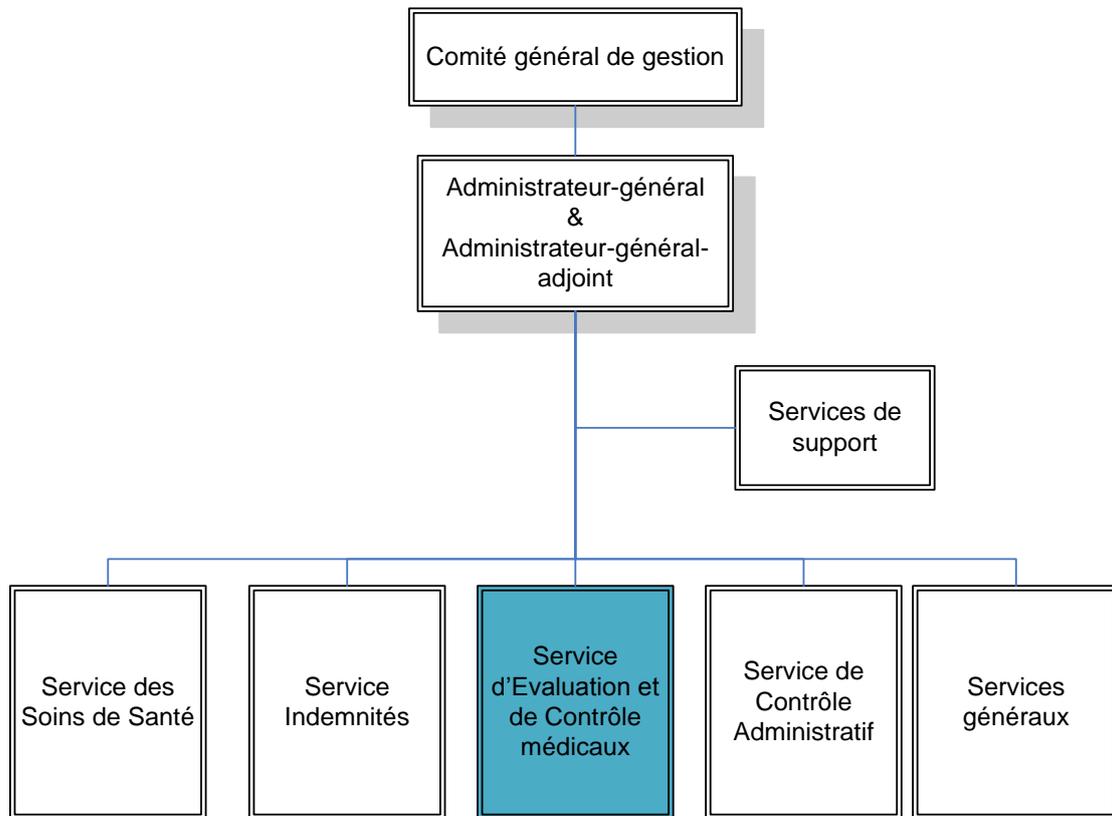
5. Conclusion

Les nouvelles dispositions introduites par les lois de décembre 2006 viennent renforcer l'efficacité du contrôle exercé par le SECM.

Les droits de la défense sont davantage protégés puisque le dispensateur de soins peut désormais s'exprimer devant ses juges en 1ère instance et en outre en degré d'appel.

L'introduction de la notion de "dommage financier subi par l'assurance soins de santé" contribue également au sentiment de "meilleure justice" ressenti par le dispensateur de soins.

II. LE SECM AU SEIN DE L'INAMI



III. LE SECM : BONNE GOUVERNANCE

1. Gestion du SECM

Ces dernières années, le Service a investi dans le processus de modernisation entamé suite aux nouvelles tâches et missions qui lui ont été confiées. Diverses procédures ont été revues et l'équipe de management du Service développe des outils de gestion et de suivi de l'efficacité de la politique menée.

Plan stratégique et Contrat d'administration

Les activités du SECM s'inscrivent dans la stratégie de l'INAMI en matière de gestion de l'assurance soins de santé et indemnités. Les actions sont étroitement liées aux plans stratégiques et contrat d'administration de l'Institut.

2. Le Comité du SECM

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est dirigé par un Comité présidé par un magistrat et composé de deux commissaires du Gouvernement, de représentants (médecins) des organismes assureurs, de représentants de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des pharmaciens et des différentes professions médicales ou paramédicales concernées ainsi que des institutions qui dispensent des soins (hôpitaux, maisons de repos, centres de rééducation, etc.).

Il est chargé, avec le concours du personnel du Service, d'assurer le contrôle de l'assurance soins de santé, indemnités et maternité.

Jusqu'au 14.05.2007, il connaissait de toutes les infractions à la législation AMI, aussi bien la surconsommation, la sur-prescription que l'attestation de prestations non effectuées ou non-conformes.

Depuis le 15.05.2007, le Comité est compétent en matière de surconsommation et de prescription inutile ou trop onéreuse de prestations ou de produits.

En cas de surconsommation ou de sur-prescription, le Comité se prononce sur la suite à réserver aux dossiers qui lui sont soumis par le Service. Trois possibilités s'offrent à lui :

- soit classer le dossier
- soit le clôturer par un avertissement
- soit charger le Fonctionnaire-dirigeant du Service de saisir la Chambre de première instance en vue de poursuites et d'application des mesures prévues.

Lorsqu'il est fait reproche à un dispensateur d'avoir prescrit certaines spécialités pharmaceutiques (type « Chapitre II ») sans avoir respecté les recommandations de la Commission de remboursement des médicaments, le Comité doit toutefois prendre l'avis préalable du Collège national des médecins-conseils avant de donner mission au Fonctionnaire-dirigeant de porter l'affaire devant la Chambre de première instance.

Il y a lieu de noter que les décisions de classement sans suite ou d'avertissement sont susceptibles d'être contestées par le Fonctionnaire-dirigeant qui peut interjeter appel devant la Chambre de première instance.

IV. LE SECM : TYPES D' ACTIONS

1. Information

De meilleures informations et sensibilisations des dispensateurs de soins au moyen de :

- o brochures pratiques pour les dispensateurs de soins
- o feed-back sur les résultats des activités d'évaluation et de contrôle
- o informations utiles sur le site Internet www.inami.be (publication des décisions des instances administratives, nomenclature, ...)

doivent permettre de prévenir les infractions à la législation.

2. Évaluation

L'évaluation est essentiellement préventive par l'information des dispensateurs de soins au sujet de leur pratique. Elle veille aussi à y détecter les anomalies dans le cadre de l'assurance SSI. Les points d'attention sont :

- o la surconsommation
- o l'utilité
- o la réalité/conformité.

Le département Évaluation réalise par exemple un examen de la pratique professionnelle d'un groupe de dispensateurs sélectionné sur la base de critères tels que la qualification, le profil de prescripteur ou de prestataire. Les dispensateurs chez lesquels un comportement en dehors des normes est constaté sont invités à expliciter leur manière de faire.

L'évaluation peut aboutir à :

- o une prévention individuelle : le dispensateur qui n'a pas pu donner une explication satisfaisante de sa pratique professionnelle reçoit une lettre de prévention individualisée
- o une prévention générale : le rapport de l'évaluation thématique y compris les conclusions est diffusé largement dans le milieu professionnel concerné et peut faire l'objet d'une publication sur le site www.inami.be
- o le cas échéant une proposition aux instances compétentes d'adaptation de la nomenclature en vigueur.

Les actions de l'Évaluation ne sont pas sans suites. Leurs effets peuvent être mesurés par la suite par une mesure d'impact, ou être l'occasion d'un post-contrôle.

3. Contrôle

Le contrôle permet de vérifier si, d'une part si les prestations de santé portées en compte par les dispensateurs de soins individuels et les établissements, et d'autre part les indemnités versées aux assurés, l'ont été conformément aux dispositions et conditions légales.

Dans le domaine des soins de santé, le SECM effectue des investigations ou enquêtes pouvant aboutir à une démarche, soit informative, soit préventive, soit répressive.

Dans le domaine de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité, le SECM participe, avec les médecins-conseils des organismes assureurs, au contrôle de l'incapacité de travail au sein des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (CR-CMI)

4. La jurisprudence

L'article 157 §3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les décisions du Fonctionnaire-dirigeant, des Chambres de première instance et des Chambres de recours, sont publiées de manière anonyme sur le site internet de l'INAMI :

www.inami.be > dispensateurs de soins
> information générale
> Jurisprudence des instances administratives et juridictionnelles instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux
> décisions anonymisées.

Ces décisions sont publiées par année (selon la date du prononcé), en indiquant

- o la langue de la procédure,
- o l'organe ayant prononcé la décision :
 - o Fonctionnaire-dirigeant = FD
 - o Chambre de première instance = CPI
 - o Chambre de recours = CR
- o et la qualification du dispensateur de soins concerné (par exemple médecin, dentiste, infirmier, ...).

V. LEXIQUE DES ACRONYMES

AMI : assurance maladie-invalidité

AR : Arrêté royal

ASSI : assurance soins de santé et invalidité

CBU : code-barres unique

CEM : Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments

CENEC : cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel

CMI : Conseil médical de l'invalidité

CNMC : Collège national des médecins-conseils

CNPQ : Conseil national de promotion de la qualité

COOPAMI : plate-forme de coopération soutenant les pays qui souhaitent développer ou moderniser une protection sociale universelle, solidaire et pérenne

CPI : Chambre de première instance

CR : Chambre de recours

CRM : Commission de remboursement des médicaments

CRCMI : Commission régionale du conseil médical de l'invalidité

CSCMI : Commission supérieure du conseil médical de l'invalidité

EHFCN : European Healthcare Fraud & Corruption Network

FD : Fonctionnaire-dirigeant

INAMI : Institut national de l'assurance maladie-invalidité

KCE : Centre fédéral d'expertise

MB : Moniteur belge

NPS : nomenclature des prestations de santé

OA : organismes assureurs

SECM : service d'évaluation et de contrôle médicaux

VI. PLUS D'INFORMATIONS ?

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

Contactez-nous :

Par mail : i&C-team@inami.fgov.be

Par courrier : Institut national d'assurance maladie-invalidité
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
i&C-team
Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles

