



SECM Rapport d'activités 2013

Service d'évaluation et de contrôle médicaux

LE BILLET DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

2013, année de transition.

Le thème de la transition, interne et externe, sera ce qui marquera cette année 2013.

Transition interne d'abord avec les conséquences prévues de l'arrivée à la retraite de nombreux agents.

D'une part, le Service a évolué vers une nouvelle manière de travailler avec la formation des assistants d'enquête, ce qui a permis aux contrôleurs et inspecteurs de leur déléguer certaines tâches, de permettre plus de polyvalence à chacun et de travailler davantage en équipe.

D'autre part, des groupes de travail se sont attelés à l'élaboration des futures structure et fonctionnement du SECM, et cela dans le cadre du programme « DGEC-SECM 2015 ».

Transition externe ensuite.

La mission du SECM est de contribuer au mieux à l'utilisation efficiente des moyens de l'assurance. Dans cette optique, alors que jusqu'à présent les actions de contrôle du SECM avaient principalement pour domaine la réalité-conformité des prestations, cette fois, c'est une évolution vers une demande de qualité des prestations qui s'impose. Je me réfère pour l'exemple à l'étude des tests de la fonction pulmonaire (p. 20). Les attentes et les intérêts du patient et du contribuable demandent qu'une prestation remboursée soit nécessaire, utile et de qualité.

Ces transitions s'effectuent en même temps que le travail habituel.

Ainsi, afin que tout dispensateur puisse toujours avoir accès à une information de qualité, la collection des Infobox s'est enrichie des deux dernières brochures : « Dentiste » et « Paramédicaux ». Et l'Infobox « Médecin-spécialiste » a fait l'objet d'une mise à jour.

Les enquêtes, individuelles et thématiques se sont poursuivies. Des projets d'évaluation se sont concrétisés. Vous en trouverez les détails dans ce rapport.

Comme chaque année, j'en profite pour remercier l'ensemble des collaborateurs qui s'investissent au quotidien et, de plus, se trouvent actuellement impliqués dans toutes ces transitions, avec les perturbations que tout changement entraîne.

Docteur Bernard Hepp
Médecin-directeur général
Fonctionnaire-dirigeant.

RAPPORT : MODE D'EMPLOI ET PRECAUTIONS DE LECTURE

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 cinq pages sur fond coloré "**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 qui reflètent le bilan 2013.
- Les textes explicatifs complémentaires sont rassemblés à la fin du document dans la partie "**Documentation**".

Point d'attention : ce rapport rassemble les actions réalisées au cours de l'année 2013. Une enquête n'est pas débutée, menée, clôturée et transmise aux instances juridictionnelles pour décision définitive au cours de la même année. Les tableaux concernent donc des dossiers différents : il ne faut pas y chercher la chronologie d'un même dossier.

Bonne lecture !

Ce rapport est conçu et réalisé par la Direction Information du SECM sur base des résultats et renseignements fournis par les autres départements à la date du 31 mars 2014.

Il a été présenté à la séance du Comité du SECM du 9 mai 2014.

TABLE DES MATIÈRES

Le billet du Fonctionnaire-dirigeant	3
Lecture du rapport : mode d'emploi	4
Table des matières.....	5
1^{re} partie : en un coup d'œil	7
I. Le SECM	8
II. 2013 : réalisations.....	9
III. Activités SECM 2013 : quelques chiffres	10
IV. Le personnel	11
V. La structure.....	11
2^e partie : résultats	13
I. L'impact des actions du Service, l'économie induite.....	15
II. L'information.....	17
1. <i>Information des dispensateurs de soins</i>	<i>17</i>
2. <i>La fonction d'avis</i>	<i>17</i>
III. L'évaluation.....	19
IV. Le contrôle en soins de santé	35
1. <i>Les enquêtes thématiques « CENEC »</i>	<i>35</i>
2. <i>Le contrôle « Code-barres unique »</i>	<i>50</i>
3. <i>Les enquêtes individuelles</i>	<i>51</i>
V. Récupérations et mesures appliquées par les instances juridictionnelles	57
1. <i>Les organes d'administration active</i>	<i>63</i>
2. <i>Les juridictions administratives.....</i>	<i>66</i>
VI. Le contrôle en incapacité de travail	71
1. <i>Le contrôle de l'incapacité de travail après la première année</i>	<i>71</i>
2. <i>Le contrôle de l'incapacité de travail à la demande des médecins-conseils.....</i>	<i>71</i>
3. <i>Le contrôle du travail du médecin-conseil en matière d'incapacité primaire</i>	<i>72</i>
4. <i>Expertises et enquêtes à la demande des tribunaux du travail.....</i>	<i>72</i>
5. <i>Le contrôle médical de l'incapacité de travail des titulaires handicapés et de certains travailleurs indépendants</i>	<i>72</i>
6. <i>Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères</i>	<i>72</i>
VII. Le contrôle primaire des Organismes assureurs	75

3^e partie : perspectives 2014-2015.....	79
4^e partie : documentation	83
I. La loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins	85
1. <i>Historique</i>	85
2. <i>Infractions</i>	85
3. <i>Mesures applicables</i>	86
4. <i>Explications</i>	87
5. <i>Instances juridictionnelles</i>	88
6. <i>Procédures en matière de surconsommation</i>	89
7. <i>Conclusion</i>	90
II. Le SECM au sein de l'INAMI	91
III. Le SECM : bonne gouvernance	93
1. <i>Gestion du SECM</i>	93
2. <i>Le Comité du SECM</i>	93
IV. Le SECM : types d'actions	95
1. <i>Information</i>	95
2. <i>Évaluation</i>	95
3. <i>Contrôle</i>	95
4. <i>La jurisprudence</i>	96
V. LEXIQUE DES ACRONYMES	97
VI. Plus d'informations ?	98

1^{re} 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 les plans de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi et de la surconsommation
- 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, Professionnalisme.

ENGAGEMENT

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

OBJECTIFS DU QUATRIEME CONTRAT D'ADMINISTRATION (2013-2015)

Article 22. Informatisation de la gestion des dossiers

Article 23. Réorganisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en vue d'assurer la continuité et de pouvoir relever les futurs défis

Article 25. Contrôle relatif à la délivrance non conforme de certificats d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités

II. 2013 : RÉALISATIONS

Sur le plan de l'information - communication :

Publications :

- Infobox médecin spécialiste, mise à jour
- Infobox dentiste, première édition
- Infobox paramédicaux, première édition.

Le 04 juin 2013, le SECM a présenté à quelques journalistes son rapport d'activités 2012 et a illustré l'impact direct et indirect de ses actions à l'aide d'exemples.

Sur le plan du contrôle :

983 enquêtes individuelles ont été clôturées. Le montant total des indus constatés est de 9,17 millions EUR. Les instances juridictionnelles peuvent modifier les indus dans la suite des procédures.

Trois enquêtes thématiques ont été terminées :

- IP014 Attestation d'une neurolyse dans le syndrome du canal carpien
- IP022 Facturation des dilatations endo-vasculaires percutanées
- IP024 Kinésithérapie : mesure d'impact du dépassement des moyennes journalières.

Sur le plan de l'évaluation :

Trois projets sont clôturés :

- 10/001 Mesure d'impact de la campagne « tests de la fonction pulmonaire »
- 11/004 Inhibiteurs de la pompe à protons : étude sur l'implémentation des indicateurs
- 13/006 Mesure d'impact de contrôle renforcé par les O.A. des demandes de remboursement des médicaments du chapitre IV.

Sur le plan des récupérations et des mesures applicables :

Nombre de décision des organes du contentieux :

- Fonctionnaire-dirigeant : 92
- Chambre de première instance : 131
- Chambre de recours : 122

Sur le plan du contrôle en incapacité de travail :

Réalisation de 8.563 examens médicaux dans le cadre des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité.

Sur le plan international :

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

III. ACTIVITÉS SECM 2013 : QUELQUES CHIFFRES

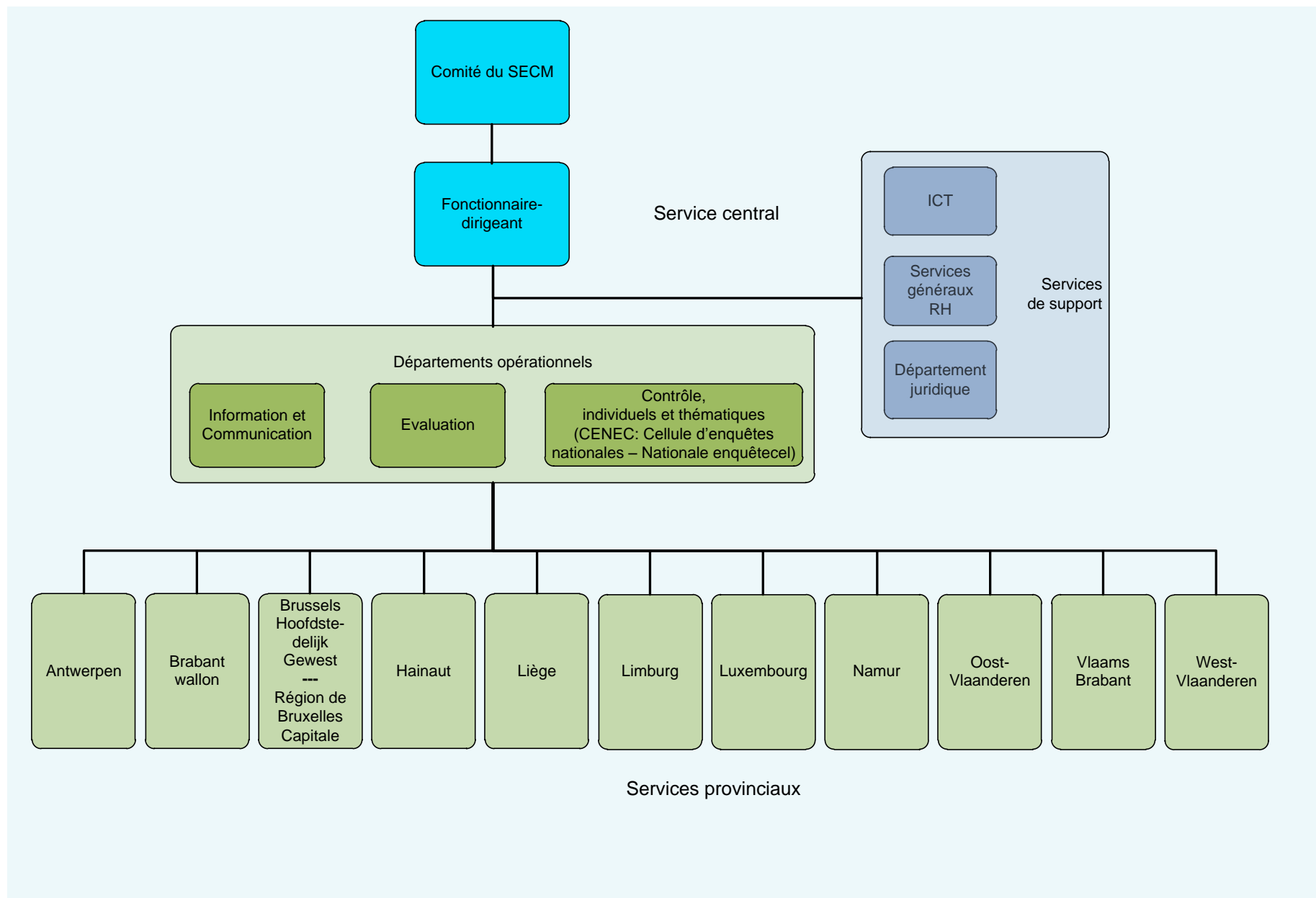
	2013
Information	
Infobox médecin spécialiste, mise à jour	
Infobox dentiste, première édition	
Infobox paramédicaux, première édition	
Évaluation	
Nombre de thèmes clôturés	3
Contrôle	
Nombre d'enquêtes individuelles clôturées	983
Montant des remboursements volontaires perçus (enquêtes clôturées « avertissement avec remboursement volontaire »)	3.659.642 €
Nombre d'enquêtes thématiques (CENEC) clôturées	3
Procédures et mesures applicables :	
1. Décisions du Fonctionnaire-dirigeant	
Nombre de décisions prononcées	92
Montant des remboursements ordonnés	1.061.914 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	15.384 €
Montant des amendes administratives avec sursis prononcées	33.423 €
2. Décisions de la Chambre de première instance	
Nombre de décisions prononcées	131
Montant des remboursements ordonnés	4.057.497 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	1.358.747 €
Montant des amendes administratives avec sursis prononcées	305.195 €
3. Décisions de la Chambre de recours	
Nombre de décisions prononcées	122
Montant des remboursements ordonnés	3.085.539 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	631.459 €
Montant des amendes administratives avec sursis prononcées	29.207 €
Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	
Nombre d'examens médicaux effectués	8.563

IV. LE PERSONNEL

Personnel SECM au 01-12-2013	Service central			Services provinciaux			TOTAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Médecin-directeur général	1		1				1
Médecin-inspecteur général	1	1	2				2
Médecin-inspecteur directeur		1	1	5	5	10	11
Conseiller	2	1	3				3
Pharmacien-inspecteur	3	3	6				6
Attaché	7	4	11	4	2	8	17
Attaché juriste	4	4	8				8
Médecin-inspecteur	3	8	11	44	29	73	84
Expert SMALS	2	3	5				5
Expert administratif	1	1	2	2	2	4	6
Expert technique (infirmier-contrôleur)				26	15	41	41
Assistant administratif	11	7	18	37	33	70	88
Collaborateur administratif	4	4	8	15	12	27	35
TOTAL	39	37	76	133	98	231	307

V. LA STRUCTURE

Voir organigramme ci-après.



2^e partie : résultats

I. L'IMPACT DES ACTIONS DU SERVICE, L'ÉCONOMIE INDUITE.

Depuis 2002, le service de contrôle médical est devenu le service **d'évaluation** et de contrôle médicaux. Cela démontre la volonté de passer d'actions uniquement répressives à des actions d'information et de prévention d'abord.

Mais, comme en médecine, s'il est plus efficace de prévenir que de guérir, il est plus difficile d'évaluer les économies réalisées par ces actions, puisqu'il s'agit d'argent non dépensé et donc non récupéré.

Une enquête réalisée cette année permet pourtant de s'en faire une idée.

Le principe de départ était qu'il n'y a aucune raison pour qu'une prestation de qualité soit, sauf aléa thérapeutique, répétée dans un délai court inutilement.

Le taux de réattestation de soins conservateurs chez un même assuré, sur une même dent, par le même dentiste en l'espace d'une année a été mesuré, puis les résultats ont été adressés par lettre à un millier de dentistes. L'impact de cette information fut très important puisqu'à sa suite une diminution de 11 millions d'euros en un an a été constatée dans les dépenses de l'ASSI pour les soins dentaires conservateurs.

Un autre exemple de l'impact économique d'une action d'information est celui constaté dans le domaine des tests de la fonction pulmonaire. Les pneumologues ont reçu en février 2009 un courrier leur rappelant les directives du KCE sur l'utilisation judicieuse des tests de la fonction pulmonaire. L'impact a été mesuré : une réduction de 6,1 millions d'euros par année depuis lors pour ces prestations !

Au total, uniquement pour ces deux exemples, il est donc question de 17 millions d'euros par an d'économie induite, et non de montants récupérés, exemple des résultats du bénéfice du passage du répressif au préventif. Même s'ils n'apparaissent pas dans les recettes, ces montants font pourtant bien partie de l'actif du travail du Service.

Cela est mesuré pour ces deux exemples, mais toute enquête thématique, tout projet d'évaluation et toute information des dispensateurs ont une répercussion positive, mais parfois non mesurable. Et il faut aussi rappeler que des actions passées, comme le contrôle des codes-barres uniques, ou la publication des Infobox depuis des années continuent à avoir un impact sur les dépenses.

Cela implique d'examiner **toutes** les actions du SECM avec cette vision large, sans se limiter aux seuls chiffres examinés à la loupe des montants récupérés par des actions répressives.

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 groupes-cibles (dispensateurs débutants, maîtres de stage, ...) sont informés de leur publication et les brochures envoyées sur demande. Les textes sont aussi publiés sur le site de l'INAMI.

2013	Brochures
Avril	Infobox médecin spécialiste, mise à jour
Décembre	Infobox dentiste, première édition
Décembre	Infobox paramédicaux, première édition

Exposés et conférences

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

2013	
Exposés et conférences	9

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.

2013	
Participations	167

III. L'ÉVALUATION

Le service réalise des projets d'évaluation dans différents domaines médicaux afin de déterminer si les prestations remboursées, 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 2013 :

10/001 Mesure d'impact de la campagne « tests de la fonction pulmonaire »

Impact chiffré de la campagne de 2009 vers les pneumologues.

11/004 Inhibiteurs de la pompe à protons : étude sur l'implémentation des indicateurs.

Etude de la faisabilité d'un contrôle à postériori de la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons sur base des indicateurs publiés.

13/006 Mesure d'impact du contrôle renforcé par les O.A. des demandes de remboursement des médicaments du chapitre IV.

10/001 Mesure d'impact de la campagne « tests de la fonction pulmonaire »

Contexte

En février 2009, le département Évaluation du SECM a mené une campagne de prévention concernant l'utilisation judicieuse des tests de la fonction pulmonaire (TFP). 426 médecins spécialistes sur 499 effectuant régulièrement ces tests ont reçu un courrier personnalisé en raison d'une présomption d'usage inapproprié. L'évaluation était basée sur les directives publiées un an et demi avant la campagne par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Le Conseil technique médical (CTM) a également été tenu informé du projet d'évaluation et de l'usage inapproprié de ces tests.

Après la campagne, il y eut une forte réaction des associations de pneumologues qui contestaient les guidelines du KCE. Les associations ont lancé leur propre étude pour démontrer l'utilité de certains tests spécialisés dans le cadre d'un diagnostic standard.

Un débat a été lancé au sein du CTM concernant l'utilité de certains tests de diagnostic standard et les systèmes de remboursement alternatifs.

Objectif

Mesurer l'impact des directives du KCE, publiées en août 2007, et de la campagne d'information du SECM de février 2009.

Méthodologie

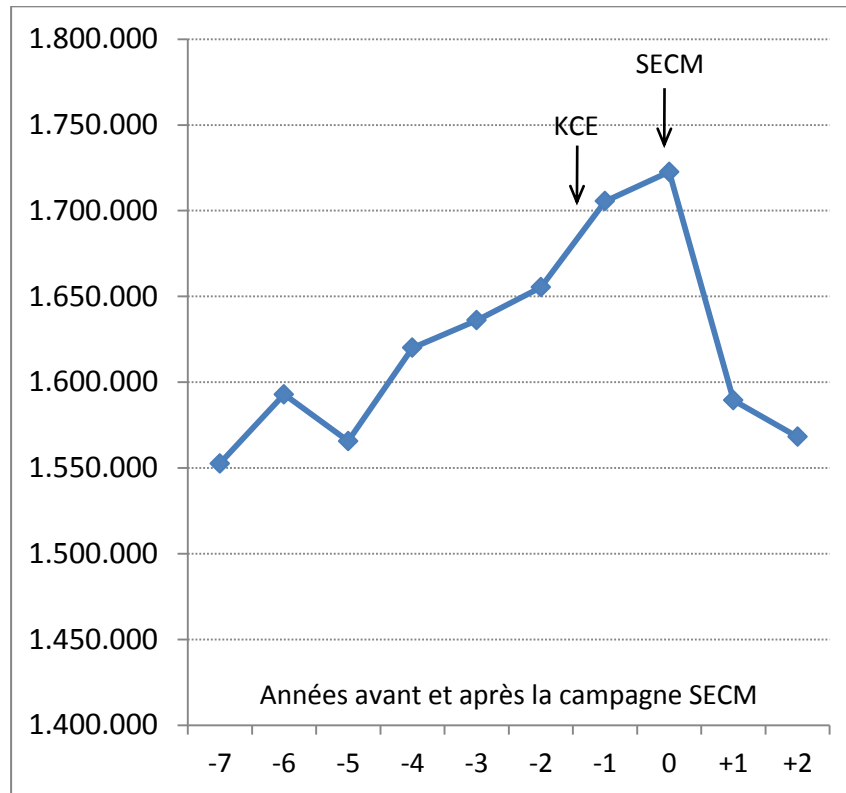
Deux mesures ont été réalisées :

1. Le nombre de tests et les dépenses à l'échelon national.
La période de contrôle concernée va de février 2009 à janvier 2011 (24 mois). Les données ont été comparées à celles réalisées les deux années précédentes (février 2007 à janvier 2009, 24 mois).
2. Le nombre de tests et la combinaison de ceux-ci dans le groupe-cible.
La période de contrôle concernée va de juillet 2009 à janvier 2010 (sept mois). Les données ont été comparées à celles réalisées à la même période de l'année précédente (juillet 2008 à janvier 2009, sept mois).

Résultats

I. Échelon national

1. Impact sur le nombre de tests de la fonction pulmonaire

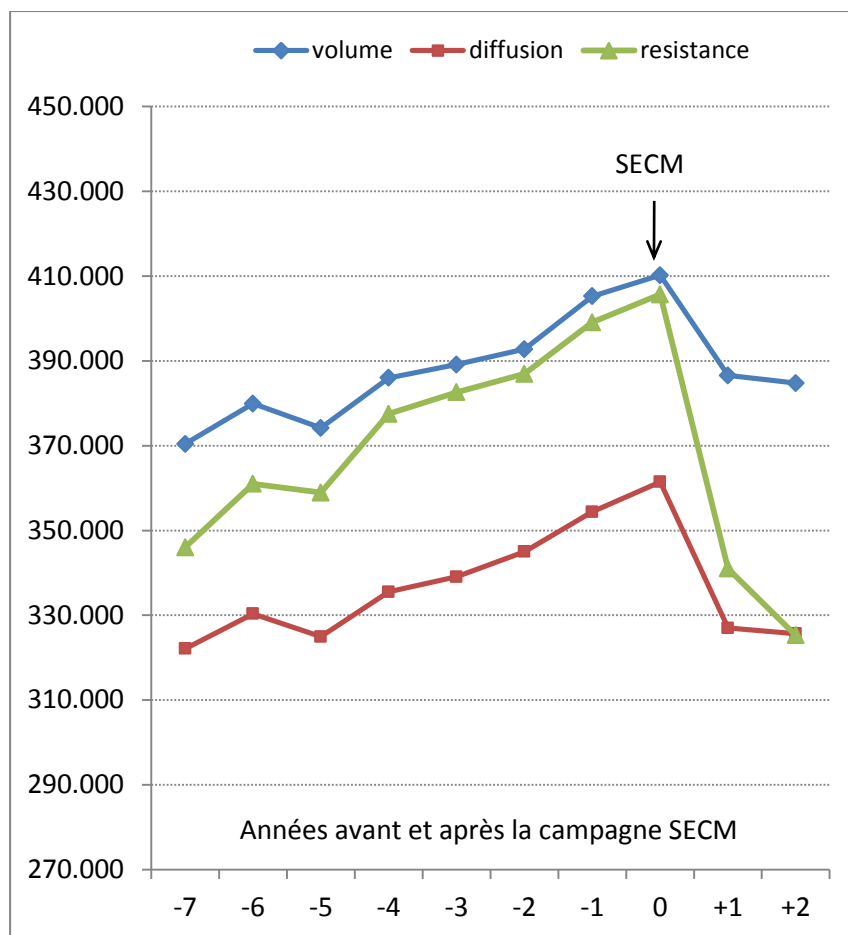


D'abord il a été constaté que les guidelines du KCE, publiées un an et demi avant la campagne du SECM, n'avaient pas influé sur la pratique médicale. Le nombre de tests a continué à augmenter après la publication.

L'analyse de l'évolution du nombre de tests effectués **depuis huit ans** avant le lancement de la campagne révélait une **croissance annuelle de l'ordre de 1,5%** en moyenne.

Après la campagne, il y eut une forte diminution du nombre de tests effectués. Le point de rupture coïncide avec le lancement de la campagne, au cours du mois de février 2009. L'impact de cette campagne s'est maintenu pendant au moins deux ans et neuf mois après de lancement de celle-ci.

Détails : la comparaison du nombre de TFP effectués deux ans après la campagne (de février 2009 à janvier 2011) avec le nombre de tests effectués deux ans avant (de février 2007 à janvier 2009), montre une diminution de 270.555 tests, soit de l'ordre de 8%. Une analyse détaillée révèle la plus forte baisse au niveau des deux tests les plus souvent utilisés de façon inappropriée : le test de résistance (17%), suivi du test de diffusion (9%).



2. Impact sur les dépenses

Avant la campagne, une tendance à la hausse des dépenses était observée. L'analyse des dépenses en TFP **au cours des huit années précédant** la campagne révélait une **croissance annuelle de l'ordre de 3%**.

Les dépenses annuelles nationales en TFP au cours des deux années précédant la campagne (de février 2007 à janvier 2009) s'élevaient à 108,4 millions EUR ; les dépenses effectuées deux ans après la campagne (de février 2009 à janvier 2011) ont diminué à 103,2 millions EUR, soit une différence de 5,2 millions EUR. Cette différence est essentiellement due aux tests de résistance (4,3 millions EUR) et de diffusion (1,1 million EUR).

Compte tenu de l'évolution naturelle des dépenses en matière de TFP (extrapolation de tendance), les dépenses extrapolées auraient dû atteindre 115,5 millions EUR au cours des deux années suivant la campagne. La dépense réelle s'élevait seulement à 103,2 millions EUR. Une plus grande efficacité a donc permis d'économiser 12,3 millions EUR pendant une période de suivi de deux ans. Sur une base annuelle, cela représente une économie de 6,1 millions EUR.

II. Groupe-cible

Le groupe-cible : les 426 médecins qui avaient reçu un courrier en 2009.

1. Impact sur le nombre de tests

Le nombre total de tests effectués révèle une baisse de 126.501 tests (équivalent à 5 millions EUR) sur une période de sept mois (de 871.785 tests en pré-campagne à 745.284 en post-campagne).

Une analyse plus approfondie montre que la fréquence des quadruples tests (spirométrie avec ou sans dilatation ou provocation + volume + diffusion + test de résistance) est passée de 71% des patients en pré-campagne à 55% en post-campagne. Selon les guidelines, il n'y a cependant **pas d'indication** pour cette combinaison quadruple.

Les données de 390 dispensateurs avant et après la campagne ont pu être comparées :

- 90 dispensateurs de soins sur 390 ne présentaient plus de critères de surconsommation
- 300 présentaient encore un résultat positif pour un ou plusieurs critères. Mais cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu du tout d'impact : celui-ci pouvait être inférieur au seuil établi pour les critères.

L'analyse de l'évolution du nombre absolu de tests effectués avant et après la campagne révèle une situation très hétérogène : chez certains dispensateurs de soins, l'impact est important, chez d'autres, l'impact est moindre, voire inexistant.

Dans certains cas, la diminution constatée du nombre de tests ne résulte pas d'une pratique plus efficace mais plutôt d'une diminution de l'activité globale (par exemple, à la suite d'une fin de carrière).

2. évolution de la fréquence relative des tests spéciaux ou des combinaisons de tests

Chez certains médecins, on observe une forte baisse après la campagne, chez d'autres en revanche, l'effet est limité, voire inexistant.

Conclusion

Les guidelines du KCE publiées un an et demi avant la campagne n'ont pas eu d'effet notable sur la pratique médicale.

La campagne de prévention menée par le SECM a eu un impact manifeste :

- la lente croissance du nombre de tests de fonction pulmonaire a été stoppée
- et 12,3 millions EUR ont été économisés au cours d'un suivi de deux ans.

La pratique était plus en adéquation avec les directives étant donné que la diminution concernait surtout les tests utilisés de façon inappropriée.

Malgré cet effet considérable, l'analyse révèle que seule une minorité de dispensateurs de soins a modifié sa pratique en profondeur (90 sur 390) : dans de nombreux cas, le changement était peu perceptible, voire mineur. Des améliorations sont dès lors encore possibles.

Après la campagne, un débat a été lancé au sein du CTM concernant le remboursement et l'utilité des tests. Le tarif pour le test présentant le caractère le plus inapproprié, à savoir le test de résistance, a été réduit de 38,54 EUR à 29,34 EUR. Cette mesure permettra d'économiser près de 3 millions EUR par an, en sus des 6,1 millions EUR d'effet direct.

Communication

Ce rapport a été communiqué et discuté au Comité du SECM le 15 février 2013.

11/004 Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : étude sur l'implémentation des indicateurs

Contexte

Au cours de la période 2006-2009, l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) a augmenté en moyenne de 14%. En 2010, les dépenses relatives au remboursement s'élevaient à 111 millions EUR.

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) a revu en 2010 les recommandations¹ relatives à l'utilisation et à la prescription des IPP. Ces recommandations ont été publiées au Moniteur belge du 20 août 2010².

Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) doit définir les indicateurs permettant d'établir qu'un dispensateur de soins ne respecte pas ces recommandations obligatoires. Après la publication des recommandations de la CRM au Moniteur belge, le CEM a proposé deux indicateurs : l'indicateur de prévalence et l'indicateur de durée de traitement. L'objectif est de ne les appliquer qu'aux prescripteurs traitant minimum 20 patients.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) peut vérifier, sur la base de ces indicateurs, si un dispensateur de soins peut, concrètement, faire l'objet d'un contrôle de monitoring quant au respect des recommandations.

Objectif

Vérifier si l'utilisation des indicateurs proposés par le CEM est réalisable pour le contrôle.

Méthodologie

L'analyse a été basée sur les données des offices de tarification de l'année 2010 complète et sur la liste des codes pour la médication IPP (2010) Chapitre II.

La population **de départ** était formée des généralistes (codes de compétence 000-009 : 16.574 médecins). Ils représentent 40% des prescripteurs et 85% du chiffre d'affaires IPP.

¹www.inami.be > Médicaments et autres fournitures pharmaceutiques > Médicaments > Recommandations > Les inhibiteurs de pompes à protons

²M.B., 20 août 2010, p. 54.469, Recommandations sur l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons.

Le groupe des médecins **généralistes sélectionnés** (11.146) prescrivait des IPP pour au moins 20 patients. Ces derniers devaient avoir au maximum deux prescripteurs d'IPP et utiliser uniquement des IPP remboursés au Chapitre II.

Les deux indicateurs proposés sont :

- l'indicateur « prévalence » (en %) = $\frac{\text{Nombre de patients IPP}}{\text{Nombre total de patients}}$
- l'indicateur « durée de traitement » (en jours) = $\frac{\text{Nbre DDD IPP}}{\text{Nbre patients IPP}}$

Ils ont été appliqués, ainsi qu'une combinaison des deux, au groupe sélectionné. Différents scénarios ont été envisagés comme tests d'application : P80, P90, P95, P99, outliers. Un outlier est au-dessus de la valeur $(P75 - P25) \times 1,5 + P75$.

Les seuils (en % et en jours de traitement), le nombre de médecins sélectionnés concernés et l'effet direct maximal (en % du budget et du nombre de patients) ont été calculés.

Résultats

Valeurs-seuils, en % ou en jours de traitement, et nombres de médecins sélectionnés concernés selon chaque scénario testé :

Indicateur	Prescripteur		SCÉNARIOS				
			P80	P90	P95	P99	outlier
Prévalence	unique*	seuil (%)	/	/	/	/	/
		nombre méd.	/	/	/	/	/
	multiple	seuil (%)	14,7	17,0	19,3	24,8	22,3
		nombre méd.	2.139	1.070	535	107	206 ^a
Durée de traitement	unique	seuil (jours)	221	246	271	318	341
		nombre méd.	2.139	1.070	535	107	40
	multiple	seuil (jours)	211	232	251	292	310
		nombre méd.	2.139	1.070	535	107	49 ^b
Combinaison	unique	nombre méd.	629 ^c	195	57	8	5
	multiple	nombre méd.	696	231	73	9	7

* Calculs non affichés. Il a été considéré que l'indicateur de prévalence appliqué seul chez les prescripteurs uniques ne permet pas de les différencier suffisamment.

Les groupes de 206^a et 49^b médecins constituent un groupe de 248 médecins (certains sont dans les deux groupes) représentant ensemble 3,8% du chiffre d'affaires IPP total du groupe de départ.

Les 629^e médecins traitent 14,7% de leurs patients pendant 211 jours par an en moyenne. Ils représentent 5,9% du groupe de médecins généralistes traitant minimum 20 patients et génèrent 8,4% du chiffre d'affaires IPP total.

Discussion

Les indicateurs publiés ne constituent pas la norme pour toutes les recommandations IPP. Ils ne sont par ailleurs applicables qu'aux médecins qui traitent minimum 20 patients différents avec IPP.

Les résultats des indicateurs n'ont de sens que si une valeur-seuil est définie
La base scientifique fait défaut pour démontrer qu'une valeur-seuil déterminée constitue la limite entre les bonnes pratiques médicales et le comportement prescripteur superflu.

La publication et l'application, non seulement des indicateurs mais aussi des valeurs-seuils « élevées » y afférentes, donnent involontairement l'impression que les médecins qui ne dépassent pas ces valeurs-seuils respectent les recommandations.

Pour atteindre des objectifs exclusivement financiers, l'application des indicateurs dans une procédure de contrôle est peu efficace par rapport à d'autres pistes.

Si le but est de réduire le comportement prescripteur superflu, un contrôle a posteriori peut être réalisé sur base des indicateurs. Mais ce type de contrôle constitue un processus de longue durée et complexe qui nécessite beaucoup de travail et qui, in fine, ne permet d'atteindre qu'un nombre restreint de médecins, avec un effet direct sur le comportement prescripteur global très limité.

L'annonce de la publication des indicateurs et des contrôles du SECM peut néanmoins inciter les prescripteurs à réfléchir à leur comportement prescripteur en matière d'IPP.

Le CEM compte essentiellement sur cet effet dissuasif de l'annonce d'un contrôle a posteriori des outliers sur la base des indicateurs. Se pose néanmoins la question de savoir comment le message sera reçu parmi les prescripteurs. En effet, ce dernier contient une ambiguïté qui résulte de l'application de valeurs-seuils très élevées inhérentes au concept de l'outlier.

Conclusion

L'objectif de ce rapport est d'étudier la faisabilité d'un contrôle à posteriori de la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons sur base des indicateurs publiés.

Dans l'étude, plusieurs scénarios possibles ont été envisagés :

- si on retient uniquement les outliers comme le propose le CEM, on atteint **0,15%** de la consommation et **0,14%** du chiffre d'affaires parmi les médecins généralistes. L'effet direct attendu est en l'occurrence **minimal**
- si on se base sur les valeurs seuil de P80, un contrôle a posteriori réduirait :
 - les dépenses de 1.794.393 EUR, soit **1,6% seulement**
 - le nombre de patients traités de 16.200 unités, soit 1,2%.

D'autre part, il est illusoire d'espérer que la sanction puisse intervenir dans un délai de moins de six ans après la publication des indicateurs. Ce long délai s'explique par l'exécution pratique de toutes les étapes de la procédure légalement établie.

(Cfr les brochures « Le SECM : Missions et procédures » et « IPP et statines : utilisation et prescription » sur le site www.inami.be
www.inami.fgov.be/care/fr/infos/secm-dgec/pdf/index.htm
www.inami.fgov.be/drug/fr/drugs/recommandation/pdf/brochure.pdf)

Pour ces raisons, l'application d'une sanction, conclusion de tout contrôle, s'avère inutilisable comme outil de réprimande.

Communication

Ce rapport a été communiqué et discuté au Comité du SECM le 15 février 2013.

13/006 Mesure d'impact du contrôle renforcé par les Organismes assureurs des demandes d'autorisation de remboursement des médicaments du chapitre IV

Contexte

A la demande de la ministre, les Organismes assureurs (O.A.) ont mis en place depuis avril 2012 un contrôle renforcé des demandes d'autorisation de remboursement des médicaments suivants du chapitre IV :

- Anti-Alzheimer
- Anti-TNF
- CLOPIDOGREL
- LANTUS®
- LYRICA®
- RILATINE®

Le contrôle renforcé a consisté en un contrôle systématique par les médecins-conseils des critères de remboursement sur un échantillon des demandes.

L'enjeu financier était important : le montant des dépenses pour ces six groupes de médicaments correspondait en 2011 à 274 millions EUR, en croissance de 10% par an depuis 2007.

L'étude Évaluation 06/005 en 2011 sur le Plavix® avait déjà démontré que les preuves nécessaires pour répondre aux critères d'autorisation de remboursement du médicament ne se trouvaient pas pour une partie importante des demandes d'autorisation dans le dossier médical.

But

La ministre a demandé au SECM de mesurer l'impact du contrôle renforcé des demandes d'autorisation de remboursement.

Méthodologie

La période d'analyse est d'avril 2012 à mars 2013 (douze mois).

Pour l'ensemble des médicaments retenus, les données suivantes ont été analysées :

- le nombre de demandes d'autorisation, de refus, et de redemandes de remboursement faites aux médecins-conseils des différents O.A., sur base des données trimestrielles des médecins-conseils

- le nombre de nouveaux patients apparaissant dans la facturation, sur base des données de tarification de 2008 à mars 2013
- les dépenses, sur base des données de tarification de 2007 à mars 2013.

Résultats

1. Sur les demandes

Il y a environ 320.000 demandes d'autorisation de remboursement par an pour tous les O.A.. Le nombre de demandes ayant fait l'objet d'un contrôle renforcé n'est pas connu.

Le contrôle renforcé des demandes s'est traduit par une augmentation des refus à partir du deuxième trimestre 2012 (entre 10 et 30% selon les O.A.), suivie par une lente diminution.

Il s'en est suivi une hausse momentanée des redemandes, passant de 1.000 à 2.300 environ pour le troisième trimestre, mais avec une nette diminution ensuite.

2. Sur les nouveaux patients

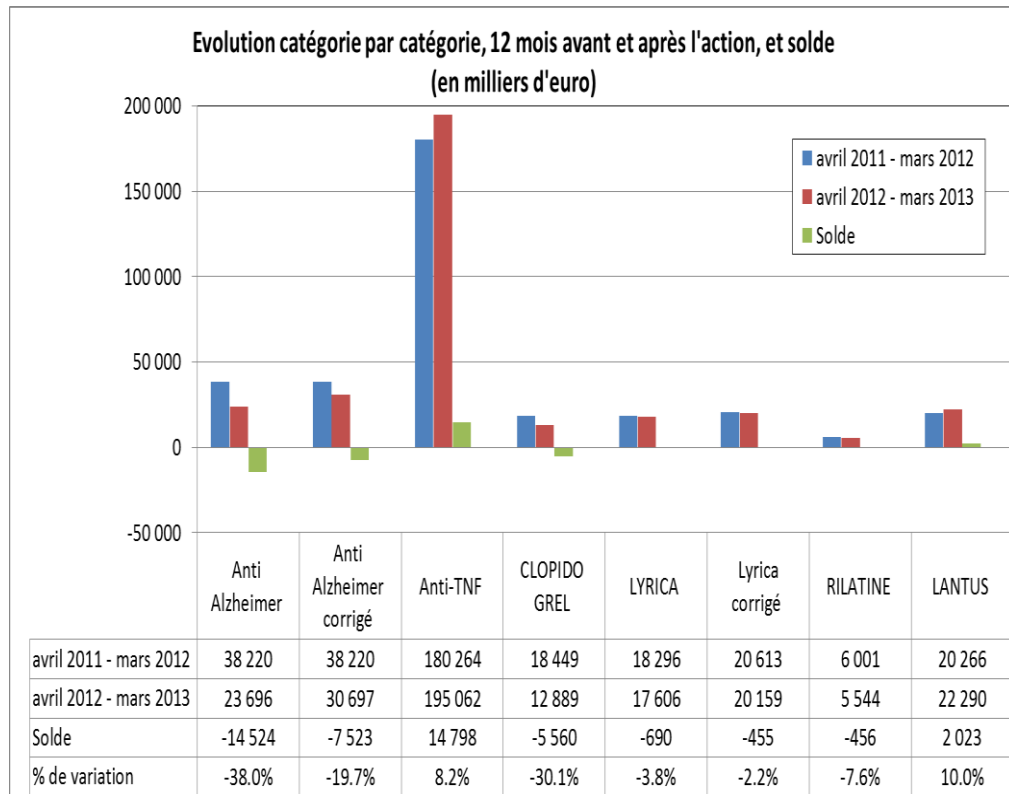
L'augmentation des refus s'est traduite par une diminution du nombre global de nouveaux patients.

La baisse de mars 2012 à février 2013 est de 50% sur l'ensemble des catégories.

Il y a cependant de fortes différences entre les catégories :

- Le Lantus[®] ne varie pas mais il fait partie du trajet de soins diabète et 400 demandes par trimestre seulement sont contrôlables dans le cadre du contrôle renforcé
- Le Lyrica[®] diminue de 80%, mais suite à un glissement des prescriptions vers la gabapentine (Neurontin[®]) qui est hors chapitre IV et en générique
- Le nombre de nouveaux patients pour les anti-TNF reste constant
- Pour les trois autres catégories, il y a une forte baisse du nombre de nouveaux patients en mai 2012 (entre 50 et 80% de nouveaux patients par rapport à l'année précédente). Cette baisse se maintient pour les trois catégories mais de manière moins forte à partir de juillet (diminution de 0 à 30% du nombre de nouveaux patients par rapport à l'année précédente).

3. Sur les dépenses



Les dépenses, par catégorie, de la période avril 2011 à mars 2012 (avant le contrôle renforcé) sont comparées à celles d'avril 2012 à mars 2013 (après).

a. Les anti-TNF

Il faut constater d'emblée leur importance dans les dépenses : ils en représentent 70% et sont en augmentation de 14,798 millions EUR.

b. Les anti-Alzheimer

Une diminution de 14,5 millions EUR est constatée. Mais une des raisons est que certains CNK sont passés en générique, entraînant des diminutions de 50 à 75% du prix unitaire des boîtes de médicaments.

Pour mesurer la diminution des dépenses en dehors de l'impact de ces diminutions de prix, le prix moyen de chaque CNK pour l'année précédent l'action a été calculé et appliqué au nombre de boîtes de la période de surveillance.

La baisse des dépenses des anti-Alzheimer s'explique alors :

- pour 7.5 millions EUR par une diminution du nombre de boîtes (contrôle renforcé)
- pour 7 millions EUR par le passage en générique.

c. Le clopidogrel

Le clopidogrel, en baisse de 5.5 millions EUR, doit cette diminution à plusieurs phénomènes qui ne sont pas liés à un contrôle renforcé par les O.A. :

- une baisse de prix de 5 % environ en avril 2012
- une disparition progressive des patients qui sont sous clopidogrel depuis des années (les prescriptions ont commencé parfois depuis 2000), et qui peuvent toujours utiliser les anciens critères de remboursement, autorisant une prescription quasi-chronique. Cette disparition n'est pas compensée par de nouveaux patients, compte tenu du changement de réglementation en 2009. Celle-ci a comme effet une forte baisse du nombre de patients depuis début 2010.

d. Le Lyrica®

La diminution du Lyrica® est due surtout à un glissement des prescriptions vers la gabapentine (Neurontin®), un médicament proche qui n'est pas en chapitre IV et qui est passé en générique.

Les coûts à prix constants n'étant pas mesurables, car on passe d'un CNK à un autre, les dépenses du Lyrica® et du Neurontin® ont été globalisées pour apprécier leur évolution. L'ensemble Lyrica®+Neurontin® baisse de 455.000 EUR.

e. La Rilatine®

La Rilatine® diminue de 456.000 EUR. Il n'y a pas d'autre facteur connu que le contrôle renforcé qui soit intervenu.

f. Le Lantus®

Le Lantus® est en augmentation (voir ci-avant : fait partie des trajets de soins).

Conclusions

Le contrôle renforcé des demandes d'autorisation de remboursement par les O.A. s'est traduit par :

- une augmentation du nombre de refus d'autorisation (10 à 30%)
- une diminution du nombre de nouveaux patients (50%)
- des effets variables sur les dépenses selon la catégorie de médicament. Pour quantifier ces effets, il faudrait pouvoir mesurer l'influence d'autres facteurs :
 - diminution de prix
 - passage en générique
 - glissement des prescriptions vers d'autres médicaments hors chapitre IV
 - diminution du nombre de patients.



Communication

Ce rapport a été présenté à la Commission nationale médico-mutualiste le 15 avril 2013.

IV. LE CONTRÔLE EN SOINS DE SANTÉ

1. Les enquêtes thématiques « CENEC »

(Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêteteil)

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 (IP comme interprovinciales) terminées en 2013

IP014 Attestation d'une neurolyse dans le syndrome du canal carpien

Etude de l'implication de l'attestation d'une neurolyse dans le syndrome du canal carpien

IP022 Facturation des dilatations endo-vasculaires percutanées

Constat de la situation concernant la tarification des dilatations endovasculaires percutanées non coronaires et les conditions dans lesquelles elles sont réalisées.

IP024 Kinésithérapie : mesure d'impact des dépassements des moyennes journalières

Bilan chiffré et actualisation de l'enquête précédente

IP014 Attestation d'une neurolyse dans le syndrome du canal carpien

Contexte

En 2006, une étude indiquait que certains chirurgiens tarifaient fréquemment le code pour neurolyse interne et pratiquement jamais le code de libération du canal carpien pour le traitement de première intention du syndrome du canal carpien.

La revue systématique de la littérature scientifique montrait qu'il n'y avait aucune utilité de cette neurolyse, interne ou externe, dans le traitement chirurgical de première intention du canal carpien.

En mars 2006 une campagne de prévention a été menée par le département Evaluation du SECM : 194 chirurgiens attestant au moins 20 neurolyses par an reçurent une lettre personnalisée mentionnant un rappel de la nomenclature et l'inutilité de la neurolyse. L'impact de cette campagne fut considérable avec une chute de 62% à 33% de l'attestation du code de neurolyse, impact observable durant trois années suivant la campagne.

Une mesure d'impact était prévue par la suite.

But

Prévue au départ comme la mesure d'impact de la campagne d'information (qui était seulement basée sur des données de facturation), l'IP014 est plus complète car elle comprend une étude de terrain avec analyse des dossiers pour :

- examiner la réalité des prestations
- déterminer de manière précise le nombre de neurolyses effectuées dans le cadre de la chirurgie du canal carpien de première intention. Cet acte, dans la littérature scientifique est toujours décrit comme inutile dans la chirurgie du canal carpien de première intention. Il s'agit donc d'une prestation superflue et inutilement onéreuse (surconsommation)
- contrôler les dispensateurs qui n'avaient pas changé de comportement après la campagne.

Cadre légal

Nomenclature des prestations de santé, articles :

14b) neurochirurgie

230252-263 : neurolyse intrafasciculaire sous microscope opératoire (K180).

Montant remboursé au 01-01-2010 = 282,81 EUR

Ce dernier code ne correspond jamais au geste effectué dans la libération du canal carpien : une neurolyse intrafasciculaire étant impossible sur le nerf médian.

14k) chirurgie orthopédique

287836-840 : libération du canal carpien (N125).

Montant remboursé au 01-01-2010 = 120,49 EUR

Méthodologie

Les données analysées s'étalent du 01-11-2009 au 31-10-2010 (12 mois).

Les chirurgiens (qualification orthopédie, neurochirurgie et chirurgie générale) attestant le code de neurolyse interne ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- une proportion

$$\frac{\text{nombre de neurolyse}}{\text{nombre de neurolyse} + \text{nombre de libération du canal carpien}} \geq 90\%$$

et un montant remboursé de neurolyses supérieur à 10.000 EUR

ou

- un montant remboursé de neurolyses supérieur à 40.000 EUR.

39 dispensateurs répondaient à ces critères. 30 avaient reçu le courrier du service Evaluation en 2006.

Pour chacun de ces dispensateurs, il a été procédé à une sélection aléatoire de 20 dossiers pour lesquels au moins un code de neurolyse avait été attesté. Les documents suivants ont alors été demandés :

- les protocoles opératoires
- les fiches d'anesthésie
- les rapports d'hospitalisation.

Enfin, dans la plupart des cas, il y a eu audition du chirurgien afin d'obtenir, le cas échéant, des informations complémentaires et/ou manquantes (protocole absent, imprécis ou incompréhensible).

Résultats

En réalité-conformité : 85 prestations non-conformes (pour 45.575 EUR) ont été retrouvées chez 5 dispensateurs.

En surconsommation : 35 dispensateurs étaient concernés.

Actions

En réalité-conformité :

Les procès-verbaux de constat reprenant les griefs de non conformité et les montants indus ont été envoyés aux cinq dispensateurs concernés.

Les montants remboursés, pour le grief de non-conformité, correspondent à l'indu différentiel entre les codes de neurolyse (attestés) et les codes de libération simple du canal carpien (effectués). Cela équivaut à plus ou moins 160 EUR par cas.

Il n'a pas été tenu compte qu'à cet indu, s'ajoutent les attestations de l'assistance opératoire et de l'anesthésie.

En surconsommation :

Les dispensateurs concernés par l'aspect surconsommation (35 sur 39) ont été prévenus par courrier, en date du 26/03/2012, qu'ils étaient placés sous monitoring entre le 01/04/2012 et le 30/09/2012.

Au début du monitoring le pourcentage de neurolyse pour les 35 chirurgiens ensemble était de 94% (3.454 prestations de neurolyse, 234 prestations de libération du tunnel carpien, 3.688 prestations au total). Durant le monitoring, le pourcentage est descendu à 28% (823 prestations de neurolyse, 2.089 prestations de libération du canal carpien, 2.912 prestations au total).

Au niveau individuel, la plupart des médecins ont adapté leur comportement.

Pour huit chirurgiens il existe une possibilité de réponse insuffisante. Pour ces prestataires, les protocoles opératoires seront demandés, ensuite un procès-verbal de constat éventuel pourrait être rédigé.

Pour conclure cette enquête, un maximum de huit dossiers « surconsommation » pourrait être présenté au Comité avec les moyens de défense des prestataires.

Suggestions

La solution résidait en un changement de la nomenclature.

Ces changements nécessaires ont été discutés au Conseil Technique Médical en août 2011 et il a été décidé d'un nouveau libellé du code 287836-840.

L'A.R. du 24/10/2013 apporte les adaptations suivantes, en vigueur au 01/01/2014 :

287836-287840 : le libellé existant « *libération du canal carpien* » sera complété par : «,quelle que soit la technique» et la valeur augmente de N125 à N200.

230252-230263: le libellé existant de « *neurolyse intrafasciculaire sous microscope opératoire* » est maintenu, mais sera complété par : « *sauf pour libération du canal carpien* ».

Communication

Le rapport a été présenté au Comité du SECM le 13 décembre 2013.

IP022 Facturation des dilatations endovasculaires percutanées

Contexte

En 2009, environ 25.000 dilatations endovasculaires percutanées (artères non coronaires) ont été réalisées en Belgique.

L'analyse montre que :

- 94% de ces interventions intéressent les membres inférieurs
- l'accroissement entre 2006 et 2009 est exclusivement attribuable aux chirurgiens
- le nombre d'interventions classiques au niveau des membres inférieurs et des carotides n'a pas diminué.

Or, les indications de revascularisation reprises dans les guidelines scientifiques n'ont pas fondamentalement changé.

Il n'y a pas de phénomène de substitution : l'accroissement des interventions endovasculaires percutanées ne s'accompagne pas d'une diminution des interventions classiques.

De plus, l'analyse des données permet de suspecter certains problèmes de réalité/conformité au niveau de l'attestation de ces prestations.

But

Le but de cette étude était de réaliser un constat en ce qui concerne :

- les conditions dans lesquelles ces interventions sont réalisées en Belgique
- l'aspect réalité / conformité de ces interventions.

Cette étude peut apporter un argumentaire pour une modification de la nomenclature qui aurait pour objectifs :

- de réduire le nombre d'interventions non justifiées (surconsommation)
- d'empêcher l'attestation de codes inappropriés (non-conformité)
- de faciliter le contrôle des prestations via une analyse des données.

Base légale

Prestations de l'article 34 de la NPS.

589050-589061 : dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les artères coronaires 1 800

589072 589083 : honoraires supplémentaires lors de la prestation n° 589050 - 589061, pour la dilatation d'une ou plusieurs sténose(s) complémentaire(s) d'un autre axe artériel, pour les artères autres que les coronaires, maximum par séance opératoire
I 400

589094 589105 : dilatation endovasculaire percutanée sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les coronaires au cours d'une intervention chirurgicale, maximum par séance opératoire
I 450

Les prestations n° 589050 - 589061, 589094 - 589105, 589116 - 589120, 589131 - 589142, 589175 - 589186 et 589411 - 589422 ne sont pas cumulables entre elles.

Le § 2 stipule que « les prestations reprises au présent article doivent donner lieu à un protocole décrivant la procédure utilisée, le déroulement de l'acte, ses aléas éventuels, ainsi que le résultat obtenu. »

La CINOM 11/M/3349 stipule que « par « autre axe artériel » il faut comprendre la bifurcation entre 2 artères. »

Prestations des articles 35 et 35bis de la NPS

683616 683620 : ensemble du matériel de dilatation et du (des) stent(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité
U 1650

La prestation 683616-683620 n'est pas cumulable avec les prestations 715595-715606, 715610-715621, 715632-715643, 715654-715665, 683734-683745, 683756-683760 et 683631-683642.

683631 683642 : ensemble du matériel de dilatation et du (des) stent(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mésentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens
U 1650

La prestation 683631-683642 n'est pas cumulable avec les prestations 715595-715606, 715610-715621, 715632-715643, 715654-715665, 683734-683745, 683616-683620 et 683756-683760.

683653 683664 : ensemble du matériel de dilatation et du (des) stent(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens
U 1200

La prestation 683653-683664 n'est pas cumulable avec les prestations 683771-683782 et 715632-715643.

715595 715606 : ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité
U 2400

La prestation 715595-715606 n'est pas cumulable avec les prestations 715610-715621, 715654-715665, 683616-683620, 683631-683642, 683734-683745 et 683756-683760.

715610 715621 : ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mésentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens U 2400

La prestation 715610-715621 n'est pas cumulable avec les prestations 715595-715606, 715654-715665, 683616-683620, 683631-683642, 683734-683745 et 683756-683760.

715632 715643 : ensemble du matériel de dilatation et du (des) tuteur(s) couvert(s) utilisés lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens U 1950

La prestation 715632-715643 n'est pas cumulable avec les prestations 683616-683620, 683631-683642, 683771-683782 et 683653-683664.

683734 683745 : ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des membres inférieurs, niveau aorto-iliaque, fémoral, (infra) poplité U 450

La prestation 683734-683745 n'est pas cumulable avec les prestations 715595-715606, 715610-715621, 715654-715665, 683616-683620, 683756-683760 et 683631-683642.

683756 683760 : ensemble du matériel de dilatation et de revascularisation utilisé lors d'une revascularisation infra-poplité pour ischémie critique des membres inférieures chez des patients avec des lésions ulcératives qui ne guérissent pas ou des douleurs de repos nocturnes, par technique laser U1650

La prestation 683756-683760 n'est pas cumulable avec les prestations 715595-715606, 715610-715621, 715654-715665, 688155-688166, 683734-683745, 683616-683620 et 683631-683642.

683771 683782 : ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation d'une artère controlatérale ou d'un autre axe anatomique, à l'exception des vaisseaux carotidiens U 250

La prestation 683771-683782 n'est pas cumulable avec les prestations 715632-715643 et 683653-683664.

715654 715665 : ensemble du matériel de dilatation utilisé lors de la revascularisation des vaisseaux rénaux, mésentériques et supra-aortiques, à l'exception des vaisseaux carotidiens U 450

La prestation 715654-715665 n'est pas cumulable avec les prestations 683616-683620, 683631-683642, 715595-715606, 715610-715621, 683734-683745 et 683756-683760.

Les règles interprétatives 35/06 et 35bis/18 stipulent que : « par «autre axe anatomique» il faut comprendre un autre axe artériel ou la présence d'une articulation entre deux artères. »

Méthodologie

Les prestations de dilatations endovasculaires non coronaires et les implants associés ont été étudiés pour la période du 01/01/2010 au 31/12/2010 (12 mois).

Quatre catégories de dispensateurs ont été définies :

1. catégorie 1 :
 - une proportion

$$\frac{\text{nombre de prestations 589072-589083 (2^{\text{e}} \text{ dilatation même séance})}}{\text{nombre de prestations 589050-589061 (1^{\text{re}} \text{ dilatation})}} > 50\%$$
 - et
 - nombre de prestations 589072-589083 (2^e dilatation même séance) ≥ 40
2. catégorie 2 : un nombre de prestations 589050-589061 (1^{re} dilatation) associées à des interventions chirurgicales vasculaires ≥ 20
3. catégorie 3 : un montant en implants associés à des dilatations carotidiennes ≥ 5.000 EUR et ≥ 10 dilatations carotidiennes par an.
Etant donné que les dilatations au niveau des carotides ne peuvent être repérées via le numéro de code de nomenclature, la sélection des dispensateurs a été réalisée par le couplage des SHA (séjours hospitaliers anonymisés) avec les RCM (résumés cliniques minimums)
4. catégorie 4 : un hôpital universitaire.

Sur base de ces quatre catégories, 40 dispensateurs ont été sélectionnés.

Parmi ceux-ci, deux avaient fait l'objet d'une enquête individuelle et ont été retirés de la sélection. Finalement 38 prestataires répartis dans 30 hôpitaux ont été inclus dans l'étude.

Pour chaque dispensateur, 20 sessions de dilatation endovasculaire ont été sélectionnées selon la catégorie à laquelle appartenait le dispensateur. Au total, le contrôle a porté sur la tarification de 760 sessions de dilatations endovasculaires.

L'échantillon n'est pas représentatif car ayant été sélectionné sur des critères précis et non aléatoires.

Pour chaque session sélectionnée les documents suivants ont été récoltés :

- les protocoles opératoires
- les fiches d'anesthésie
- les rapports d'hospitalisation
- les rapports d'imagerie médicale
- les rapports de consultation(s) pré- et/ou post-opératoire(s)
- et tout document utile.

Les dispensateurs ont ensuite été auditionnés concernant leur pratique et, s'il ressortait du dossier que des prestations avaient été portées en compte de manière non conforme, la reconnaissance ou non de l'infraction.

Ces documents ont été analysés par les médecins-inspecteurs selon un canevas d'interprétation établi par assuré et par date de prestation.

Le groupe directeur de projet a réalisé une deuxième lecture de tous les dossiers afin d'en assurer une interprétation uniforme et d'établir le listing des différents griefs.

Résultats

Le but de cette étude était de réaliser un constat de la situation concernant l'attestation des dilatations endovasculaires percutanées non coronaires et les conditions dans lesquelles elles étaient réalisées.

L'analyse a mis en évidence sur le plan de la réalité/conformité des anomalies telles que :

- aucune dilatation endovasculaire percutanée d'une sténose et/ou occlusion d'une artère n'a été réalisée car la prestation réalisée concernait un anévrisme artériel ou une veine ou une voie biliaire
- les prestations 589050/589061 ou 589072/589083 ont été portées en compte alors que c'était la prestation 589094/589105 qui devait l'être puisque réalisée au cours d'une intervention chirurgicale
- la prestation 589050/589061 ne pouvait être cumulée avec la prestation 589175/589186
- les prestations 589050/589061 ou 589072/589083 ou 589094/589105 ne pouvaient être attestées qu'une seule fois par séance opératoire
- les prestations 589050/589061 (et 589072/589083) ne pouvaient pas être portées en compte car le protocole opératoire ne décrit pas la procédure utilisée, le déroulement de l'acte, ses aléas éventuels ainsi que le résultat obtenu
- la prestation 589072/589083 ne pouvait pas être portée en compte car il n'a pas été démontré qu'une sténose complémentaire a été dilatée.

Cela représente un montant total de 282.072 EUR pour 35 dispensateurs (3 dossiers négatifs).

Il a également été relevé de nombreuses constatations faites sur le terrain en ce qui concerne :

- l'attestation erronée des prestations 589072/589083 ou 589094/589105
- le matériel utilisé et sa tarification
- la conservation des clichés de l'artériographie peropératoire

- la qualité des protocoles opératoires
- la prise en charge multidisciplinaire du traitement.

Actions

Les procès-verbaux de constat ont été envoyés aux 35 dispensateurs concernés avec invitation au remboursement de l'indu.

Le Service a formulé à l'intention du Conseil technique médical des propositions en vue de modifier la nomenclature.

Suites

32 dispensateurs ont procédé au remboursement volontaire. Trois sont en procédure (pour 41.448 EUR au total).

Le Service participe actuellement à une modification de la nomenclature en collaboration avec le Service des Soins de Santé.

Propositions

Le Service propose de clarifier la notion de « caractère percutané » en ce qui concerne la prestation 589094/589105 et la définition « d'autre axe artériel » en ce qui concerne la prestation 589072/589083.

Le Service demande que les clichés d'artériographie effectués pendant une session soient conservés dans le dossier. Il doit s'agir de clichés de sténose avant, pendant et après le traitement. Les clichés doivent être disponibles pour le Service à des fins d'objectivation des lésions traitées.

Les protocoles opératoires doivent être de meilleure qualité et comporter une présentation schématique de l'arbre vasculaire avec indication des sténoses et des lésions traitées.

Le Service propose en cas de claudication intermittente et, sauf cas dûment documenté, de ne rembourser les prestations 589050-589061 et 589072-589083 que si un traitement médical correct a été suivi pendant au moins six mois. En cas d'échec de ce traitement conservateur après le délai de six mois, la dilatation de la (les) lésion(s) peut être envisagée après concertation multidisciplinaire. L'équipe multidisciplinaire comprendra au moins un radiologue, un médecin interniste et un chirurgien vasculaire. Le rapport écrit de la concertation stipulera les raisons du choix

de la dilatation des lésions par rapport à la chirurgie classique et sera conservé au dossier.

Si une autre prestation 589050-589061 et 589072-589083 doit être attestée avant un délai d'un an, la décision ne pourra être prise qu'après nouvelle consultation pluridisciplinaire. Un rapport écrit de cette consultation indiquant les raisons de la récurrence sera conservé au dossier.

Communication

Ce rapport a été communiqué et discuté au Comité du SECM le 31 mai 2013.

IP024 Kinésithérapie : mesure d'impact du dépassement des moyennes journalières

Contexte

L'enquête CENEC IP024 est la mesure d'impact de l'enquête CENEC IP017.

Rappel de l'enquête IP017 : celle-ci avait pour but de détecter les kinésithérapeutes qui, sur base des profils 2008, attestaient, en moyenne par jour, plus de 20 prestations de 20 à 30 minutes ou plus de 30 prestations au total (maxima permis par l'art. 7 § 19 de la nomenclature des prestations de santé (NPS)).

Résultat : 28 kinésithérapeutes étaient concernés pour les prestations constatées pendant la période du 01/10/2008 au 30/09/2009 (12 mois).

But

L'objectif de cette enquête était,

- d'une part, de réaliser un post-contrôle de l'enquête précédente. (Les kinésithérapeutes pour lesquels des constatations avaient été faites à l'époque et qui avaient ou non remboursé les indus, s'étaient-ils par la suite tenus au plafond de la moyenne maximale de 20 prestations de 20 ou 30 minutes par jour ?)
- d'autre part, de tenter de détecter les mêmes faits chez d'autres kinésithérapeutes.

Base légale

NPS article 7

§ 7. Par "apport personnel du kinésithérapeute", il faut entendre le temps qui est personnellement et exclusivement consacré par le kinésithérapeute au traitement ou à l'évaluation du bénéficiaire concerné.

La "durée globale moyenne" d'apport personnel s'évalue sur un terme qui ne peut être inférieur à 3 mois pour l'ensemble des prestations concernées et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

§ 19. Par dispensateur, il ne peut être porté en compte en moyenne par journée 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.

Pour la détermination du nombre moyen de prestations par journée, les prestations d'une durée de, respectivement, minimum 60 et 120 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute valent deux et quatre prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. La prestation d'une durée de 45 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute vaut 1,5 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

Méthodologie

A. Période d'étude

Les données ont été demandées aux organismes assureurs pour l'année civile 2011.

B. Population examinée

Kinésithérapeutes ayant fait l'objet d'une recherche : 53 kinésithérapeutes qui en 2011 avaient attesté le plus grand nombre de prestations (plus de 6.800) au sein d'une sélection des kinésistes :

- inclus dans l'enquête précédente
- qui n'avaient pas été retenus dans l'enquête précédente mais qui, en 2010, avaient déjà attesté plus de 6.000 prestations.

Dans 34 cas sur 53, il a été décidé de poursuivre l'enquête.

Résultats

Des 34 cas,

- 4 dossiers se sont avérés négatifs (attestation de prestations réalisées par des confrères, jours de travail supplémentaires)
- 26 ont abouti à un remboursement volontaire
- 4 dossiers ont été transférés au Fonctionnaire-dirigeant.

Au total, un montant de 248.163 EUR a été remboursé.

Conclusion

La deuxième enquête CENEC relative à la kinésithérapie démontre que les actions de la première enquête CENEC ont un effet durable : on n'y retrouve que sept (25 %) des vingt-huit kinésithérapeutes de la première enquête et, de plus, leur profil s'améliore notablement. Et quatre de ces dispensateurs qui n'étaient pas disposés à rembourser lors de la première enquête, le font maintenant.



Propositions

Des actions d'information futures, avec l'aide des associations professionnelles.

Collaboration avec le Service des soins de santé afin qu'il fournisse des données générales de profils.

Communication

Ce rapport a été communiqué et discuté au Comité du SECM le 13 décembre 2013.

2. Le contrôle « Code-barres unique »

Le code-barres unique (CBU) est un numéro unique sous forme de code-barres apposé sur chaque conditionnement pharmaceutique. Le but de ce contrôle est de permettre à l'INAMI de contrôler la délivrance réelle des médicaments.

Les firmes qui introduisent des médicaments remboursables en Belgique envoient chaque trimestre au SECM les CBU des médicaments mis sur le marché. Les offices de tarifications envoient au SECM, par le biais de fichiers intégrés, les CBU des médicaments portés en compte.

Le service vérifie par le contrôle du fichier des offices de tarification si un CBU 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 CBU portés en compte par les pharmaciens ont bien été introduits sur le marché.

Contrôle CBU octobre 2011 à septembre 2013 inclus (= 24 mois)	
Nombre d'officines concernées	5.086
Nombre total de lignes de tarification analysées	271.245.970
Nombre de lignes de tarification qui doivent être munies d'un CBU	217.975.487
% sans CBU	1,14%
% nombre CBU doubles dans la même officine	0,13%
% nombre CBU dont le chiffre de contrôle (check digit) n'est pas correct	0,02%
% CBU lus correctement et CBU corrects	98,71%
% CBU identiques retrouvés dans différentes officines	0,04%

Le pourcentage de lecture des CBU reste constant depuis les quatre dernières 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** en 2013

Enquêtes clôturées en 2013 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	108	11
Médecins spécialistes	231	24
Pharmaciens	23	2
Dentistes	51	5
Infirmiers	209	21
Kinésithérapeutes	87	9
Logopèdes	2	0,2
Orthopédistes	7	0,7
Bandagistes	7	0,7
Dispensateurs d implants, prothèses et appareillages divers	3	0,3
Prothésistes acousticiens	4	0,4
Pharmaciens biologistes	2	0,2
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	97	10
MRPA	13	1
MRS	1	0,1
Laboratoires agréés	4	0,4
Assurés	66	7
Autres	68	7
TOTAUX	983	100

Tableau C2 : Nombre d'enquêtes individuelles **débutées** en 2013

Enquêtes débutées en 2013 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	103	10,3
Médecins spécialistes	184	18,3
Pharmaciens	18	1,8
Dentistes	257	25,6
Infirmiers	160	15,9
Kinésithérapeutes	57	5,7
Logopèdes	6	0,6
Orthopédistes	11	1,1
Bandagistes	8	0,8
Dispensateurs d implants, prothèses et appareillages divers	1	0,1
Opticiens	1	0,1
Pharmaciens biologistes	4	0,4
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	67	6,7
MRPA	10	1,0
MRS	3	0,3
Laboratoires agréés	2	0,2
Assurés	44	4,4
Autres	68	6,8
Total	1.004	100

Tableau C8 : nombre d'enquêtes individuelles **en cours** au 31-12-2013

Enquêtes individuelles en cours au 31-12-2013 Qualifications du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	62	6,8
Médecins spécialistes	158	17,3
Pharmaciens	15	1,6
Dentistes	271	29,7
Infirmiers	198	21,7
Kinésithérapeutes	35	3,8
Logopèdes	5	0,6
Orthopédistes	10	1,1
Bandagistes	6	0,7
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	1	0,1
Prothésistes acousticiens	2	0,2
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	63	6,9
MRPA	8	0,9
MRS	3	0,3
Laboratoires agréés	1	0,1
Assurés	28	3,1
Autres	48	5,3
TOTAL	914	100

b. Résultats

Tableau C3 : type des dossiers en fonction du résultat

Type des dossiers 2013	Nombre	%
Informatif	50	5,1
Négatif	288	29,3
Négatif avec action pour tiers	130	13,2
Avertissement	114	11,6
Avertissement avec remboursement volontaire	284	28,9
A poursuivre	117	11,9
TOTAUX	983	100

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**,

- soit la plainte n'est pas de la compétence du SECM
- soit 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, Service du contrôle administratif). Les dossiers les plus graves sont transmis au Parquet.

Tableau C9 : dossiers transmis au Parquet

Dossiers transmis au Parquet en 2013 Qualifications du concerné	Nombre
Médecins généralistes	1
Médecins spécialistes	3
Pharmaciens	2
Dentistes	1
Infirmiers	3
Prothésistes acousticiens	1
Pharmaciens biologistes	1
Assurés	3
Autres	1
Total	16

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.

Tableau C4 : remboursements volontaires après avertissement.

Remboursements volontaires 2013 Qualification du dispensateur	Montants (EUR)	%
Médecins généralistes	188.947	5,2
Médecins spécialistes	1.861.207	50,9
Pharmaciens	3.978	0,1
Dentistes	175.915	4,8
Infirmiers	360.488	9,8
Kinésithérapeutes	249.859	6,8
Orthopédistes	63.336	1,7
Bandagistes	22.494	0,6
Dispensateurs d implants, prothèses et appareillages divers	8.163	0,2
Prothésistes acousticiens	382	0,01
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	611.945	16,7
MRPA	16.762	0,5
Assurés	4.675	0,1
Autres	91.490	2,5
TOTAUX	3.659.642	100

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)

	2013
Nombre d'infractions constatées	639.145

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.

Les données correspondantes se trouvent dans les tableaux C6 et C7 page suivante.

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"*.

Tableau C6

Enquêtes suite à une plainte	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de plaintes	172	147	184	242	259
Nombre de dossiers débutés sur plaintes	172	147	184	242	259
Nombre de dossiers débutés sur plaintes/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	16%	16%	21%	27%	26%
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels l'instruction est terminée *	172	147	174	211	141
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels un indu a été constaté *	59	39	47	66	55
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels une amende a été prononcée * (la plupart des dossiers débutés depuis 2011 sont toujours en procédure)	11	13	19	3	2
*situation au 31/03/2014					

Tableau C7

Enquêtes suite à une déclaration	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de déclarations	162	220	187	187	143
Nombre de dossiers débutés sur déclarations	162	220	187	187	143
Nombre de dossiers débutés sur déclarations/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	15%	24%	21%	21%	14%
Nombre de dossiers débutés sur déclarations dont l'instruction est terminée *	162	219	175	156	93
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels un indu a été constaté *	80	122	75	55	25
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels une amende a été prononcée * (la plupart des dossiers débutés depuis 2011 sont toujours en procédure)	31	19	26	7	
*situation au 31/03/2014					

e. Les dossiers post-contrôle

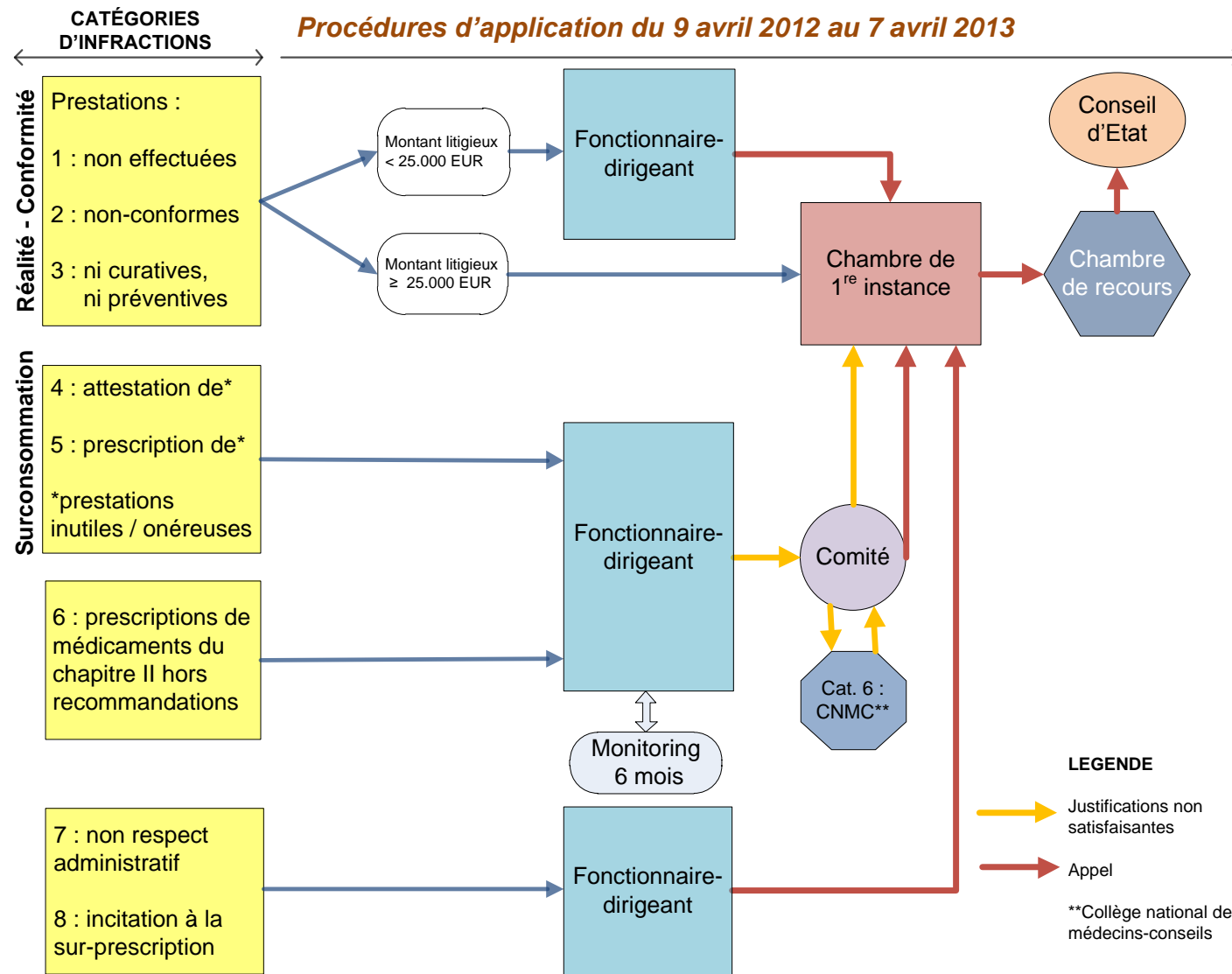
Après une enquête, un suivi informatique et une vérification permettent de s'assurer de la modification du comportement du dispensateur. Le cas échéant, une enquête de post-contrôle est ouverte.

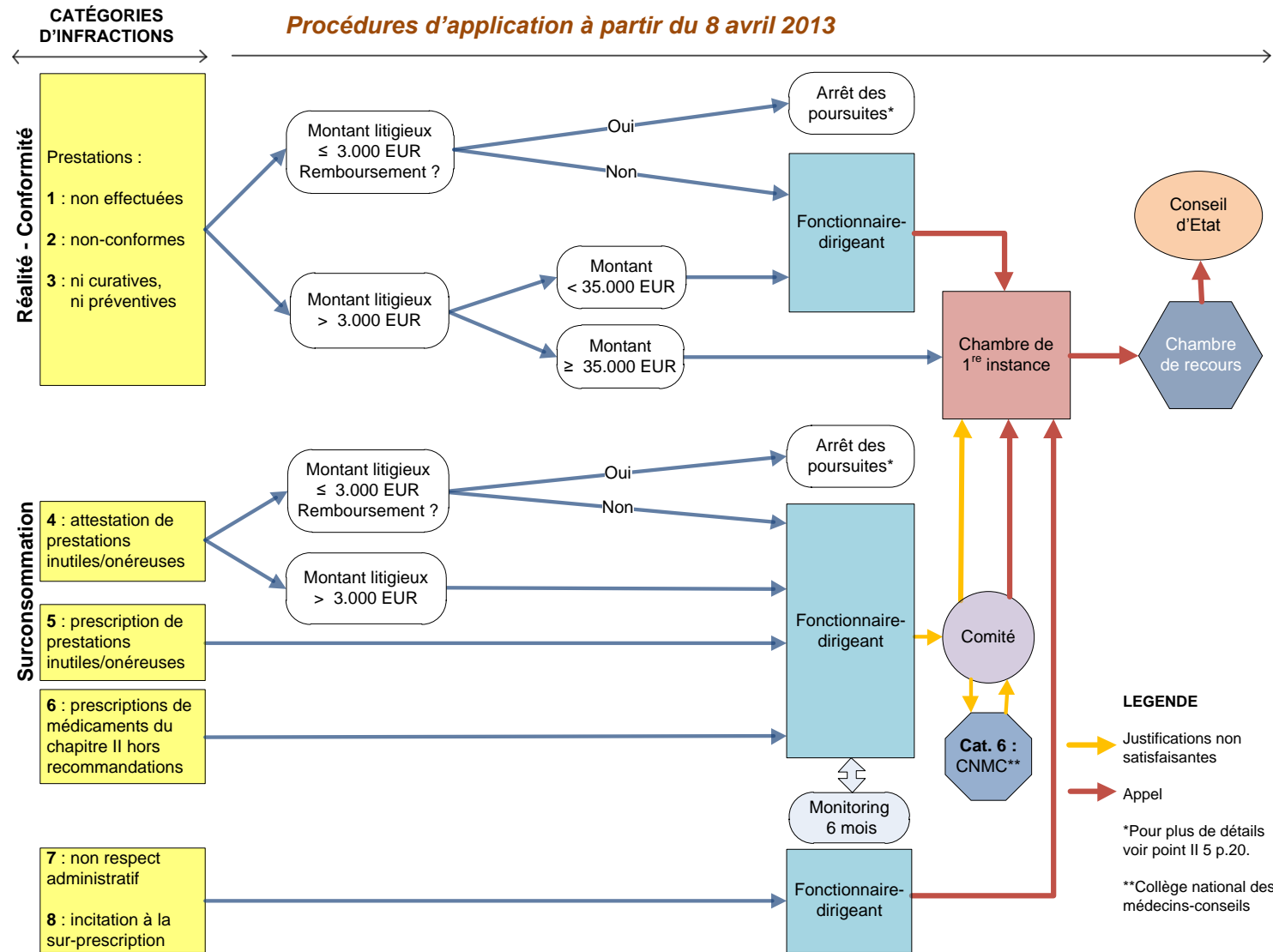
V. RÉCUPÉRATIONS ET MESURES APPLIQUÉES PAR LES INSTANCES JURIDICTIONNELLES

Les dossiers qui font l'objet de poursuites devant une des instances juridictionnelles suivent un parcours qui diffère selon la catégorie d'infractions constatées. Les divers parcours possibles sont rassemblés sur les schémas des pages suivantes.

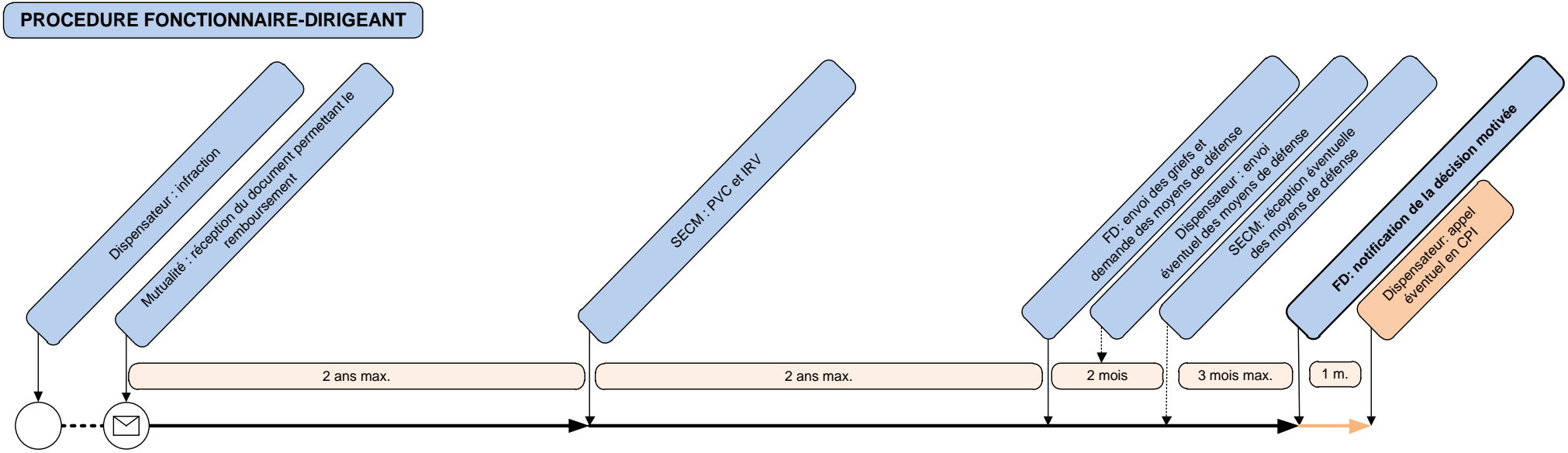
Les lignes du temps applicables à chaque procédure sont aussi présentées. Elles mettent en évidence qu'un dossier peut faire l'objet de décisions successives par diverses instances juridictionnelles et que la procédure se déroule sur plusieurs années.

Les décisions de chacune de ces instances sont ensuite détaillées.

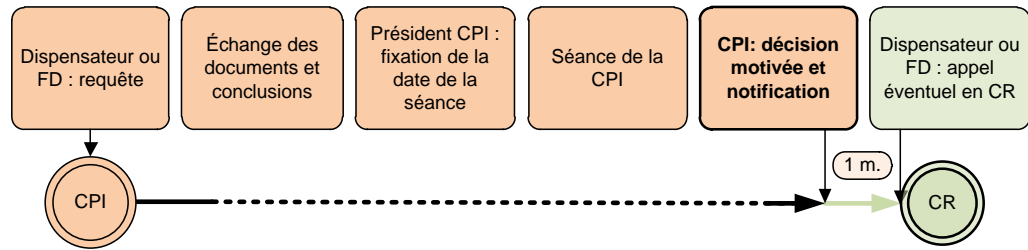
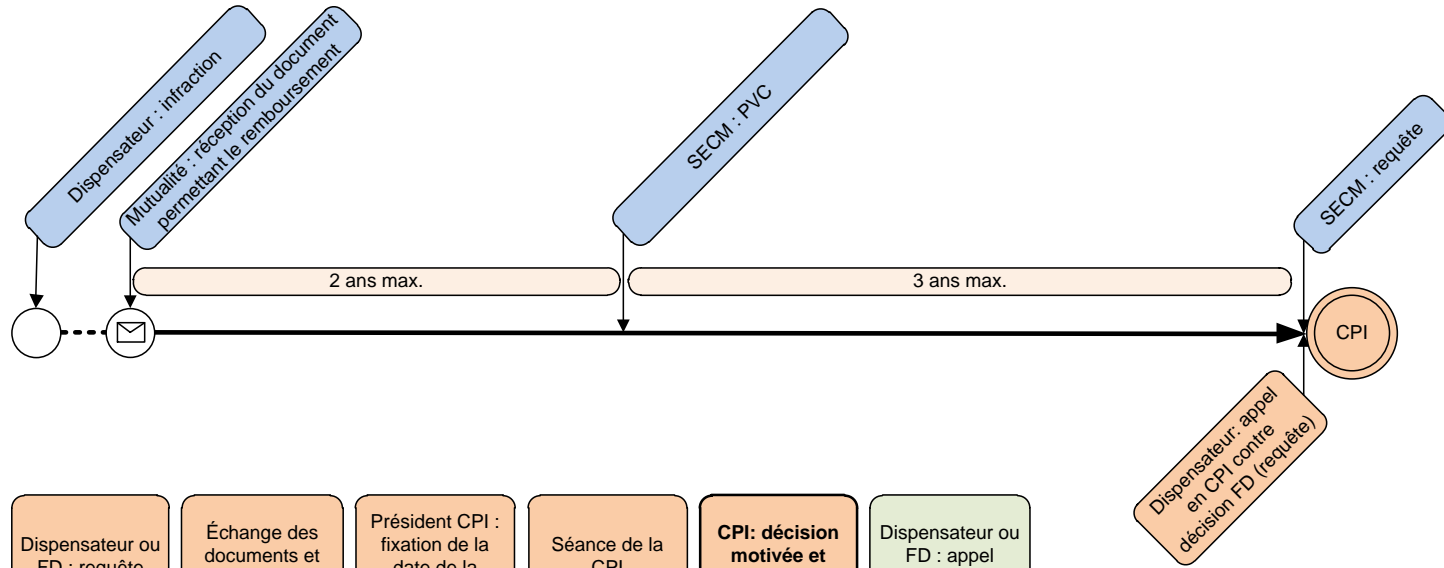




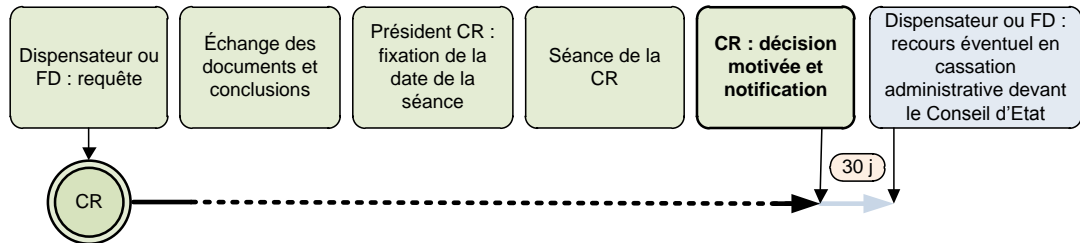
D'application depuis le 09 avril 2012



PROCEDURE CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE



PROCEDURE CHAMBRE DE RECOURS



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 : 3, un classé sans suite et deux 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.

Une seule condition est d'application : il traite les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à :

- 25.000 EUR pour les constats faits entre le 9 avril 2012 et le 7 avril 2013
- 35.000 EUR pour les constats faits à partir du 8 avril 2013.

Le tableau S1.1 reprend les données concernant les décisions du Fonctionnaire-dirigeant prises en 2013.

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

La majorité des recours ont trait, non au(x) grief(s) formulé(s), mais à la sanction appliquée.

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
	1	2				3					
	Nb	%	Nb	Nb	Nb	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	7	9		1	6	7.699	44.266	7.344	275	46.289	53.988
Médecins spécialistes	11	10			11	59.526	71.903	7.361	2.925	19.715	79.241
Pharmaciens	7	11			7	78.591	84.591	8.750	3.275	12.250	90.841
Dentistes	6	6			6	25.510	77.302	10.888	1.138	5.669	31.179
Infirmiers	45	50		1	44	259.993	502.685	98.008	23.748	177.614	437.607
Kinésithérapeutes	9	7			9	67.683	100.865	10.038	2.063	24.278	91.961
Logopède	1	1			1		5.944	1.375		7.319	7.319
Dispensateurs d'implants	1	1			1	118.105	118.105	1.375		1.375	119.480
Pharmacien biologiste	1				1	10.537	10.537				10.537
Hôpitaux, centres de soins	2	2			2	874	28.712	4.125			874
Autres	2	2			2	294	17.004	3.121			294
TOTAUX	92	100		2	90	628.812	1.061.914	152.384	33.423	294.509	923.321

Tableau S1.2

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
92	22	24

2. Les juridictions administratives

a. les décisions des Chambres de première instance

Il s'agit d'une juridiction administrative.

Une Chambre connaît de tous les dossiers devant être traités en néerlandais, l'autre connaît de tous les dossiers devant être traités en français et allemand. Chacune est composée, sous la présidence d'un magistrat de l'Ordre judiciaire, de quatre membres nommés par le Roi, deux, médecins, sur proposition des Organismes assureurs, les deux autres sur proposition du groupe de dispensateurs de la profession du comparant. Ces membres ne siègent pas comme délégués de leur groupe, mais en raison de leurs connaissances techniques de la matière traitée.

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.

Le tableau S2.1 reprend les données concernant les décisions des Chambres de première instance prises en 2013.

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

La majorité des recours ont trait, non au(x) grief(s) formulé(s), mais à la sanction appliquée.

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	6	5			5			189.110	21.043	26.793	126.652	126.652	
Médecins spécialistes	16	12		1	14		1	11.488	1.491.614	822.736	1.335	595.039	606.527
Pharmaciens	5	4		1	3		1	200.609	182.707	15.866	13.116	90.912	291.521
Dentistes	8	6			4	1	3	69.097	536.389	10.581	4.007	25.691	94.788
Infirmiers	80	61		3	23	2	52	104.864	926.698	419.092	133.125	302.607	407.471
Orthopédistes	1	1				1			12.780	12.780			
Prothésistes acousticiens	1	1				1			15.940	7.970		23.910	23.910
Hôpitaux, centres de soins	10	8		4	6			112.090	624.220	26.584	109.894	180.988	293.078
MRS	1	1				1			14.448	7.224			
Autres	3	2			2		1		63.589	14.870	16.924	38.667	38.667
TOTAUX	131			9	57	6	58	498.148	4.057.497	1.358.747	305.195	1.384.468	1.882.616

Tableau S2.2

Nombre de décisions CPI		Nombre de recours en CR par le prestataire		%	Nombre de recours en CR par le SECM		%
131		27		20	6		5

b. les décisions des Chambres de recours

Cette instance est également une juridiction administrative.

Les Chambres sont composées comme les Chambres de première instance, la différence étant que seul le magistrat a voix délibérative.

Elles se prononcent en degré d'appel sur les contestations relatives aux décisions des Chambres de première instance.

Le tableau S3 reprend les données concernant les décisions des Chambres de recours prises en 2013.

Résultats

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	2,46		3	28.164	93.146	21.692	18.942	46.254	74.418
Médecins spécialistes	12	9,84	3	9	50.382	710.927	1.375	1.500	1.456.838	1.507.219
Pharmaciens	3	2,46		3	33.027	230.976	80.622		47.622	80.649
Dentistes	7	5,74	2	5	257.865	613.769	29.004	103	203.052	460.918
Infirmiers	91	74,59	38	53	33.189	1.266.099	494.251	5.522	421.891	455.080
Logopèdes	2	1,64		2	31.405	58.164	4.516	3.141	10.000	41.405
Dispensateurs d'implants	1	0,82		1		3.047			100.329	100.329
Hôpitaux	2	1,64	2		1.447	109.412			107.965	109.412
Autre	1	0,82		1						
TOTAUX	122		45	77	435.479	3.085.539	631.459	29.208	2.393.952	2.829.431

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 CMI 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
- elles décident d'y mettre fin.

Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	2013
Nombre de séances	1.582
Nombre d'assurés convoqués	11.074
Nombre d'examens médicaux effectués	8.563
Nombre d'exclusions ("moins de 66%")	4.163

Source : Service des indemnités de l'INAMI

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 est en cours d'élaboration.

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.

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

Dossiers "H"	2013
Nombre d'examens médicaux	
pour première reconnaissance d'incapacité de travail	28
pour prolongation de l'incapacité	9
Au total	37
Décisions lors de ces examens :	
assurés incapables de travailler (> 66%)	33
assurés capables de travailler (< 66%)	4

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 2013	
Nombre d'examens médicaux	136

VII. LE CONTRÔLE PRIMAIRE DES ORGANISMES ASSUREURS

Le montant des frais d'administration visé à l'article 195 § 1 2° de loi relative à l'ASSI (14 juillet 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 1 porte, à partir de l'année 2004, sur les performances de gestion constatées durant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année à laquelle se rapporte le montant dont question à l'alinéa 1.

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 § 1 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 les 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%

Résultats

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 sous-projets suivants :

Sous-projet	% global d'anomalies détectées
Cumul interdit entre angio- et artériographie NPS art. 17§1 et 17ter A 5°	0%
Cumul interdit d'audiométrie NPS art. 14i	0,02%
Restriction d'âge pour l'audiométrie NPS art. 14i	0%
Cumul interdit entre hystérosopies diagnostiques et thérapeutiques NPS art. 14g	0%
Frottis vaginal de suivi : 2/an max. NPS art.3 §1c	0,42%
Cumul interdit entre échographie abdominale et écho-endoscopie gastroentérologique NPS Art. 20§1c et art. 17q	5,05%
Visite au patient hospitalisé 1x/sem. Max NPS Art. 2 J	2,65%
Cumul interdit de Rx thorax NPS Art. 17 4° et 7°	0,02%
Cumul interdit entre hémodialyse et honoraires de surveillance NPS Art. 20 §1 et § 5 et Art. 25	0,15%
Cumul interdit entre les prestations d'urologie NPS Art. 14 J	0,01%
Cumul interdit avec l'examen buccal NPS Art. 5	1,49%
Echographies interdites aux gynécologues NPS Art. 17quater	0,07%

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^e partie : perspectives 2014-2015

LES PERSPECTIVES

Assurer la continuité de notre prestation de services constitue un grand défi.

Pour le 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 un tiers du personnel. Ces futurs retraités occupent dans beaucoup de cas des fonctions essentielles. De plus, il s'agit de détenteurs de connaissances critiques, d'enquêteurs (médicaux et paramédicaux) et de membres de la direction.

Le programme de changements, mis en route en 2013, se concrétise de manière progressive afin d'être opérationnel en totalité en 2015 (comme prévu à l'article 23 du Contrat d'administration 2013-2015 : Réorganisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en vue d'assurer la continuité et de pouvoir relever les futurs défis).

Des principes qui entrent en ligne de compte sont, entre autres :

- une approche intégrée des actions à mener allant de l'information, la prévention, l'analyse jusqu'aux procédures de récupérations et sanctions
- des synergies, internes et externes, entre les directions, les services de l'INAMI, les partenaires externes en vue d'optimiser la coordination
- un développement des domaines d'expertise du Service, avec la réalisation d'études et l'utilisation d'outils de screening, faisant référence notamment à l'« Evidence based medicine, EBM »
- un accent supplémentaire porté sur la prévention avec des actions d'information ciblées sur un sujet ou un groupe de dispensateurs de soins
- une approche thématique pour les enquêtes et les études
- de nouvelles notions d'efficience appliquées au contrôle.

Sur le plan du partenariat avec les Organismes assureurs, l'activité des médecins-conseils en matière de suivi de la période d'incapacité primaire de travail sera analysée sur base de la cartographie mise en place.

4^e partie : documentation

I. LA LOI SUR LA RESPONSABILISATION DES DISPENSATEURS DE SOINS

1. Historique

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 premier 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 aux Chambres 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.

2. 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.

3. 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 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 modification législative, de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant du Service du

contrôle administratif (SCA) de l'INAMI. Désormais, c'est le Fonctionnaire-dirigeant du SECM qui sanctionne de telles infractions.

4. Explications

Depuis 2007, la loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins a 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, à compter du procès-verbal de constat:

- les affaires qui relèvent de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant doivent faire l'objet de l'envoi des griefs dans les deux ans
- la Chambre de première instance doit, quant à elle, être saisie, à peine de déchéance, dans les trois ans.

5. Instances juridictionnelles

La loi a institué deux juridictions administratives :

- Les Chambres de première instance, une qui connaît de tous les dossiers devant être traités en néerlandais, une autre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en français et allemand. Elles se composent d'un magistrat président et de quatre membres nommés par le Roi : deux, médecins, sur proposition des Organismes assureurs, les deux autres sur proposition du groupe de dispensateurs de la profession du comparant. Tous ont voix délibérative.
- En degré d'appel, les Chambre de recours, une qui connaît de tous les dossiers devant être traités en néerlandais, l'autre qui connaît de tous les dossiers devant être traités en français et allemand. Elles sont composées comme les Chambres 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, en fonction de la valeur des prestations litigieuses. Le Fonctionnaire-dirigeant traite les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à

- 25.000 EUR pour les constats faits entre le 9 avril 2012 et le 7 avril 2013
- 35.000 EUR pour les constats faits à partir du 8 avril 2013.

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

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.

6. Procédures en matière de surconsommation

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 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 ensuite 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.

7. Conclusion

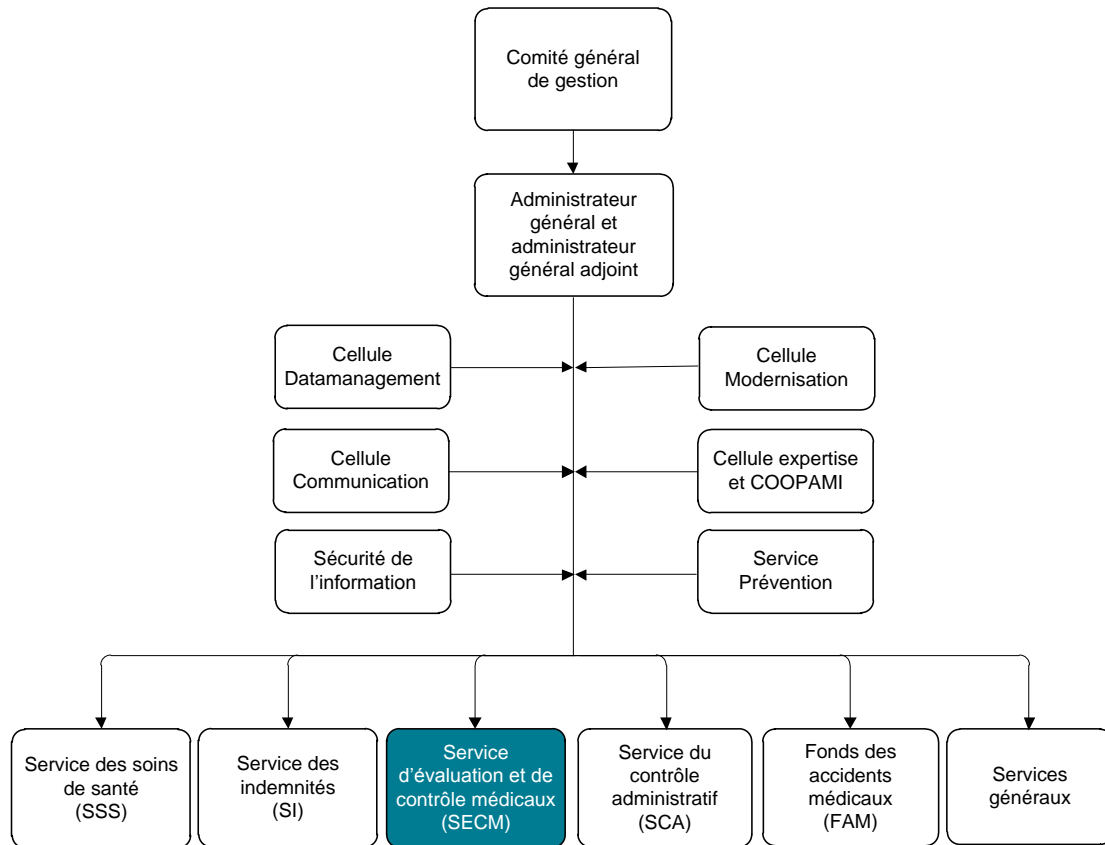
Les dispositions introduites par les lois de décembre 2006 viennent renforcer l'efficacité du contrôle exercé par le SECM.

Les droits de la défense sont davantage protégés puisque le dispensateur de soins peut désormais s'exprimer devant ses juges en première 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

2013



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 de l'INAMI et quatrième 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 (voir page 8).

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 mai 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 mai 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.

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 :

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

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 :

- la surconsommation
- l'utilité
- 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 :

- une prévention individuelle : le dispensateur qui n'a pas pu donner une explication satisfaisante de sa pratique professionnelle reçoit une lettre de prévention individualisée
- 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
- 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 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

- la langue de la procédure
- l'organe ayant prononcé la décision :
 - Fonctionnaire-dirigeant = FD
 - Chambre de première instance = CPI
 - Chambre de recours = CR
- 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

CR-CMI : Commission régionale du conseil médical de l'invalidité

CS-CMI : Commission supérieure du conseil médical de l'invalidité

DRV : demande de remboursement volontaire

EHFCN : European Healthcare Fraud & Corruption Network

FD : Fonctionnaire-dirigeant

INAMI : Institut national de l'assurance maladie-invalidité

IRV : invitation au remboursement volontaire

KCE : Centre fédéral d'expertise

MB : Moniteur belge

NPS : nomenclature des prestations de santé

O.A. : Organismes assureurs

PVC : procès verbal de constat

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 : infoteam-secm@inami.fgov.be

ou : i&C-team@inami.fgov.be

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

Version du 09 mai 2014.