



Rapport SECM

Activités de l'année 2014

Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Mai 2015

LE BILLET DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

2014 : un vrai défi ! Remplir nos missions en tenant compte de la réduction de nos effectifs et de la réorganisation interne était une vraie gageure.

C'est pourquoi nous avons d'abord adapté le processus de décision en vue d'une gestion quotidienne et stratégique plus efficaces. Les décisions stratégiques des trois directions (Information, Contrôle et Expertise), ont été rassemblées en un organe de décision restreint : le « BeslissingsOrgaan – Organe de Décisions (BOD) ».

Ensuite, la direction Contrôle a porté son attention sur la diminution de la durée des enquêtes. Elle a aussi déplacé le centre de ses actions (les enquêtes individuelles) vers les enquêtes thématiques. Ainsi, pour la première fois, le Comité du SECM a traité 175 dossiers résultant d'un monitoring à grande échelle. Il s'agissait au départ de la pratique de 998 dentistes, suivie dans le cadre d'une enquête thématique portant sur la réattestation des soins dentaires conservateurs endéans l'année.

L'Évaluation, qui devient la direction Expertise, s'est réorganisée en cinq domaines d'expertise. Elle a aussi profité de l'actualisation du cadastre des compétences et des intérêts du personnel du SECM. Le but est, par le biais d'une meilleure utilisation des connaissances, de l'Evidence Based Medicine et du terrain, de donner plus de contenu à la politique d'enquêtes et à la fonction d'avis.

Ainsi, après avoir effectué une radioscopie de tous les services d'urgences, un travail en commun a été réalisé avec la direction Information pour adresser un courrier début 2015 à tous ces services afin de les informer sur l'attestation correcte de leurs prestations.

Cette direction Information a aussi, comme chaque année, mis à jour deux brochures : l'« Infobox pour les médecins généralistes » et le « SECM : Missions et procédures ».

Nouveauté : en collaboration avec le Services des Soins de Santé, le SECM a développé un concept « approche intégrée ». Le but est de lutter de manière structurée contre le gaspillage dans les dépenses pour les soins de santé et d'inciter tous les acteurs à un usage optimal des moyens de l'assurance soins de santé. Ce concept est déjà intégré dans les décisions stratégiques du Service.

Dans une vision beaucoup plus large, en tant que membre du European Health Fraud and Corruption Network (EHFCN), notre service a joué un rôle de précurseur dans la création d'un « waste typology ». C'est un outil conceptuel définissant toutes les sortes de gaspillage qui permettra une lutte plus efficace et uniforme contre le gaspillage au niveau européen.

Enfin, fin 2014, le SECM a reçu la presse. L'objet de cette action était d'informer sur le début d'un contrôle de la fraude dans les soins infirmiers à domicile. Dans le futur, nous souhaitons continuer nos efforts en collaboration avec tous les secteurs concernés.

Les changements profonds susmentionnés et des actions efficaces auraient été impossibles sans le dévouement et l'expertise des membres de notre personnel. Je tiens à les remercier chaleureusement.

Bonne lecture !

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 2014.
- 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 2014. 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 réalisé par la Direction Information du SECM.

Les données sont arrêtées à la date du 31 mars 2015.

Il a été présenté à la séance du Comité du SECM du 8 mai 2015.

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. 2014 : réalisations.....	9
III. Activités SECM 2014 : 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
III. L'évaluation	19
IV. Le contrôle en soins de santé	31
1. Les enquêtes thématiques « CENEC »	31
2. Le contrôle « Code-barres unique »	50
3. Les enquêtes individuelles	51
V. Procédures administratives.....	57
1. Les organes d'administration active	61
2. Les juridictions administratives.....	64
VI. Le contrôle en incapacité de travail	69
1. Le contrôle de l'incapacité de travail après la première année	69
2. Le contrôle de l'incapacité de travail à la demande des médecins-conseils.....	69
3. Le contrôle du travail du médecin-conseil en matière d'incapacité primaire.....	70
4. Expertises et enquêtes à la demande des tribunaux du travail.....	70
5. Le contrôle médical de l'incapacité de travail des titulaires handicapés et de certains travailleurs indépendants.....	70
6. Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères	71
VII. Le contrôle primaire des Organismes assureurs.....	73

3^e partie : sujet thématique	77
4^e partie : perspectives 2015-2016.....	81
5^e partie : documentation	85
I. La loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins	87
1. <i>Historique</i>	87
2. <i>Infractions</i>	87
3. <i>Mesures applicables</i>	88
4. <i>Commentaires</i>	89
5. <i>Points d'attention</i>	89
6. <i>Instances juridictionnelles</i>	90
7. <i>Procédures en matière de surconsommation</i>	91
8. <i>Conclusion</i>	92
II. Le SECM au sein de l'INAMI	93
III. Le SECM : bonne gouvernance	95
1. <i>Gestion du SECM</i>	95
2. <i>Le Comité du SECM</i>	95
IV. Le SECM : types d'actions	97
1. <i>Information</i>	97
2. <i>Évaluation</i>	97
3. <i>Contrôle</i>	97
4. <i>La jurisprudence</i>	98
V. Lexique des acronymes	99
VI. Plus d'informations ?	100

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. 2014 : RÉALISATIONS

Sur le plan de l'information - communication :

Publications :

- Infobox médecin généraliste, mise à jour
- SECM, Missions et Procédures, mise à jour.

Le 25 novembre, présentation à la presse du rapport d'activités 2013 et des actions de contrôle en matière de fraude et d'abus dans les soins infirmiers à domicile.

Sur le plan du contrôle :

1.122 enquêtes individuelles ont été clôturées. Le montant total des indus constatés est de 8,83 millions EUR. Les instances juridictionnelles peuvent modifier les indus dans la suite des procédures.

Trois enquêtes thématiques ont été terminées :

- IP018 Art dentaire : répétition des soins conservateurs
- IP023 Anesthésiologie : cumuls interdits en peropératoire
- IP025 Contrôle de l'attestation des codes 476125 (mesure du débit cardiaque) et 471564 (exsufflation de pneumothorax)

Sur le plan de l'évaluation :

Deux projets sont clôturés :

- 13/008 Services des urgences : résultats de l'étude de terrain
- 14/002 Chirurgie orthopédique : attestation des traitements des fractures et luxations

Sur le plan des procédures administratives :

Nombre de décision des organes du contentieux :

- Fonctionnaire-dirigeant : 57
- Chambre de première instance : 108
- Chambre de recours : 134

Sur le plan du contrôle en incapacité de travail :

Réalisation de 6.215 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)
- Échange d'informations dans le cadre de l'accord bilatéral franco-belge.

III. ACTIVITÉS SECM 2014 : QUELQUES CHIFFRES

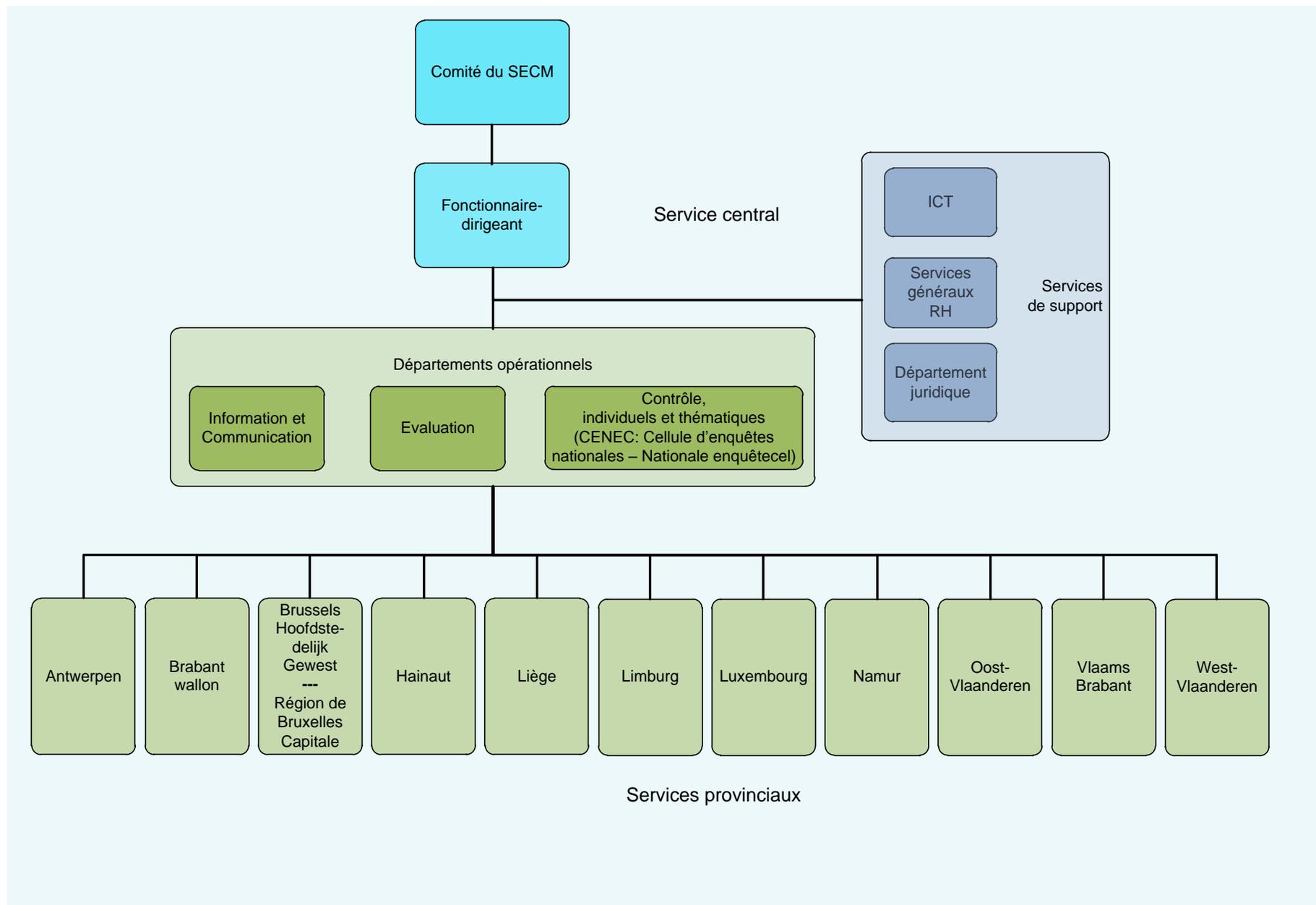
2014	
Information	
Infobox médecin généraliste	mise à jour
SECM, Missions et procédures	mise à jour
Évaluation	
Nombre de thèmes clôturés	2
Contrôle	
Nombre d'enquêtes individuelles clôturées	1.122
Montant des remboursements volontaires perçus (enquêtes clôturées « avertissement avec remboursement volontaire »)	3.579.898 EUR
Nombre d'enquêtes thématiques (CENEC) clôturées	3
Procédures administratives :	
1. Décisions du Fonctionnaire-dirigeant	
Nombre de décisions	57
Montant des remboursements ordonnés	664.533 EUR
Montant des amendes administratives effectives infligées	179.815 EUR
Montant des amendes administratives avec sursis infligées	56.759 EUR
2. Décisions de la Chambre de première instance	
Nombre de décisions	108
Montant des remboursements ordonnés	2.823.001 EUR
Montant des amendes administratives effectives infligées	116.009 EUR
Montant des amendes administratives avec sursis infligées	62.662 EUR
3. Décisions de la Chambre de recours	
Nombre de décisions	134
Montant des remboursements ordonnés	3.270.504 EUR
Montant des amendes administratives effectives infligées	34.643 EUR
Montant des amendes administratives avec sursis infligées	6.913 EUR
Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	
Nombre d'examens médicaux effectués	6.215

IV. LE PERSONNEL

Personnel SECM au 31-12-2014	Service central			Services provinciaux			TOTAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Médecin-directeur général	1		1				1
Médecin-inspecteur général	2		2				2
Médecin-inspecteur directeur		1	1	4	6	10	11
Médecin-inspecteur	4	6	10	38	27	65	75
Pharmacien-inspecteur	4	3	7				7
Infirmier-contrôleur				23	15	38	38
Juriste (niv. attaché)	5	5	10				10
Juriste (niv. conseiller)	1	1	2				2
Expert SMALS (statisticien, data-analyste)	2	2	4				4
Conseiller (service central)	1		1				1
Attaché (central et provincial)	6	3	9	4	2	6	15
Expert administratif (niv. B)	1	1	2	7	2	9	11
Assistant administratif (niv. C)	10	9	19	32	26	58	77
Collaborateur administratif (niv. D)	5	4	9	13	10	23	32
Détaché (niv. A, juriste)	1		1				1
TOTAL	43	35	78	121	88	209	287

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 présentée 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 endéans 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 via les procédures administratives.

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.

2014	Brochures
Novembre	Infobox médecin généraliste, mise à jour
Décembre	SECM - Missions et procédures, mise à jour

Contact presse

Le 25 novembre, présentation à la presse du rapport d'activités 2013 et des actions de contrôle en matière de fraude et d'abus dans les soins infirmiers à domicile.

Exposés et conférences

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

2014	
Exposés et conférences	11

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.

2014	
Participations	147

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 2014 :

- 13/008 Services des urgences : résultats de l'étude de terrain
- 14/002 Chirurgie orthopédique : attestation des traitements des fractures et luxations

13/008 Services des urgences : résultats de l'étude de terrain

Contexte

En 2011, une étude du SECM (09/006) sur les attestations dans les services des urgences avait suscité des interrogations. Un service des urgences, composés de médecins formés aux situations d'urgence (urgentistes, acutistes¹ ou porteurs du brevet de médecine aiguë) et de spécialistes rappelables, remplit-il la mission prévue : assurer les urgences ?

But

Répondre aux questions issues de l'enquête de 2011 :

1. Motif de se rendre aux urgences ?
2. Identification du médecin ayant vu le patient ?
3. Appels de spécialiste : pourquoi le taux varie de 0 à 100% suivant les hôpitaux ?
4. Prise en charge des enfants ?
5. Qualité des informations transmises au médecin-traitant / médecin envoyant le patient ?
6. Respect de la réglementation ?

Cadre légal

1. Depuis 2007, il existe des codes pour les consultations réalisées dans les services d'urgences :
 - destinés aux médecins de permanence aux urgences, appelés honoraires A
 - réservés aux spécialistes appelés, appelés honoraires C.
2. Attestation par le maître de stage

Le maître de stage peut attester à 100 % les prestations effectuées par le médecin spécialiste en formation (MSF) dans le cadre de sa formation si les conditions suivantes ont été remplies :

- prestations effectuées pendant les heures normales de service, au sein de l'établissement : le maître de stage ou un médecin spécialiste de la même discipline mandaté par lui doit être physiquement présent dans le service
- prestations effectuées en dehors des heures normales de service : le maître de stage (ou son mandataire) doit pouvoir être appelé 24 heures sur 24 par le MSF qui assure le service de garde intra-muros et doit être immédiatement à sa disposition
- prestations effectuées pendant un week-end ou un jour férié : le maître de stage (ou son mandataire) doit effectuer des visites en vue de contrôler les médecins stagiaires.

¹ Acutiste : néologisme créé par l'INAMI signifiant médecin spécialiste en médecine aiguë

Le maître de stage peut se faire remplacer par un médecin spécialiste issu de la même discipline et mandaté par lui.

Méthodologie

1. Période

Dimanche 27, lundi 28 et mardi 29 novembre 2011 (trois jours).

2. Échantillon

Pour chaque service d'urgences, 30 patients ayant été vus entre le 27 et le 29 novembre 2011. Ces patients ont été choisis de façon à représenter toutes les catégories d'âges pour chaque service.

Cela représente 3.173 patients dans 104 hôpitaux.

3. Information

a. Mode de recueil

- Demandes aux O.A. des attestations des codes d'urgences de l'année 2011 (honoraires A, C et suppléments d'urgence correspondant)
- Sélection pour chaque service d'urgences de 30 patients ayant été vus entre le 27 et le 29 novembre 2011, choisis de façon à représenter toutes les catégories d'âges pour chaque service
- Pour chacun de ces patients, recherche du médecin-traitant sur base des prescriptions de médicaments (données Pharma-OT d'une année complète)
- Demande des rapports aux médecins traitants
- Pour chaque patient : demande de toutes les prestations entre le 01/11/2011 et le 30/06/2012 (données Attest).

b. Rapports reçus

Pour 3.173 rapports demandés, 3.038 réponses ont été reçues des médecins-traitants (M.T.), reprenant 1.545 rapports (soit 48,7%).

S'ajoutent à cela :

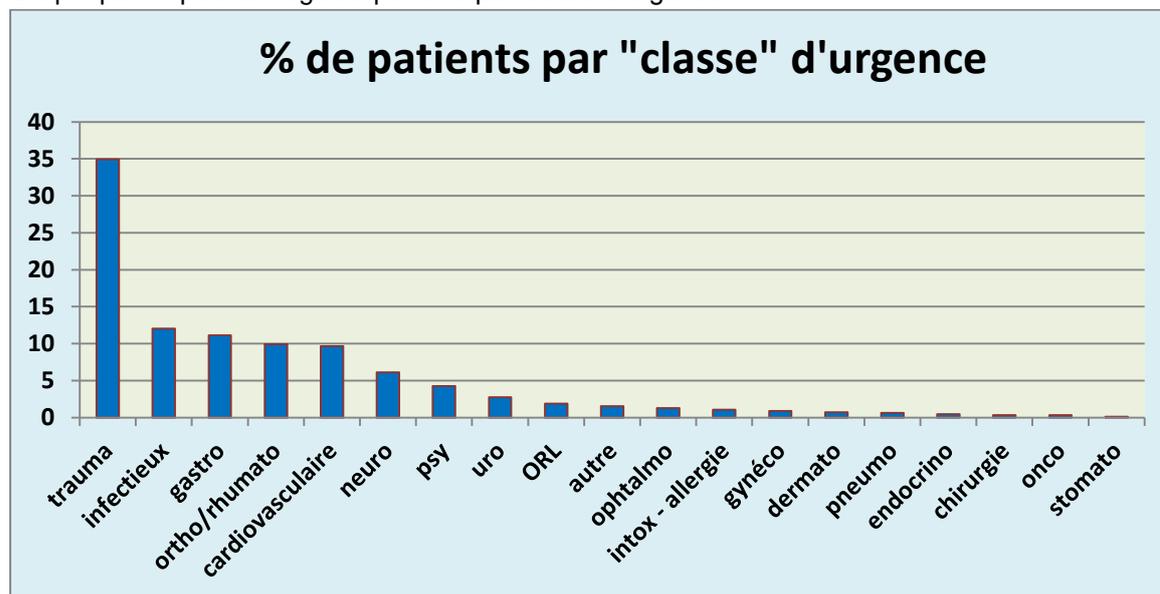
- des rapports d'hospitalisation
- les résultats d'examens effectués le jour de l'urgence qui mentionnent les plaintes ou le diagnostic
- les rapports des spécialistes consultés
- les renseignements obtenus du MT
- etc...

Au total, des données ont été obtenues pour **2.110** patients.

Résultats

1. Motivation de se rendre aux urgences

Graphique 1 : pourcentage de patients par classe d'urgence



2. Spécialistes appelés aux urgences ou consultés dans les 3 jours

Sur base des honoraires C attestés, le taux de spécialistes appelés aux urgences par rapport au nombre de patients admis varie entre 0 et 95% selon les hôpitaux.

Explication : le patient est vu par un spécialiste de la discipline en rapport avec le motif de passage aux urgences, soit le jour même, soit dans les jours suivants, mais cette consultation n'est pas attestée comme consultation de spécialiste appelé (honoraires C) mais comme une consultation de spécialiste « hors urgence ».

3. Identification du médecin ayant réellement vu le patient ?

a. A partir des rapports, plusieurs cas existent :

- le signataire est mentionné comme le médecin ayant examiné le patient
- le signataire est renseigné comme « responsable » mais avec mention explicite du médecin ayant examiné le patient
- le signataire du rapport est d'office celui du chef de service, sans mention du médecin ayant examiné le patient
- rien n'est mentionné sur la fonction du signataire.
- dans 1,2% des cas, il est impossible d'identifier le signataire.

b. A partir du médecin qui atteste

L'étude montre que le dispensateur qui a attesté les prestations réalisées n'est pas toujours celui mentionné dans le rapport comme celui ayant vu le patient. Attestation :

- par un urgentiste à la place d'un acutiste ou un Bag

- d'un spécialiste agréé à la place d'un spécialiste non agréé
- à 100 % des prestations réalisées par des médecins spécialistes en formation (MSF) au nom de médecins d'une autre discipline : conditions légales respectées ?

4. Prise en charge des enfants

a. Motifs de consultation

Les motifs les plus fréquents de consultation d'urgences pour les enfants sont les traumatismes et les états infectieux. Dans ce cas il y a très souvent un pédiatre appelé, voire d'office dans certains hôpitaux.

Rappel : ce passage aux urgences (sauf justification médicale, par exemple un traumatisme crânien sévère) n'est pas nécessaire lorsque l'hôpital est agréé pour un programme de soins pour enfants² et dispose de son propre service de garde pédiatrique.

b. Envoi des rapports

Le taux de rapports disponibles dans l'étude est de 48,7% mais il n'est que de 29,2% pour la classe d'âge 0-3 ans.

5. Caractéristiques des rapports envoyés aux médecins traitants

- Le taux de rapports disponibles dans l'étude est de 48,7% (3.173 demandés, 1.545 reçus)
- Les antécédents repris sont parfois kilométriques et non pertinents dans le contexte de l'urgence (importation automatique à partir du dossier du patient)
- Les traitements appliqués sont parfois peu explicites
- Il n'est pas toujours mentionné si un spécialiste a été appelé. Par ailleurs il est parfois indiqué qu'un spécialiste a été appelé, mais il est impossible d'identifier ce spécialiste sur base du rapport
- Le suivi n'est pas mentionné (rendez-vous déjà pris / à prendre par le patient auprès d'un spécialiste, hospitalisation, intervention programmée.... ?)

Tableau 1 : manquements quantifiables constatés pour 1.545 rapports examinés

Manquements	Nombre	Taux %
Mode d'arrivée inconnu	978	63.30
Diagnostic absent	165	10.68
Signataire non identifié	46	2.98
Plaintes absentes	25	1.62
Nom du signataire et numéro INAMI inconnus	18	1.17
Total	1.232	79,75

² A.R. du 13/07/2006 : Programme de soins pour enfants et fonction 'hospitalisation chirurgicale de jour'

6. Respect de la réglementation

- a. Concordance entre le ticket-moderateur demandé et la présence d'une lettre d'accompagnement

Un patient qui consulte **avec** une lettre d'accompagnement d'un médecin généraliste (ou arrivant en ambulance) a un ticket modérateur moins élevé que celui venant sans. Sur 1.060 cas dits avec lettre d'accompagnement, pour 356 (soit 1/3) il n'y a pas d'éléments permettant de confirmer la présence de la lettre.

Tableau 2 : nombre de situations correspondant à une lettre d'accompagnement

Lettres attestées	Ambulance	Généraliste vu J0	Généraliste vu J-1	Néant
1.060	292	446	97	356

- b. Transferts entre hôpitaux

26 patients ont fait l'objet d'un transfert d'hôpital :

- pour 15 des 26 patients, 2 consultations d'urgence ont été attestées (1 par chaque hôpital)
- 1 patient a fait l'objet de 2 transferts successifs avec 3 consultations d'urgences attestées.

7. Résultats en-dehors des buts de l'étude : passage systématique par les services d'urgences pour prise en charge par l'hôpital

Des protocoles d'urgences montrent que des patients ne nécessitant pas des soins urgents sont envoyés par leur médecin-traitant pour :

- être hospitalisés
- être vus rapidement par un spécialiste
- passer un examen complémentaire.

Ils sont examinés par un médecin des urgences, qui appelle ensuite le spécialiste demandé par le médecin-traitant. Cette procédure entraîne un surcoût inutile.

Conclusions

Pour répondre aux questions issues de l'enquête de 2011 :

1. Motif de se rendre aux urgences ?

Les motifs couvrent tous les domaines médicaux, mais la raison majeure est la traumatologie (35%) dont 2/3 sont des « traumatismes légers ».

La majorité des patients se rendant aux urgences ne nécessitent pas une prise en charge par des médecins hyperspécialisés en soins aigus. Ces cas pourraient être pris en charge par des généralistes, moyennant une possibilité de réaliser certains examens techniques (RX, examens sanguins, ECG...) sur place.

2. Identification du médecin ayant examiné le patient ?

Cette étude montre la difficulté fréquente à identifier le médecin ayant examiné le patient.

3. Appels de spécialiste : pourquoi le taux varie de 0 à 100% suivant les hôpitaux ?

Certaines consultations de spécialistes sont attestées, non avec le code des urgences (honoraires C spécialiste consulté) mais avec le code normal, soit le jour même, soit dans les jours suivants.

4. Prise en charge des enfants ?

Le fait que les moins de trois ans soient vus quasi-systématiquement par un pédiatre pose la question de utilité de l'examen de l'urgentiste, et davantage encore lorsqu'il existe un service de garde pédiatrique.

5. Qualité des informations transmises au médecins-traitants / médecins envoyant le patient

48,7% de rapports sont disponibles seulement. De nombreuses informations sont souvent absentes (mode d'arrivée du patient, plaintes, diagnostic, identité du médecin des urgences, identité du spécialiste consulté, traitements appliqués, suivi recommandé, ...).

6. Respect de la réglementation

Manquements qualitatifs constatés :

- non concordance entre dispensateurs ayant examiné le patient et attestant
- code NPS attesté « avec lettre d'accompagnement » sans qu'il y ait trace de contact avec un généraliste ou de transport en ambulance
- transferts entre hôpitaux avec attestation d'urgences à chaque entrée
- respect des conditions d'attestation des prestations des MSF incertain.

Suggestions

- Envoi d'un courrier aux hôpitaux avec rappel de la réglementation non respectée
- Instauration d'un système de tri performant des patients, avec orientation vers une 1^{re} (relevant plus de la médecine générale) ou 2^e ligne
- Honoraires de consultation aux urgences fixés non plus en fonction du dispensateur, mais en fonction du score du patient (déterminé sur base de protocoles validés par des experts)
- Rapport standardisé avec rubriques obligatoirement remplies, remis au patient qui sort et envoyé rapidement au médecin-traitant et au médecin ayant adressé le patient
- Modification de la réglementation lors de la prise en charge d'enfants dans les hôpitaux agréés pour un programme de soins pour enfants (A.R. du 13 juillet 2006)

Résultats rapport Evaluation

- Définition de règles précises pour certaines situations :
 - appels de spécialiste par un dispensateur de la même spécialité
 - conditions d'attestations des prestations des MSF réalisées dans les services des urgences.

Communication

Ces informations ont été présentées et discutées au Comité du SECM le 12 décembre 2014.

14/002 Chirurgie orthopédique : attestation des traitements des fractures et luxations

Contexte

L'étude 13/008 sur les services des urgences a mis en évidence des anomalies dans les attestations des cas comportant des actes orthopédiques lors des traitements de fractures ou luxations.

But

Etudier l'attestation des actes posés en chirurgie orthopédique lors du traitement de fractures ou luxations.

Cadre légal

En ce qui concerne les traitements des fractures et luxations (résumé) :

- Il existe des traitements sanglant et non sanglant des fractures
- Le cumul d'un traitement sanglant et non sanglant le même jour est interdit
- Qu'un traitement non sanglant soit suivi le lendemain ou quelques jours plus tard par un traitement sanglant doit rester rare
- La pose d'un plâtre provisoire en attente d'un traitement sanglant ou non sanglant doit être attesté sous la rubrique « appareils plâtrés » (et non par le code de traitement non sanglant) (R.I. 18)
- Le traitement non sanglant d'une fracture comprend les moyens de contention (cumul interdit entre code traitement non sanglant et pose d'appareil plâtré)
- La pose d'un appareil plâtré lors d'un traitement sanglant de fracture doit être attesté à 50% (NPS art. 14k)
- Le code de traitement non sanglant ne peut être attesté qu'une seule fois par traitement : tout changement de plâtre (même s'il y a correction d'axe) doit être attesté par un code de plâtre (R.I. 18)
- La contention provisoire précédant une réduction doit être attestée par les codes 145250 - 145261. (Appareillage provisoire de contention effectué d'urgence en cas de fractures ou luxations - ne peut être porté en compte qu'une fois par cas) (NPS art. 3).

Méthodologie

a. Échantillon de patients sélectionnés

D'abord, pour chacun des 104 service d'urgences, 30 patients ayant été vus en urgence entre le 27 et le 29 novembre 2011 ont été sélectionnés. Ils ont été choisis de façon à représenter toutes les catégories d'âges pour chaque service. Cela représente **3.095** patients.

Ensuite, dans ce groupe, tous les patients pour lesquels un code de l'article 14k (NPS) a été porté en compte entre le 01-11-2011 et le 30-06-2012 ont été retenus. C'était le cas pour **592** patients, répartis dans 102 des 104 hôpitaux. Pour l'ensemble de ces 592 patients sélectionnés, tous les codes d'orthopédie ont été analysés, en ce compris les prestations n'ayant aucun rapport avec la visite des patients aux urgences.

b. Périodes

Période d'**analyse** de toutes les prestations orthopédiques pour cet échantillon : du 01-11-2011 au 30-06-2012 (8 mois).

c. Information : demande :

- aux O.A. des attestations des codes d'urgences de l'année 2011 (honoraires A, C et suppléments d'urgence correspondant)
- des rapports aux médecins traitants
- de toutes les prestations pour chaque patient entre le 01-11-2011 et le 30-06-2012 (données Attest).

Résultats

a. Anomalies dans les attestations

Tableau 1 : anomalies constatées dans l'attestation des actes orthopédiques

Anomalies	Nombre	Indu différentiel EUR
cumul traitement # non sanglant et plâtre (100 ou 50% - même dispensateur)	27	887.48
traitement # + traitement sanglant le lendemain, hospitalisation directe	19	1412.48
> 2 plâtres en 6 semaines	11	536.52
traitement # attesté >1 fois (au lieu d'un plâtre)	9	232.00
prestation principale non attestable	8	556.74
145250 : pas de fracture	7	79.64
traitement # + traitement sanglant 2-3 j plus tard, hospitalisation directe	4	254.15
cumul traitement # non sanglant et plâtre (100 ou 50% - dispensateurs différents)	4	169.44
145250/261 attesté > 1 fois	3	32.58
# colonne attestée + orthèse attestée 3 jours plus tard	2	125.99
luxation congénitale de hanche : 2 ^e /3 ^e attestation, devrait attester 299515-299526	2	112.96
plâtre 100% + traitement sanglant + plâtre 50%	2	94.06
pose attelle, forfait plâtre attesté	2	56.64
# avec et sans réduction attestée le même jour	1	112.96
traitement non sanglant (800) et sanglant le même jour (480)	1	69.51
plâtre attesté pour pansement Velpeau (pas de forfait plâtre)	1	43.45
traitement # + traitement sanglant 2-3 j plus tard, pas d'hospitalisation directe	1	36.93
plâtre attesté pour attelle (attestée 3 jours plus tard)	1	34.76
2 ^e intervention à 100%	1	23.89
TOTAL	106	4.872.18

= fracture

b. Nombre de cas concernés

Tableau 2 : nombre de cas concernés, en hôpital et en pratique privée

Hôpital	Pratique privée	Nombre d'hôpitaux ou de dispensateurs	Nombre de cas orthop.	Cas litigieux		
				Nb cas	Nb codes	Indu différentiel EUR
non OK		49	344	85	104	4.833
OK		53	266			
sans ortho		2				
	orthopédiste	5	5	2	2	39
	chirurgien	1	1			
	généraliste	9	9			
TOTAUX			625	87	106	4.872

Légende

Les hôpitaux sont regroupés sur les 3 premières lignes :

- non OK : ceux pour lesquels des anomalies sont retrouvées
- OK : ceux sans anomalies
- sans ortho : ceux pour lesquels aucune attestation d'acte orthopédique n'a été trouvée

Les 3 dernières lignes reprennent les anomalies détectées chez des dispensateurs en pratique privée.

Les colonnes :

- Nb d'hôpitaux ou de dispensateurs : nombre d'hôpitaux ou de dispensateurs en pratique privée concernés
- Nb cas orthop : nombre total de patients ayant eu des prestations d'orthopédie
- Nb cas : nombre de patients ayant des prestations litigieuses
- Nb codes : nombres de codes litigieux relevés chez ces patients

Rappels

Nombre total de patients pris en compte : 3.095

Nombre total de patients avec codes orthopédiques : 592

Constat

Dans le tableau ci-dessus, 48% des hôpitaux présentent des anomalies dans les attestations, et ceci dans un cas sur quatre.

c. Montant des prestations litigieuses

- Total attesté pour ces prestations litigieuses : 5.875 EUR
- Indu différentiel estimé (hôpital + privé) : 4.872 EUR.

Discussion

Des anomalies dans l'attestation des traitements de fractures en orthopédie sont retrouvées dans 49 hôpitaux (soit 48 % des hôpitaux avec cas orthopédiques).

La détection et l'analyse de ces anomalies sont parfois complexes, car la plupart du temps la première prise en charge se fait aux urgences dans un hôpital, avec un suivi pouvant impliquer des dispensateurs, voire des hôpitaux différents.

Seules les données d'attestation-patients peuvent mettre en évidence l'ensemble des anomalies.

Conclusion

L'attestation des actes orthopédiques présente des anomalies dans un cas sur sept, ceci dans 49 hôpitaux.

Selon les extrapolations, il serait possible que le montant des prestations litigieuses (sans tenir compte de l'indu différentiel) soit compris entre 1.723.000 et 3.515.000 EUR par an.

Pour un même patient, plusieurs dispensateurs, parfois de différentes spécialités, peuvent être concernés, ainsi que différents hôpitaux, ce qui rend compliqué la détection de ces prestations.

Suggestions

- Envoi d'un courrier aux hôpitaux (médecins chefs et médecins responsables respectivement du service des urgences et du service d'orthopédie) leur rappelant les règles en vigueur, et mesure d'impact ensuite
- Proposition d'enquête thématique
- Clarification de la nomenclature.

Communication

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 12 décembre 2014.

IV. LE CONTRÔLE EN SOINS DE SANTÉ

1. Les enquêtes thématiques « CENEC »

(Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtécél)

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 2014 :

- IP018 Art dentaire : répétition des soins conservateurs
- IP023 Anesthésiologie : cumuls interdits en peropératoire
- IP025 Contrôle de l'attestation des codes 476125 (mesure du débit cardiaque) et 471564 (exsufflation de pneumothorax).

IP018 Art dentaire : répétition des soins conservateurs

But

L'objet de cette enquête était de quantifier et suivre le *taux de réattestation d'obturations et de restaurations dans l'année sur une même dent chez un même patient par un même dispensateur.*

Phases de l'enquête

L'enquête comporte trois phases :

1. une enquête avec action d'information des dispensateurs
2. les constats, actions du SECM et suivis individuels des dispensateurs
3. et une mesure d'impact générale.

1^{re} phase : enquête et action d'information des dispensateurs

Méthodologie

Le Service a d'abord étudié l'attestation des prestations de soins dentaires :

- effectuées pendant la période du 01-06-2008 au 30-11-2009
- relatives à des soins conservateurs ambulatoires concernant uniquement les obturations de cavité(s) et les restaurations de couronne et cuspidé sur des dents définitives chez les bénéficiaires à partir du 15^e anniversaire, sans tenir compte des codes spécifiquement attestés
- limitées uniquement aux données pour lesquelles le numéro de dent était renseigné (80%)
- produites par tous les dentistes de qualification 001 ou 004.

Le « taux de réattestation », pour des périodes données, est le résultat du rapport :

$$\frac{\text{nombre des prestations de soin conservateur attestées pendant la période de référence ayant fait l'objet d'une répétition pendant la période d'observation}}{\text{nombre total des mêmes prestations attestées pendant la période de référence}} \times 100$$

Périodes utilisées :

- période de référence : 01-06-2008 au 30-11-2008
- période d'observation : 01-06-2008 au 30-11-2009.

Résultat

Le « taux de réattestation » annuel sur une même dent chez un même patient par un même dentiste était de **8,30%**, la médiane se situant à **7,30%**.

Action

Le SECM a retenu un taux de réattestation acceptable maximum de 10%, compte tenu de la littérature belge et internationale disponible et de l'avis nuancé des experts belges.

Le SECM a adressé le 28 mars 2011 un courrier à 998 dentistes qui avaient attestés au moins 300 soins conservateurs entre juin et novembre 2008 avec un taux de réattestation de ces soins dans l'année supérieur à 10%.

Le but était de :

- les informer de leur taux de réattestation
- les avertir :
 - que leur pratique resterait sous surveillance continue, selon la même méthodologie
 - qu'ils s'exposaient – sans amélioration suffisante de leur pratique – à ce que cette dernière soit considérée comme inutilement onéreuse (grief légal de surconsommation).

Suivi

27 de ces dentistes (3%) ont réagi et 13 ont demandé un listing détaillé de leurs prestations.

2^e phase : constats, actions du SECM et suivis individuels des dispensateurs

Méthodologie

Le SECM a analysé de la même manière que pour la première phase les attestations des soins conservateurs pour la période du 01-05-2011 au 31-10-2012 (18 mois).

Périodes utilisées :

- période de référence : 01-05-2011 au 31-10-2011
- période d'observation : 01-05-2011 au 31-10-2012.

Résultats

Pour l'**ensemble** des dentistes, le taux de réattestation annuel moyen a diminué à **6,43%** avec une médiane à **5,60%** (respectivement **8,30%** et **7,30%** en première phase).

Pour les **998** dispensateurs qui **avaient** reçu un **courrier** :

- le taux de réattestation moyen a diminué de **15,5 à 8%**
- le taux de réattestation a diminué en dessous de 10% pour 801 d'entre-eux
- 197 conservaient un taux de réattestation supérieur à 10%.

Pour les dentistes qui n'avaient **pas** reçu de **courrier**, le taux de réattestation annuel moyen a diminué de **7,3 à 6,3%**.

Action

Comme prévu dans le courrier d'information, le SECM a ouvert un dossier à l'encontre des 197 dispensateurs qui conservaient un taux de réattestation supérieur à 10%. Un dossier a été retiré car un dossier en surconsommation de soins conservateurs était déjà ouvert pour ce dispensateur.

Pour les 196 dentistes restants, le SECM a :

- envoyé un **avertissement** à 22 dentistes avec un indu de surconsommation ≤ 100 EUR
- notifié un **PVC** (procès-verbal de constat), avec **IRV** (invitation au remboursement volontaire) aux 174 dentistes ayant un indu supérieur à 100 EUR.

Le tableau ci-dessous résume les actions :

Groupe	Classe d'indu EUR	Nb dentistes	Action SECM	Indu total EUR
A	≤ 100	22	Avertissement	0
B	> 3.000	22	PVC	123.994
C	> 100 et ≤ 3.000	152	PVC	150.157
Total		196		274.151

16 dentistes ont signalé des erreurs de données dans les listings leur transmis par le SECM.

La vérification de la concordance entre les données authentifiées par les Organismes assureurs et les attestations de soins donnés entrées au remboursement a été réalisée et n'affecte le taux de réattestation que de manière infime pour ces dispensateurs.

Réactions des dispensateurs

Groupe A (22 dispensateurs)

Aucun des 22 dentistes qui ont reçu un avertissement n'a réagi.

Groupe B (22 dispensateurs)

Le tableau suivant indique la manière dont les 22 dentistes qui ont reçu un PVC ont réagi à sa notification selon :

- leur accord ou non de remboursement volontaire
- l'absence de réponse ou la production ou non de moyens de défense
- un remboursement effectué ou non.

Groupe B (22 dispensateurs)	Nb dentistes	Indu (EUR)	Remboursement EUR
Avec remboursement volontaire			
Accord à l'IRV	3	9.774	9.774
Avec moyens de défense	2	7.534	7.534
Sans réaction	4	18.400	18.400
<i>Sous-totaux</i>	9	35.708	35.708
Sans remboursement volontaire			
Avec moyens de défense	8	52.288	
Sans réaction	5	35.998	3.048*
<i>Sous-totaux</i>	13	88.286	3.048*
Totaux	22	123.994	38.756

*Remboursement partiel classé comme « sans remboursement volontaire » par le Comité

Groupe C (152 dispensateurs)

Le tableau suivant indique la manière dont les 152 dentistes ont réagi à la notification de leur PVC selon :

- leur accord ou non de remboursement volontaire
- l'absence de réponse ou la production ou non de moyens de défense
- un remboursement effectué ou non.

Groupe C (152 dispensateurs)	Nb dentistes	Indu (EUR)	Remboursement EUR
Avec remboursement volontaire			
Accord à l'IRV	42	41.867	41.867
Avec moyens de défense	17	15.064	15.064
Sans réaction	26	23.221	23.221
<i>Sous-totaux</i>	85	80.152	80.152
Sans remboursement volontaire			
Avec moyens de défense	59	59.608	0
Sans réaction	8	10.397	0
<i>Sous-totaux</i>	67	71.954	0
Totaux	152	150.157	80.152

Les moyens de défense soulevés par les dentistes des groupes B et C sont :

- erreurs dans les données transmises par le SECM
- contestation de la méthodologie du SECM
- argumentaire médico-dentaire en termes généraux
- argumentaire médico-dentaire avec défense au cas par cas.

Les motifs invoqués dans l'argumentation médico-dentaire sont, par ordre décroissant d'importance (certains de ces arguments sont cités ensemble) :

- obturation sur une dent déjà obturée mais sur une ou d'autres face(s)
- reconstruction après traitement endodontique
- bruxisme
- pression des patients qui veulent conserver leurs dents naturelles, parfois pour des raisons financières
- traumatisme dentaire
- élément (dentaire) affaibli
- mauvaise hygiène buccale (handicap, classe sociale déficitaire, ...).

Suites données par le Comité du SECM aux constats

Les 174 PVC (Groupes B et C) ont été dressés sur base de l'art. 73 § 4 de la Loi Coordinée du 14 juillet 1994 et suivent donc la procédure décrite à l'art. 146bis § 2 de cette même Loi. Après envoi des PVC et réception des moyens de défense éventuels, le Comité examine les dossiers et peut décider de :

1. classer le dossier sans suite
2. clôturer le dossier par un avertissement
3. charger le Fonctionnaire-dirigeant de saisir la Chambre de première instance de l'affaire et, s'il échet, d'en avertir simultanément, par lettre recommandée la personne physique ou morale visée à l'art. 164 al. 2.

Les deux tableaux ci-après rassemblent les décisions du Comité pour ces groupes.

Groupe B (22 dispensateurs)	Nb dentistes	Indu (EUR)	Remboursé (EUR)	Contentieux	Décision Comité
Avec remboursement volontaire					
Accord à l'IRV	3	9.774	9.774		Avertissement
Avec moyens de défense	2	7.534	7.534		Avertissement
Sans réaction	4	18.400	18.400		CPI
Sans remboursement volontaire					
Avec moyens de défense	8	52.288		52.288	CPI
Sans réaction	5	35.998	3.048*	32.950	CPI
Totaux	22	123.994	38.756	85.238	

*Remboursement partiel classé comme « sans remboursement volontaire » par le Comité

Groupe C (152 dispensateurs)	Nb dentistes	Indu (EUR)	Remboursé (EUR)	Contentieux	Décision Comité
Avec remboursement volontaire					
Accord à l'IRV	42	41.867	41.867		sans suite
Avec moyens de défense	17	15.064	15.064		sans suite, remboursement INAMI
Sans réaction	26	23.221	23.221		sans suite
Sans remboursement volontaire					
Avec moyens de défense	59	59.608	0		sans suite
Sans réaction	8	10.397	0	1.866	7 avertissements 1 CPI
Totaux	152	150.157	80.152	1.866	

3^e phase : mesure d'impact général de l'action

L'impact général de l'action peut être mesuré en comparant les montants des remboursements³ pour les prestations concernées de deux années calendaires complètes :

- de mars 2010 à février 2011 (avant la lettre d'information de mars)
- et de mai 2011 à avril 2012 (après l'action).

Remboursements totaux en soins conservateurs

Remboursements en soins conservateurs	Montant EUR
Mars 2010 à février 2011	230.186.543
Mai 2011 à avril 2012	219.173.772
Evolution	- 11.012.771

Plusieurs facteurs interviennent dans la diminution des remboursements :

- Le premier est lié à la diminution des remboursements dans le groupe des 998 dispensateurs qui a reçu un courrier.

Montants des remboursements pour les 998 dentistes avec courrier	Montant EUR
Mars 2010 à février 2011	59.985.827
Mai 2011 à avril 2012	51.971.200
Evolution	- 8.014.627

³ Pour permettre la comparaison, tous les montants ont été calculés à prix constant sur un index de 100,23.

- Le deuxième est la diminution du taux de réattestation constatée aussi chez les dentistes n'ayant **pas** reçu de courrier d'information.

Montants des remboursements pour les dentistes sans courrier	Montant EUR
Mars 2010 à février 2011	170.200.716
Mai 2011 à avril 2012	167.202.571
Evolution totale	- 2.998.145
Evolution due à la baisse du taux de réattestations (de 7,3 à 6,3%)	- 1.602.137

- D'autres facteurs, non évaluables existent. Par exemple :
- une baisse due à l'absence d'attestation de prestations que les dispensateurs croyaient être des réattestations, mais qui en fait n'en étaient pas selon l'enquête
- un effet « peur du gendarme » qui a amené tous les dispensateurs à être plus prudents dans leurs attestations de soins.

Conclusions de l'IP018

L'enquête IP018 analyse le taux de réattestation d'obturations et de restaurations dans l'année sur une même dent chez un même patient par un même dispensateur.

Une première analyse a amené à l'envoi d'un courrier d'information le 28 mars 2011 à 998 dentistes dont le taux de réattestation était supérieur à 10% (valeur acceptable compte tenu de la littérature et de l'avis d'experts belges, universitaires ou non).

Une deuxième analyse a mesuré l'impact de ce courrier. Elle a permis de constater :

- pour l'ensemble des dentistes :
- une diminution de 11 millions EUR dans les remboursements pour les soins dentaires conservateurs
- une diminution du taux de réattestation moyen de 8,30 à 6,43%
- pour les 998 dispensateurs qui avaient reçu le courrier :
- une diminution de 8 millions EUR dans les remboursements pour les soins dentaires conservateurs
- une diminution du taux de réattestation moyen de 15,5 à 8%
- une diminution du taux de réattestation en dessous de 10% pour 801
- une persistance d'un taux de réattestation supérieur à 10% pour 197. Ceux-ci ont fait l'objet des mesures de poursuite prévues.

Suggestions

- Réaliser une nouvelle mesure d'impact de l'action
- Informer régulièrement les dentistes de leurs profils d'attestations
- Analyser les remboursements des soins dentaires par assuré et non par dispensateur (détection des cabinets dentaires)

- Informer les assurés des montants remboursés par l'ASSI pour leurs soins dentaires
- Adapter la nomenclature des prestations de santé : après un certain taux de réattestations de soins conservateurs sur une même dent, nécessité d'une autorisation préalable du médecin-conseil, sur demande motivée du dentiste.

Communication

Les informations reprises dans cette synthèse ont été présentées au Comité, les 04 février et 12 décembre 2014.

IP023 Anesthésiologie : cumuls interdits en peropératoire

Contexte

Une analyse réalisée dans trois hôpitaux d'une province a démontré des cumuls interdits en peropératoire : attestation

- d'actes techniques
- de différents monitorings

concomitamment à l'acte d'anesthésie.

But

Vérifier si ces cumuls interdits se retrouvaient à l'échelon national.

Base légale

Nomenclature des soins de santé

Art. 12 § 1 : Honoraires pour les médecins spécialistes en Anesthésiologie

a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

Classée dans une catégorie supérieure à K 600 ou N 1000 ou I 1500

200012 200023

K 360

.....

b) Honoraires pour le médecin spécialiste en anesthésiologie lors des prestations obstétricales

.....

c) Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les

Art 12 § 3 2° :

2° Les honoraires pour les prestations d'anesthésie mentionnés dans les rubriques a), b) et c) comprennent :

a) l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie;" (...)

b) la préparation à l'anesthésie

c) l'application des techniques d'anesthésie, la surveillance peropératoire de l'état général du malade et la mise en œuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif

d) la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie. (...)

Néanmoins, les prestations n° 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 211175 - 211186, 211190 - 211201, 212111 - 212122, 212214 - 212225, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126 peuvent être portées en compte chez un patient qui a subi une intervention chirurgicale dont la valeur relative est égale ou supérieure à K500 ou N700 ou I700

Prestations concernées :

Article 3 § 1 C

128052 – 128063 Mesure du temps de coagulation activée (Maximum 1)

B250

Article 11 § 1

350033 – 350044 Tubage du larynx	K24
351035 – 351046 Trachéo- et/ou laryngoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	K30
353275 – 353286 Dénudation de vaisseau, y compris la ponction ou l'injection	K12
354255 – 354266 Mise en place d'un cathéter veineux central (en dehors de la narcose) chez l'enfant de moins de 7 ans	K30

Article 11 § 4

355530 – 355541 Ponction artérielle pour prélèvement(s), injections, mise en place de cathéter, etc.	K6
355552 – 355563 Ponction de la veine jugulaire, sous-clavière ou fémorale (en dehors de la narcose) pour mise en place de cathéter	K19

Article 12 § 1

201272 – 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique	K30
202716 – 202720 Placement par tunnellisation sous-cutanée et fixation d'un cathéter épidural, intrathécal ou plexique en vue d'une injection de longue durée d'analgésiques, avec ou sans utilisation de l'imagerie médicale	K90

Article 13 § 1

212015 – 212026 Surveillance continue des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme y compris les enregistrements éventuels, en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques : Le premier jour	N40
212214 – 212225 Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathéters par voie veineuse pour stimulation atriale et/ou ventriculaire temporaire et/ou pour monitoring des pressions ou des débits cardiaques, y compris les éventuels contrôles radioscopiques télévisés, la dénudation et les contrôles électrocardiographiques	N128
214314 – 214325 Bronchoscopie sans biopsie chez des patients intubés dans le cadre d'une ventilation	N103

Article 14 i)

257294 – 257305 Bronchoscopie sans prélèvement biopsique, et/ou bronchoscopie avec aspiration thérapeutique	K57
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Article 17quater § 1

469475 – 469486 Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Du bassin masculin	N35
469490 – 469501 Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Du bassin féminin	N50
469674 – 469685 Examen échographique transoesophagien limité au cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles et de signaux Doppler en mode couleur. L'enregistrement et l'archivage de l'examen et une description succincte répondant au problème clinique sont exigés	N90
469836 – 469840 Bilan échographique transoesophagien complet du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles dans au moins 3 plans de coupe différents, et de signaux Doppler en mode couleur au niveau d'au moins 3 orifices valvulaires. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital et le protocole détaillé sont exigés	N175
469350 – 469361 Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Du cou	N42
469534 – 469545 Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : D'un ou de plusieurs membres	N42

Art 20 § 1 a)

470492 – 470503 *Epuration extra-rénale par la technique d'hémodialyse/ filtration continue, réalisée dans un service de soins intensifs pour le traitement d'une insuffisance rénale aiguë, d'une intoxication, d'une situation d'hypervolémie sévère ou d'une maladie liée à la présence de protéines endogènes toxiques par la technique de plasmafiltration, par 24 heures et avec un maximum de 6 semaines de traitement, y compris le matériel d'hémofiltration* K464

474202 *Ponction artérielle ou veineuse, après dénudation du vaisseau, chez l'enfant de moins de sept ans* K13,56

Méthodologie

a. Période

L'étude concerne la période du 01-04-2011 au 31-03-2012 (12 mois).

b. Analyse

1. Les attestations de tous les dispensateurs avec qualifications 100 ou 109 (anesthésistes) ont été examinées.

2. Une analyse préalable, par hôpital, a recherché les cumuls, à la même date :

- d'un code d'anesthésie pour intervention de l'art. 12 §1 a) b) et c)
- avec un code correspondant à une technique ou un monitoring pouvant être utilisé en peropératoire.

Un cumul interdit pour un hôpital et pour une prestation donnée est suspecté sur base du rapport :

$$\frac{\text{nombre de prestations le jour d'une anesthésie}}{\text{nombre total de prestations}}$$

Plus le résultat est proche de 1, plus la tarification systématique et non conforme est suspectée.

3. Sur base de cette analyse, 44 hôpitaux de neuf provinces étaient concernés. Seuls 31 dans les neuf provinces présentant une suspicion de montant d'indu supérieur à 5.000 EUR ont été retenus pour les auditions du chef de service d'anesthésie.

4. L'audition a permis de récolter :

- la composition exacte de l'équipe d'anesthésie et l'activité précise de chaque membre
- des renseignements à propos des différents actes suspectés non conformes (liste des actes établie précisément pour chaque hôpital : quand, comment, par qui, pourquoi et où ?)

5. Les éléments récoltés lors des auditions ont permis de déterminer quels cumuls interdits suspectés avaient été attestés. En cas de doute (pour trois hôpitaux), une analyse d'une dizaine de protocoles d'anesthésie par hôpital a été réalisée. Si un doute subsistait encore, le cumul n'était pas retenu à grief.

Actions

Un procès-verbal de constat avec invitation au remboursement volontaire a été adressé au chef de service d'anesthésie, avec copie au gestionnaire, des 30 hôpitaux concernés par les cumuls interdits.

Un procès-verbal de constat avec invitation au remboursement volontaire a été adressé au chef de service d'anesthésie, avec copie au gestionnaire, des 15 hôpitaux concernés par les autres prestations non-conformes.

Un procès-verbal de constat a été adressé à deux hôpitaux pour manquement administratif.

Résultats

L'IP023 a constaté l'existence en anesthésiologie de cumuls interdits en peropératoire dans 30 hôpitaux pour un montant d'indu total de 1.317.862 EUR.

L'analyse a aussi révélé d'autres prestations non-conformes dans 15 hôpitaux pour un montant d'indu de 612.689 EUR :

- cathétérisme cardiaque non conforme
- ablation de corps étranger du pharynx non conforme
- cumul dans une même séance d'une anesthésie pour prestation inférieure à K120 ou N200
- pansement dermatologique compliqué non conforme
- voie centrale attestée deux fois
- anesthésie pour soins dentaires conservateurs attestés erronément
- circulation extracorporelle attestée deux fois
- code « avis » attesté pour la consultation préopératoire
- monitoring non invasif attesté tant en chirurgie ambulatoire qu'en chirurgie classique
- voie centrale et artérielle attestée systématiquement le lendemain de l'intervention.

Des manquements administratifs ont été constatés dans deux hôpitaux.

Suivi

Tous les hôpitaux ont accepté l'invitation au remboursement volontaire, sauf un qui a demandé une procédure (Chambre de première instance) (Montant 51.683 EUR).

Conclusion

L'IP023 a permis de constater que des cumuls peropératoires interdits en anesthésiologie étaient attestés dans plusieurs hôpitaux du pays. L'analyse a aussi mis en évidence une série d'autres prestations non conformes.

Tous les hôpitaux, sauf un, ont remboursé volontairement les montants indus, soit **1.878.867 EUR**.

Communication

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 26 juin 2014.

IP025 Contrôle de l'attestation des codes 476125 (mesure du débit cardiaque) et 471564 (exsufflation de pneumothorax)

Origine de l'enquête

Enquête d'un service provincial concernant deux codes de nomenclature, ayant abouti en 2013 en Chambre de première instance (CPI).

But

Etude de l'attestation de deux codes de nomenclature :

- 476125 Mesure de débit cardiaque à l'unité de soins intensifs (USI)
- 471564 Exsufflation de pneumothorax spontané par aspiration continue

Cadre légal

a. Mesure de débit cardiaque

NPS

Art 20 e) prestations relevant de la spécialité en cardiologie

476125 Mesure de débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les courbes de dilution par colorant et calcul des temps circulatoires : au repos, deux déterminations séparées au minimum K60

Article 13 § 2 8°

La surveillance continue in vivo avec ou sans enregistrement de paramètres physiologiques ou biochimiques ne peut être portée en compte sur base des prestations reprises aux articles 3, 14, 20, 22 ou 24.

Article 13 § 1 (en vigueur jusqu'au 30/11/2012)

Installation et surveillance de respiration contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose

211024 *Le premier jour* N192

211046 *Du deuxième au vingt et unième jour, par jour* N168

Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres valeurs vitales) à l'aide d'un appareil sentinelle qui à côté de l'électrocardiogramme suit de façon permanente au minimum un des paramètres qui suivent : la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel, la pression intracavitaire ou pulmonaire à l'aide d'un cathéter intracardiaque, la pression intracrânienne à l'aide d'un cathéter intracrânien (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques) y compris les enregistrements éventuels :

214023 *Le premier jour* N192

214045 *Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième jours, par jour* N168

214126 Supplément auprès des prestations 214012-214023 ou 214034-214045 si en plus sont effectuées des mesures de débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbe de dilution de colorant, par jour N92

Article 13 § 1 B (en vigueur à partir du 01-12-2012)

Honoraires pour l'installation et la surveillance continue d'un patient soigné dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs :

211223 *Le premier jour* N 190

211245 *Le deuxième jour et les jours suivants, par jour* N 190

Supplément d'honoraires aux prestations 211223 et 211245 si en plus sont effectuées des mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant :

211326 *Du premier au cinquième jour inclus, par jour* N92

Jurisprudence : décision CPI 25-04-2013.

b. Exsufflation de pneumothorax spontané

NPS

Art 20 § 1 b) prestations relevant de la spécialité en pneumologie :

471564 *Exsufflation de pneumothorax spontané par aspiration continue, y compris l'examen radioscopique lors de la mise en place du drain* K40

Jurisprudence : décision CPI 25-04-2013.

Méthodologie

a. Population étudiée

L'ensemble des hôpitaux. Ont été retenus à grief :

- 16 hôpitaux qui attestaient la mesure du débit cardiaque à l'USI lors de la surveillance continue
- 11 hôpitaux qui attestaient plusieurs fois par traitement le code d'exsufflation de pneumothorax.

b. Période

1. Mesure de débit cardiaque :

Période des prestations à griefs : du 14-02-2012 au 31-07-2013, date d'introduction aux O.A. (18 mois).

2. Exsufflation de pneumothorax spontané :

Période des prestations à griefs : du 30-05-2012 au 30-09-2013, date d'introduction aux O.A. (18 mois).

c. Mode de recueil des informations

1. Mesure de débit cardiaque :

- Demande des données aux O.A.

- Analyse des données reçues, avec recherche de l'attestation de la prestation 476125 au-delà des 5 premiers jours à l'USI (mise évidence par le cumul avec la prestation 211046 avant le 01-12-2012 et 211245 à partir du 01-12-2012).
2. Exsufflation de pneumothorax spontané :
- Demande des données aux O.A.
 - Analyse des données reçues, avec recherche de l'attestation 471564 plus d'une fois par traitement.

Résultats

Code 476125 (mesure de débit cardiaque) attesté au-delà du 5^e jour à l'USI et parallèlement code 471654 (exsufflation de pneumothorax) attesté plus d'une fois par traitement, recherché pour les hôpitaux concernés par la première infraction

Référence	476125	476125	471564	Remboursement volontaire par hôpital (EUR)
	< 01/12/2012 Indu (EUR)	≥ 01/12/2012 Indu (EUR)	Indu (EUR)	
1	99.049	185.620	13.201	297.871
2	9.037		10.831	19.868
3	17.752			17.752
4	19.554			19.554
5	14.808	10.422		25.230
6	2.579		2.655	5.234
7	6.111	8.758	1.497	16.366
8	4.613	394	1.295	6.302
9	10.963			10.963
10	8.135	3.155	1.305	12.595
11	3.980		2.988	6.967
12	2.115		984	3.099
13	61.207	17.800	8.074	87.081
14	10.939*		2.940	2.940
15	2.419	2.928		5.347
TOTAUX	273.261	229.077	45.770	537.169

*Non remboursé volontairement, en procédure CPI.

Code 471654 (exsufflation de pneumothorax) attesté plus d'une fois par traitement et parallèlement code 476125 (mesure de débit cardiaque) attesté au-delà du 5^e jour à l'USI, recherché pour les hôpitaux concernés par la première infraction

Référence	476125 ≥ 01/12/2012 Indu (EUR)	471564 Indu (EUR)	Remboursement volontaire par hôpital (EUR)
16		4.329	4.329
17	550	1.315	1.865
18	395	6.657	7.053
19		1.134	1.134
20		1.959	1.959
21		12.403	12.403
22		999	999
23		23.697	23.697
24	2.418	629	3.047
25		9.498	9.498
26		4.208	4.208
TOTAUX	3.364	66.828	70.192

Action

Envoi de procès-verbaux de constat pour prestations non-conformes avec invitation au remboursement volontaire :

- au médecin chef de service
- à l'hôpital.

Suivi

Remboursement volontaire pour tous les hôpitaux, sauf un qui conteste le PVC portant sur l'attestation de la prestation 476125 (procédure CPI).

Conclusion

L'étude de l'attestation des deux codes de nomenclature :

- 476125 Mesure de débit cardiaque à l'USI, pour la période du 14-02-2012 au 31-07-2013
- 471564 Exsufflation de pneumothorax spontané par aspiration continue pour la période du 30-05-2012 au 30-09-2012,

a permis de constater l'attestation de prestations non-conformes :

- pour la prestation 476125, attestation au-delà du 5^e jour à l'USI, pour 15 hôpitaux
- pour la prestation 471564, attestation plus d'une fois par traitement, pour 11 hôpitaux.

Il en a résulté des montants indus de respectivement 505.702 EUR et 112.598 EUR, suivi d'un remboursement volontaire de 607.361 EUR par tous les hôpitaux, sauf un qui conteste le PVC portant sur l'attestation de la prestation 476125 pour un montant de 10.939 EUR.

Communication

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 12 décembre 2014.

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 2012 à septembre 2014 inclus (= 24 mois)	
Nombre d'officines concernées	5.049
Nombre total de lignes de tarification analysées	269.295.188
Nombre de lignes de tarification qui doivent être munies d'un CBU	217.241.297
% sans CBU	0,99%
% nombre CBU doubles dans la même officine	0,11%
% nombre CBU dont le chiffre de contrôle (check digit) n'est pas correct	0,02%
% CBU lus correctement et CBU corrects	98,89%
% 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 2014

Enquêtes clôturées en 2014 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	85	7,6
Médecins spécialistes	201	17,9
Pharmaciens	18	1,6
Dentistes	274	24,4
Accoucheuses	1	0,1
Infirmiers	233	20,8
Kinésithérapeutes	61	5,4
Diététiciens	1	0,1
Logopèdes	7	0,6
Orthopédistes	13	1,2
Bandagistes	10	0,9
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	1	0,1
Ergothérapeutes	1	0,1
Opticiens	2	0,2
Groupement de dispensateurs	13	1,2
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	76	6,8
MRPA	14	1,2
MRS	1	0,1
Maisons médicales	1	0,1
Assurés	65	5,8
Autres	44	3,9
TOTAUX	1.122	

Tableau C2 : Nombre d'enquêtes individuelles **débutées** en 2014

Enquêtes débutées en 2014 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	80	9,3
Médecins spécialistes	148	17,1
Pharmaciens	18	2,1
Dentistes	96	11,1
Accoucheuses	1	0,1
Infirmiers	235	27,2
Kinésithérapeutes	45	5,2
Diététiciens	1	0,1
Logopèdes	8	0,9
Orthopédistes	10	1,2
Bandagistes	9	1,0
Dispensateurs d implants, prothèses et appareillages divers	1	0,1
Ergothérapeutes	2	0,2
Opticiens	2	0,2
Audiciens	1	0,1
Groupement de dispensateurs	18	2,1
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	62	7,2
MRPA	11	1,3
MRS	2	0,2
Maisons médicales	1	0,1
Assurés	75	8,7
Autres	38	4,4
TOTAUX	864	

Tableau C8 : nombre d'enquêtes individuelles **en cours** au 31-12-2014

Enquêtes individuelles en cours au 31-12-2014 Qualifications du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	57	8,82
Médecins spécialistes	104	16,10
Pharmaciens	14	2,17
Dentistes	99	15,33
Accoucheuses	1	0,15
Infirmiers	198	30,65
Kinésithérapeutes	20	3,10
Logopèdes	8	1,24
Orthopédistes	8	1,24
Bandagistes	5	0,77
Ergothérapeutes	1	0,15
Opticiens	1	0,15
Audiciens	1	0,15
Groupement de dispensateurs	14	2,17
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	53	8,20
MRPA	7	1,08
MRS	1	0,15
Assurés	38	5,88
Autres	16	2,48
Total	646	

b. Résultats

Tableau C3 : type des dossiers en fonction du résultat

Type des dossiers 2014	Nombre	%	Nombre	%
Négatif	462	41,2		
Après audition (informatif)			135	12,1
Après vérification des données			327	29,1
Positif	660	58,8		
Action pour tiers			101	9,1
Avertissement			96	8,5
Avertissement avec remboursement volontaire			360	32,1
A poursuivre			103	9,1
TOTAUX	1.122	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.

Résultats

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 2014 Qualifications du concerné	Nombre
Médecins généralistes	2
Médecins spécialistes	1
Infirmiers	2
Bandagistes	1
Assurés	7
Autres	1
Total	14

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 administrative mais l'envoi d'un avertissement avec, le cas échéant, le remboursement volontaire des prestations indues.

Tableau C4 : remboursements volontaires après avertissement

Remboursements volontaires 2014 Qualification du dispensateur	Montants EUR	%
Médecins généralistes	236.039	6,6
Médecins spécialistes	1.167.813	32,6
Pharmaciens	21.204	0,6
Dentistes	329.454	9,2
Accoucheuses	1.777	0,0
Infirmiers	638.578	17,8
Kinésithérapeutes	146.791	4,1
Orthopédistes	5.233	0,1
Bandagistes	31.289	0,9
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	29.631	0,8
Groupement de dispensateurs	40.984	1,1
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	861.703	24,1
Autres	69.401	1,9
TOTAUX	3.579.899	

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 « Procédures administratives ».

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)

	2014
Nombre d'infractions constatées	635.325

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.

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	2010	2011	2012	2013*	2014
Nombre de plaintes	147	184	244	266	244
Nombre de dossiers débutés sur plaintes	147	184	244	266	244
Nombre de dossiers débutés sur plaintes/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	16%	21%	27%	27%	28%
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels l'instruction est terminée **	147	180	241	246	180
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels un indu a été constaté **	39	49	74	88	61
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels une amende a été prononcée ** (la plupart des dossiers débutés depuis 2012 sont toujours en procédure)	17	22	5	1	

* nouveau système d'enregistrement

** situation au 26-03-2015

Tableau C7

Enquêtes suite à une déclaration	2010	2011	2012	2013*	2014
Nombre de déclarations	220	188	187	206	220
Nombre de dossiers débutés sur déclarations	220	188	187	206	220
Nombre de dossiers débutés sur déclarations/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	13%	13%	15%	24%	20%
Nombre de dossiers débutés sur déclarations dont l'instruction est terminée **	220	186	179	192	143
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels un indu a été constaté **	122	78	66	58	27
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels une amende a été prononcée ** (la plupart des dossiers débutés depuis 2012 sont toujours en procédure)	22	33	12	2	

* nouveau système d'enregistrement

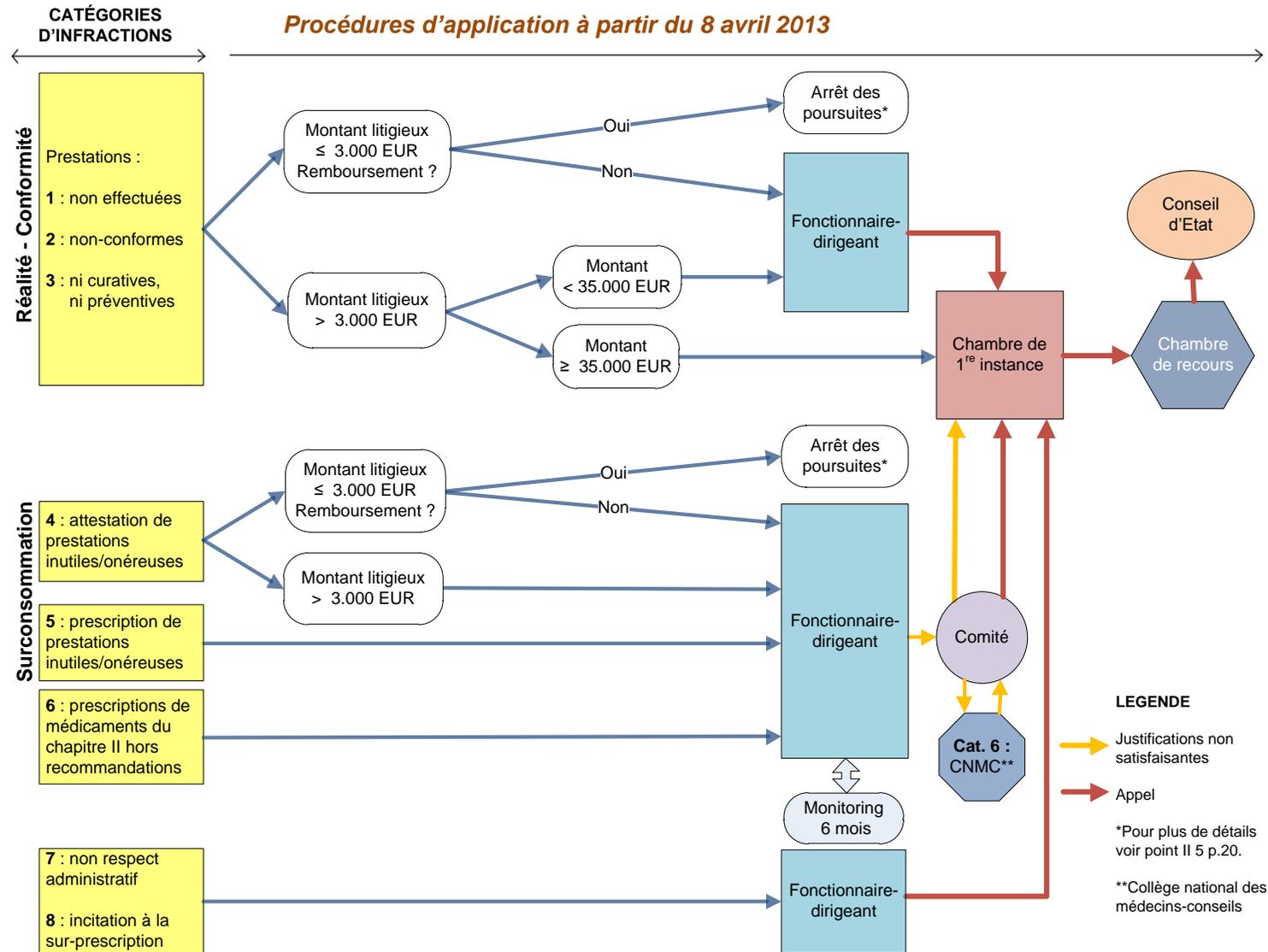
** situation au 26-03-2015

V. PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

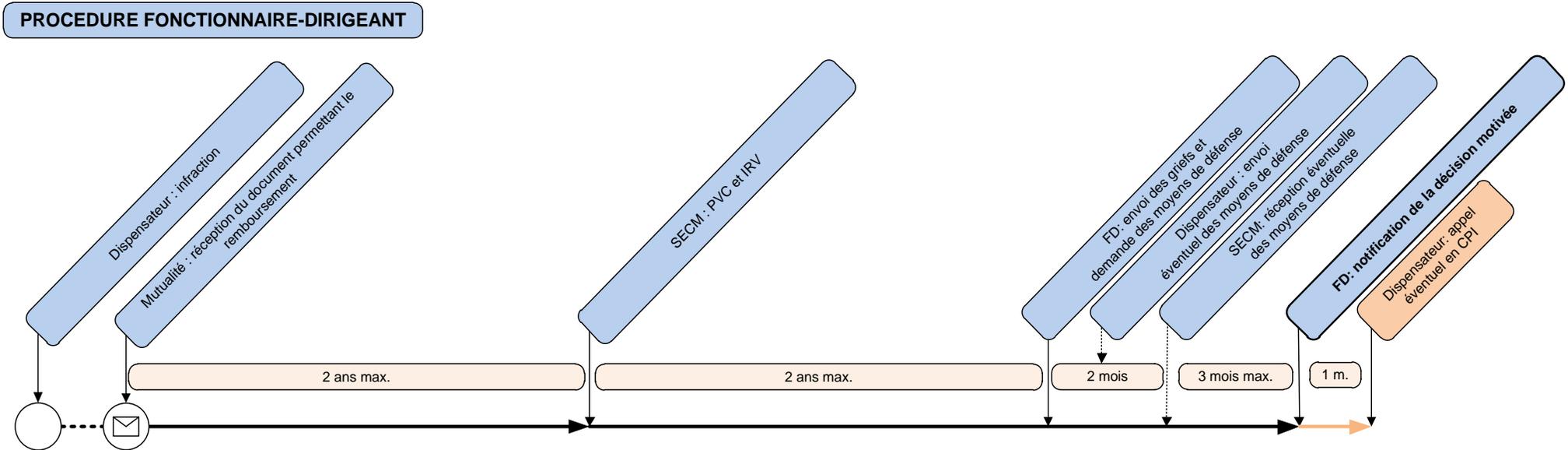
Les dossiers qui font l'objet de poursuites devant une des instances juridictionnelles suivent un parcours qui diffère selon la catégorie d'infractions constatées. Les divers parcours possibles sont rassemblés sur les schémas des pages suivantes.

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.

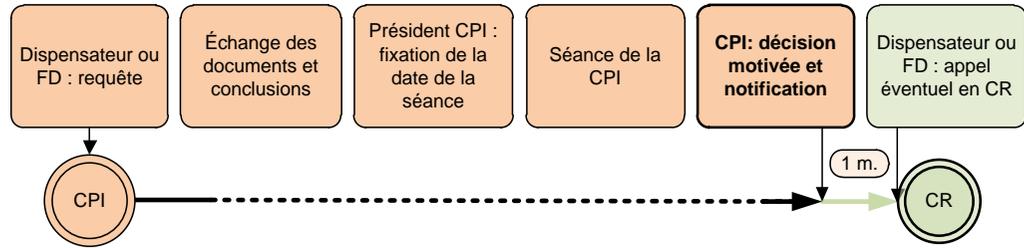
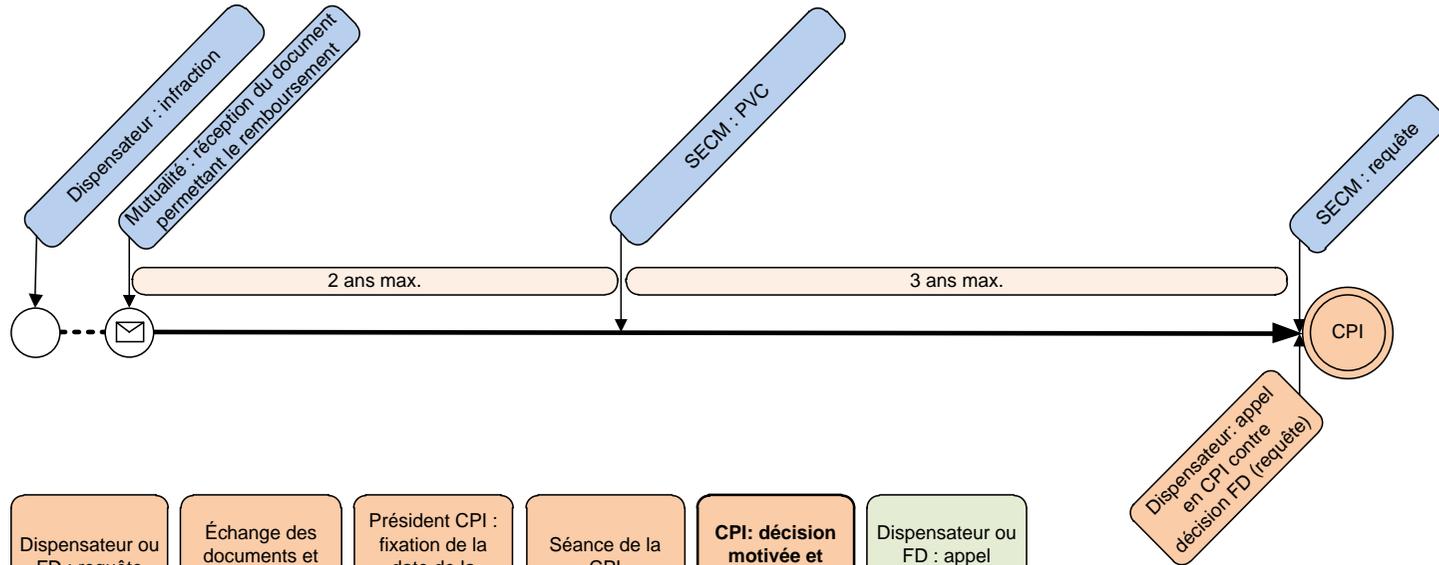
Les décisions de chacune de ces instances sont ensuite détaillées.



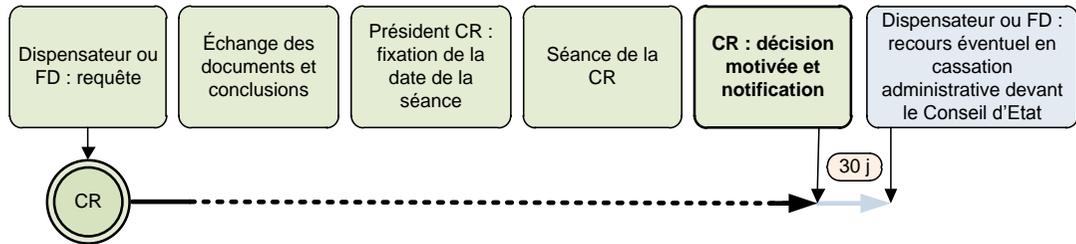
D'application depuis le 09 avril 2012



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
- introduites par le Fonctionnaire-dirigeant devant la Chambre de première instance.

Nombre de séances : 6

Dossiers surconsommation traités : 175

Décisions :

- extinction administrative : 68
- classé sans suite : 76
- avertissement : 12
- introduction devant la Chambre de première instance : 18.

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 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 2014.

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

Résultats

Tableau S1.1

Qualification du dispensateur	Décisions		Ventilation des décisions			Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
			renvoi en CPI	griefs non établis	griefs établis		Remboursements imposés	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
	Nb	%	Nb	Nb	Nb	1	2	3	4	5	1+5
						EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	2	3,5			2	3.617	3.757			139	3.757
Médecins spécialistes	19	33,3		13	6	23.710	36.356	8.732	2.750	14.516	38.226
Pharmaciens	8	14,0			8	131.194	131.194	80.788	6.617	80.788	211.982
Dentistes	4	7,0			4	4.301	51.003	5.605		27.326	31.628
Infirmiers	10	17,5			10	168.529	256.157	54.246	45.617	117.719	286.248
Kinésithérapeutes	8	14,0			8	14.736	80.702	8.790	1.775	54.516	69.251
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	3	5,3			3	25.858	48.729	3.000			25.858
Autres	3	5,3			3	43.241	56.633	18.654		27.296	70.538
TOTAUX	57			13	44	415.186	664.533	179.815	56.759	322.300	737.488

Tableau S1.2

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
57	2	3,5

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 2014.

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

Résultats

Tableau S2.1

Qualification du dispensateur	Décisions			Décisions en 1 ^{re} 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	%											
	EUR		EUR		EUR		EUR		EUR		EUR		
Médecins généralistes	7	6,5		1	3		3	51.167	105.355	5.500	1.375	57.584	108.752
Médecins spécialistes	20	18,5		12	2		6	205.266	257.521	1.375	22.444	71.372	276.639
Pharmaciens	6	5,6		2	3		1	162.358	142.722	3.438	688	18.613	180.972
Dentistes	5	4,6			2	1	2	32.960	92.920	6.719	3.386	54.717	87.677
Infirmiers	41	38,0		1	15	10	15	45.237	809.779	46.439	27.485	167.965	213.202
Kinésithérapeutes	5	4,6			1	1	3	16.728	137.269	1.925	2.063	47.461	64.189
Bandagistes	1	0,9			1				56.264		1.375		
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	7	6,5		7									
Prothésistes acousticiens	1	0,9			1				32.842	1.500		34.342	34.342
Hôpitaux, établissements services ou centres de soins	9	8,3			7		2	555.508	801.241	14.000	2.100	236.012	791.520
MRS	1	0,9			1				41.303	1.375		42.678	42.678
Autres	5	4,6			3	1	1	112.773	345.785	33.738	1.746	241.886	354.659
TOTAUX	108			23	39	13	33	1.181.997	2.823.001	116.009	62.662	972.130	2.154.130

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

Tableau S2.2

Nombre de décisions CPI	Nombre de recours en CR par le dispensateur	%	Nombre de recours en CR par le SECM	%
108	28	26	2	2

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 2014.

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	1	2	3	4	5	1 + 5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins généralistes	6	4,5		6	34.401	116.052	2.575	1.200	45.844	80.245
Médecins spécialistes	21	15,7	5	16	16.291	2.010.153	7.983		2.002.135	2.018.425
Pharmaciens	5	3,7	1	4	121.167	126.224	1.375		23.083	144.250
Dentistes	2	1,5		2		1.192	1.375		11.696	11.696
Infirmiers	91	67,9	9	82	142.719	633.828	7.740	5.713	291.504	434.223
Kinésithérapeutes	2	1,5		2	12.729	32.060	1.500		7.200	19.929
Prothésistes acousticiens	1	0,7	1			15.940	7.970		23.910	23.910
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	3	2,2	1	2	65	287.057	2.750		283.432	283.496
MRPA	1	0,7		1		18.257				
Autres	2	1,5		2	234	29.741	1.375		31.116	31.350
TOTAUX	134		17	112	327.606	3.270.504	34.643	6.913	2.719.920	3.047.524

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

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	2014
Nombre de séances	1.257
Nombre d'assurés convoqués	7.542
Nombre d'examens médicaux effectués	6.215
Nombre d'exclusions ("moins de 66%")	2.976

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"	2014
Nombre d'examens médicaux	
○ pour première reconnaissance d'incapacité de travail	6
○ pour prolongation de l'incapacité	11
Au total	17
Décisions lors de ces examens :	
○ assurés incapables de travailler (> 66%)	17
○ assurés capables de travailler (< 66%)	-

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 2014	
Nombre d'examens médicaux	178

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
Cumuls interdits en ophtalmologie NPS art. 14h § 2 3°, 5° et 8°	0,007
Dentisterie : attestation de rebasage dans les 30 jours suivant la fourniture d'une prothèse amovible NPS art. 5 § 2 et art. 6 § 5	2,42
Cumuls interdits en anesthésiologie NPS art. 12 § 1a	0,04
Logopédie : attestation du bilan d'évolution plus d'une fois par an NPS art. 36 § 1	0,96
Dentisterie : cumuls interdits de soins conservateurs. NPS art. 5	0,28
Numérotation dentaire en dentisterie Circulaires O.A. et Loi ASSI art. 138	23,46
Traitements endovasculaires percutanés : cumuls interdits NPS Art. 34 § 1a, art. 17 ^{ter} B 2 K et art. 17q	8,11
Traitements de la douleur chronique : dépassement du nombre autorisé NPS Art. 12e	0,154
Revalidation pluridisciplinaire plus de deux fois par semaine NPS Art. 22 II b	1,20
Extraction de dents incluses : règle des champs NPS Art. 14 I et art. 15 §§ 3-4	5,6
Numérotation dentaire en stomatologie NPS Art. 14 I	59,8
Cumuls interdits lors du traitement de la douleur aiguë NPS Art. 12 § 1d	0,38
Anesthésie générale en dentisterie plus d'une fois par jour NPS art. 12 § 1a	0,62

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 : sujet thématique

ENQUÊTE THÉMATIQUE DE LA DIRECTION CONTRÔLE CONCERNANT LA FRAUDE ET LES ABUS DANS LES SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Le SECM veut intensifier l'impact de son activité de contrôle par plus d'enquêtes thématiques. Contrairement aux enquêtes individuelles, elles étudient sur une échelle nationale un aspect bien spécifique de la pratique d'un groupe de prestataires de soins. Une telle approche favorise la détection uniforme d'infractions et un suivi égal des constats. En proportion des moyens engagés, l'impact d'enquêtes thématiques est beaucoup plus important que lors d'enquêtes individuelles.

Un bon exemple de cette approche thématique est l'enquête concernant la fraude et les abus dans les soins infirmiers à domicile. En 2014 le SECM a clôturé 233 dossiers de contrôle dans le secteur des soins infirmiers à domicile. Il s'agissait tant d'infirmiers individuels que de groupements. Parmi ces 233 dossiers, 133 présentaient des infractions. Toutes les infractions représentaient un montant total de 2.382.827 EUR, facturés en trop par les infirmiers à domicile à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI). Il est à noter également que dans 25 des 133 dossiers, il s'agissait d'un grief de plus de 25.000 EUR. Pour ces 133 dossiers, les infirmiers ont remboursé volontairement un total de 638.578 EUR.

Le SECM a soumis 30 dossiers aux juridictions administratives en vue d'une amende. Dans la plupart des cas il s'agissait de prestations non-effectuées ou non-conformes que les infirmiers ont refusé de rembourser à l'Assurance SSI. Au cours des années précédentes, le SECM a constaté des faits similaires dans le même ordre de grandeur. Cela confirme la nécessité de mesures structurelles afin d'éviter des attestations fautives.

Cette enquête thématique a révélé les phénomènes particuliers suivants.

1. Plus de 140 infirmiers portent en compte à l'Assurance SSI des prestations pour plus de 200.000 EUR en un an. Le SECM estime qu'il est matériellement impossible de réaliser ce nombre de prestations sur un an. Cela vaut d'autant plus pour les dizaines de prestataires de soins ayant un montant d'attestations de plus de 300.000 EUR.
2. Chaque année, des dizaines d'infirmiers portent en compte des prestations non effectuées. Certains continuent à le faire, bien que de telles infractions aient été constatées dans d'autres dossiers de contrôle.
3. Afin d'obtenir un remboursement plus élevé de l'Assurance SSI, beaucoup d'infirmiers ont attesté pour leurs patients un score de dépendance plus élevé que la réalité (sur-scoring de l'échelle de KATZ).

Sujet thématique

4. Souvent les infirmiers à domicile attestent des soins de plaies complexes, alors qu'il s'agissait des soins de plaies simples, et par conséquent, moins remboursés. Beaucoup de dossiers de soins de plaies se sont avérés incomplets, voire inexistant, bien qu'étant obligatoires.

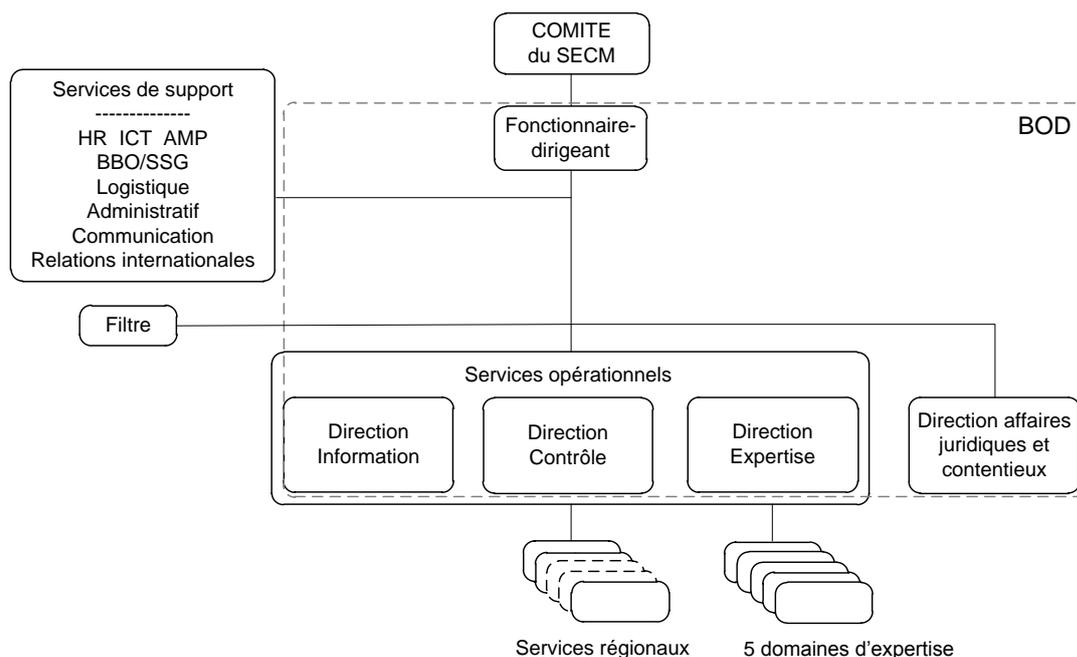
Le SECM renforcera les contrôles des soins infirmiers à domicile, afin de prévenir des interventions injustifiées de l'Assurance SSI. Via l'enquête thématique il attaquera surtout la fraude, ce qui suppose une faute intentionnelle. Cela se fera sur base des dossiers infirmiers qui devraient garantir des soins de qualité et une attestation correcte à l'assurance SSI.

4^e partie : perspectives 2015-2016

LES PERSPECTIVES

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).

Cela se traduit dans une nouvelle structure mise en place progressivement :



L'organe de décision « BeslissingsOrgaan – Organe de Décision (BOD) » est installé.

La première initiative en 2015 sera la création du « Filtre ». Ce service d'encadrement captera toute information ou demande d'information venant de l'extérieur et les propositions d'actions provenant des membres du personnel. Il avisera l'organe de décision BOD quant aux suites à donner.

L'installation de l'instrument de mesure Activités-Moyens-Projets (AMP) sera une deuxième étape. L'AMP établira un état des actions et projets en cours, des moyens et des compétences engagés. Il décidera de l'investissement à prévoir et de l'étalement de la charge de travail. En plus, l'AMP signalera les besoins en ressources humaines.

Le Filtre, l'AMP et les nouveaux processus de décision du BOD et du Staff offrent plusieurs avantages. Dans le futur, nos actions cadreront de plus en plus dans une stratégie bien réfléchie. Celle-ci sera réalisée de façon uniforme dans tous nos sites régionaux.

Sujet thématique

Enfin, la synergie entre les différentes directions et profils de personnel augmentera encore. Tout ceci doit mener à des processus de travail rationalisés et plus de subsidiarité quant à l'organisation du travail.

Cette réorganisation donnera plus d'importance à la prévention et à la lutte contre la fraude organisée. Des actions ponctuelles d'information et de communication y joueront un rôle crucial. L'approche thématique deviendra plus importante pour la direction Contrôle. Avec un réseau de professionnels de gestion des connaissances, la direction Expertise constituera une cellule de connaissances et de screening afin de pouvoir analyser à fond les secteurs.

Toutes ces mesures doivent contribuer à un usage optimal des moyens de l'assurance maladie.

5^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. Commentaires

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.

5. Points d'attention

Lors d'une audition ou lors de la notification d'un procès-verbal de constat, le personnel d'inspection du SECM joint au procès-verbal de constat une **invitation au remboursement volontaire** (IRV). Celle-ci invite le dispensateur à procéder au remboursement total de l'indu calculé par le SECM. Depuis le 8 avril 2013 :

- si le montant à rembourser est inférieur ou égal à 3.000 EUR, le remboursement total dans les deux mois à compter du jour suivant la notification du PVC entraîne **l'extinction irrévocable des poursuites** administratives et le dossier est clôturé. Ceci ne s'applique plus pour une IRV ultérieure s'il y a notification d'un nouveau PVC dans les trois ans qui suivent la première IRV

- si le montant à rembourser est supérieur à 3.000 EUR, le remboursement total n'empêche pas une éventuelle procédure administrative, ni l'application de mesures de récupération ou d'amendes administratives.

Les règles relatives aux **délais de déchéance** sont les suivantes, à compter du procès-verbal de constat, les affaires qui relèvent de la compétence :

- du Fonctionnaire-dirigeant doivent être introduites dans les deux ans
- de la Chambre de première instance doivent être introduites dans les trois ans.

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

6. 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 35.000 EUR.

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.

7. 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.

8. Conclusion

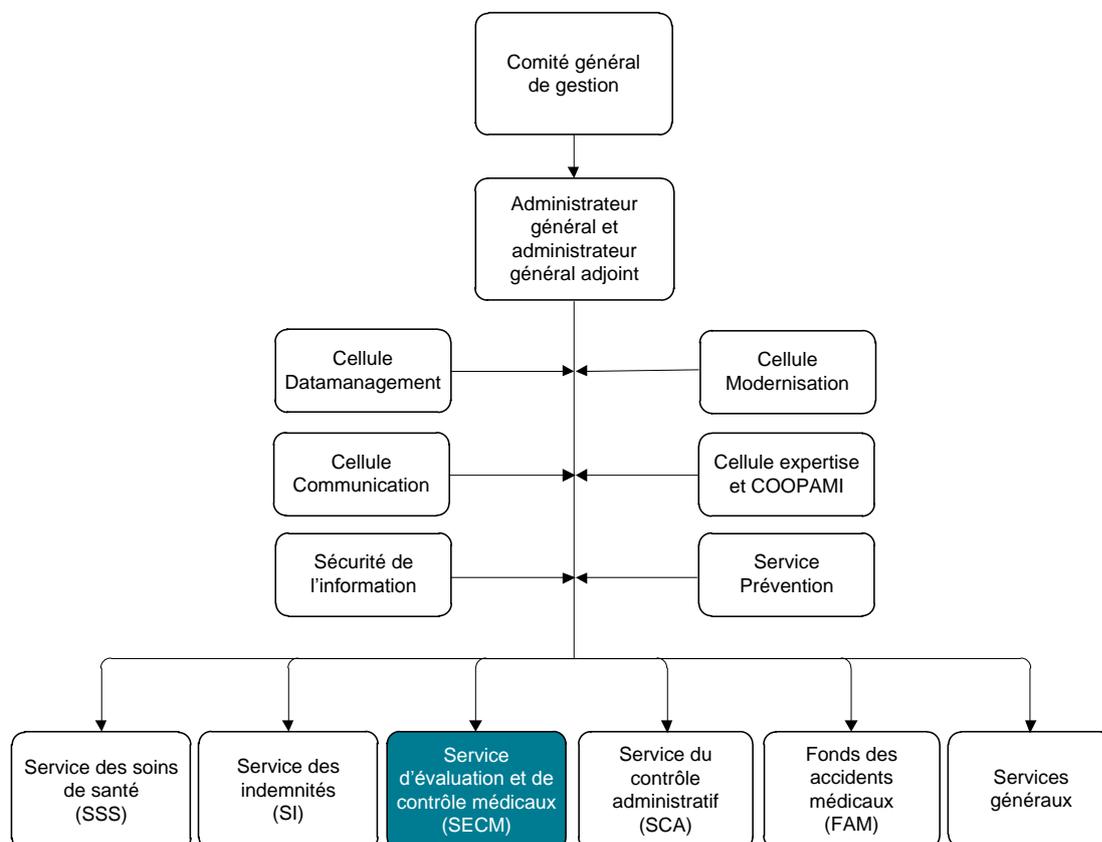
Les dispositions introduites par les lois de décembre 2006 viennent renforcer l'efficacité du contrôle exercé par le SECM.

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

2014



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.

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

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 dispensateur. 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 > Professionnels

> Rubrique Info pour tous : Jurisprudence des infractions

> Liste des décisions prononcées depuis 2010

Vous pouvez alors choisir entre les décisions prononcées :

- par année > Décisions prise en 20nn
- ou par professionnels de la santé > Qualification X du professionnel > Jurisprudence pour les X (qualification).

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.DGEC.SECM@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.