



# Rapport SECM

## Activités de l'année 2015

**Service d'évaluation et de contrôle médicaux**

**Juin 2016**



# LE BILLET DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

2015 pourrait être étiquetée comme une « année difficile » pour le SECM.

Et pourtant, il a poursuivi sa mission au travers de ses actions habituelles : la Direction Information a mis à jour quatre Infobox (au lieu des deux habituels) ainsi que « Missions et procédures ». La Direction Expertise a clôturé, malgré les difficultés d'organisation, trois projets d'études. Et la Direction Contrôle a réalisé, entre autres, comme débuté l'année dernière, une vaste enquête thématique sur les attestations des CT-scan des rochers. Vous en trouverez les détails dans ce rapport. Cette action a aussi été commentée lors du point presse réalisé en décembre.

La collaboration entre les Directions s'est poursuivie avec de nouvelles actions d'information vers les dispensateurs, réalisées entre autres à partir d'éléments repérés dans les enquêtes ou études.

Mais au départ, il y eut la diminution de 20% des frais de fonctionnement de l'INAMI imposée par le gouvernement. Cela a bien sûr demandé des efforts complémentaires considérables de la part du personnel pour maintenir le niveau de productivité du Service et même l'augmenter.

Le personnel et le nombre d'enquêteurs ont diminué, avec les départs à la pension : le personnel du Service est passé en 2015 de 287 à 261 personnes. Et cela n'est pas compensé entre autres en raison des difficultés de recrutement de médecins-inspecteurs. Le SECM a informé la Ministre de tutelle qu'il ne pourrait plus garantir le niveau actuel d'activités et de productivité ICE si le nombre de médecins-inspecteurs descend en dessous de 75.

La réforme des structures ensuite : celle-ci est restée en attente de la nomination du médecin-inspecteur général responsable de la direction Expertise. Cela a entraîné un retard dans la mise en place des domaines d'Expertise prévus.

Malgré tout cela, les résultats ont progressé. Cela est dû aux efforts faits depuis des années pour augmenter l'efficacité du Service et aussi à l'investissement de chacun dans son travail. J'en profite pour adresser mes félicitations et mes remerciements à chacune et chacun pour ce résultat.

Tout cela augure plutôt bien pour 2016 qui devrait, in fine, voir se concrétiser les projets élaborés et apparaître mieux encore les résultats escomptés. Rendez-vous l'année prochaine !

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 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 2015.

**Point d'attention** : ce rapport rassemble les actions réalisées au cours de l'année 2015. 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 2016.

Il a été présenté à la séance du Comité du SECM du 17 juin 2016.

# TABLE DES MATIÈRES

Le billet du Fonctionnaire-dirigeant .....	3
Lecture du rapport : mode d'emploi .....	4
<b>1<sup>re</sup> partie : en un coup d'œil .....</b>	<b>7</b>
I. Le SECM .....	8
II. 2015 : réalisations.....	9
III. Activités SECM 2015 : quelques chiffres .....	11
IV. Le personnel .....	12
V. La structure.....	12
VI. L'organisation.....	14
<b>2<sup>e</sup> partie : résultats .....</b>	<b>17</b>
I. L'impact des actions du Service, l'économie induite.....	19
II. La communication .....	21
III. L'information .....	23
IV. L'évaluation .....	25
V. Le contrôle en soins de santé .....	45
1. Les enquêtes thématiques « CENEC » .....	45
2. Le contrôle « Code-barres unique » .....	59
3. Les enquêtes individuelles .....	60
VI. PROCÉDURES ADMINISTRATIVES.....	67
1. Les organes d'administration active .....	71
2. Les juridictions administratives.....	75
VII. Le contrôle en incapacité de travail .....	81
1. Le contrôle de l'incapacité de travail après la première année .....	81
2. Le contrôle de l'incapacité de travail à la demande des médecins-conseils.....	81
3. Le contrôle du travail du médecin-conseil en matière d'incapacité primaire .....	82
4. Expertises et enquêtes à la demande des tribunaux du travail.....	82
5. Le contrôle médical de l'incapacité de travail des titulaires handicapés et de certains travailleurs indépendants .....	82
6. Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères .....	83
VIII. Le contrôle primaire des Organismes assureurs .....	85

<b>3<sup>e</sup> partie : sujet thématique .....</b>	<b>87</b>
<b>4<sup>e</sup> partie : perspectives 2016-2017.....</b>	<b>91</b>

1<sup>re</sup> 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. 2015 : RÉALISATIONS

### En communication

Le 9 juin 2015, présentation à la presse :

- du rapport d'activités 2014
- de l'analyse de terrain dans les services d'urgences.

Le 14 décembre 2015, présentation

- des actions de contrôle en matière de fraude et d'abus dans les attestations des CT-scan du rocher
- du contrôle renforcé des soins infirmiers à domicile
- de l'analyse de terrain concernant le dossier infirmier.

### En information

Publications :

- Infobox Infirmier, mises à jour en avril et en octobre
- Infobox Dentiste, mise à jour en octobre
- Infobox Paramédicaux, mise à jour en décembre
- SECM, Missions et Procédures, mise à jour en décembre.

Trois courriers d'information à destination de groupes ciblés de dispensateurs.

### En contrôle

886 enquêtes individuelles ont été clôturées. Le montant total des indus constatés est de 11,587 millions EUR. (Les instances juridictionnelles peuvent modifier les indus dans la suite des procédures.)

Trois enquêtes thématiques ont été terminées :

- IP026 Ophtalmologie : respect de l'Article 14h § 2. 1° de la nomenclature (attestation « par séance » et non « par œil »)
- IP027 Soins infirmiers à domicile : Attestation de prestations d'alimentation « parentérale » au lieu d'alimentation « entérale »
- IP028 Radiologie : Attestation de la prestation « CT des rochers » au lieu de la prestation effectuée « CT du crâne » ou « CT du massif facial »

### En évaluation

Trois projets sont clôturés :

- 11/002 : Extraction de dents de sagesse
- 13/001 : Prestations de logopédie
- 14/001 : Respect de la réglementation concernant le statut de « patient palliatif à domicile »

### **En procédures administratives**

Nombre de décisions des organes du contentieux :

- Fonctionnaire-dirigeant : 73
- Chambre de première instance : 55
- Chambre de recours : 55

### **En contrôle en incapacité de travail**

Réalisation de 2.814 examens médicaux dans le cadre des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité.

### **En 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)

### III. ACTIVITÉS SECM 2015 : QUELQUES CHIFFRES

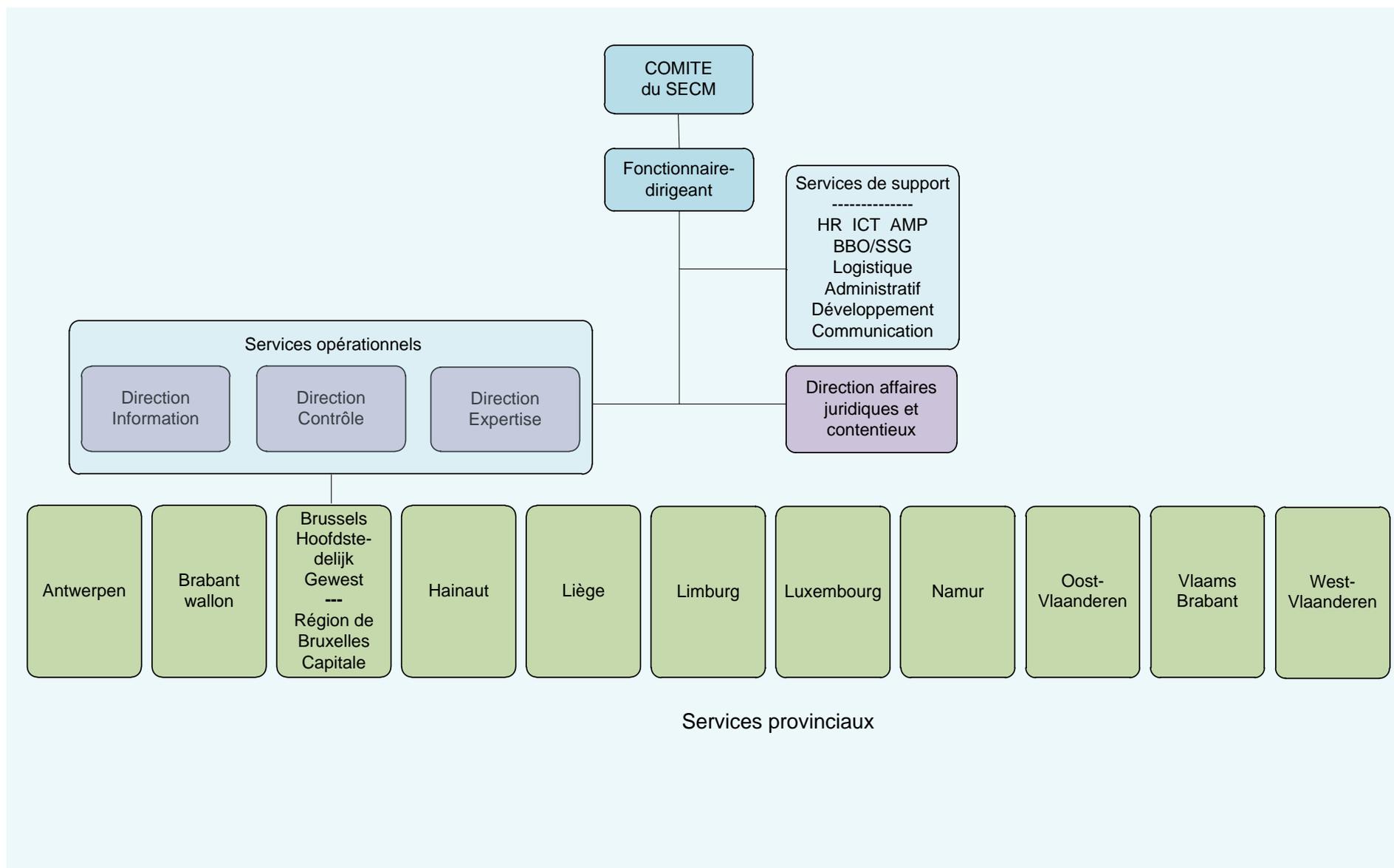
	2015
<b>Information</b>	
Infobox Infirmier	2 mises à jour
Infobox Dentiste	mise à jour
Infobox Paramédicaux	mise à jour
SECM, Missions et procédures	mise à jour
<b>Évaluation</b>	
Nombre de thèmes clôturés	3
<b>Contrôle</b>	
Nombre d'enquêtes individuelles clôturées	886
Montant des remboursements volontaires perçus (enquêtes clôturées « avertissement avec remboursement volontaire »)	5.335.740 EUR
Nombre d'enquêtes thématiques (CENEC) clôturées	3
<b>Procédures administratives :</b>	
<b>1. Décisions du Fonctionnaire-dirigeant</b>	
Nombre de décisions	73
Montant des remboursements ordonnés	1.604.457 EUR
Montant des amendes administratives infligées effectives	989.047 EUR
Montant des amendes administratives infligées avec sursis	185.660 EUR
<b>2. Décisions de la Chambre de première instance</b>	
Nombre de décisions	55
Montant des remboursements ordonnés	2.413.235 EUR
Montant des amendes administratives infligées effectives	193.286 EUR
Montant des amendes administratives infligées avec sursis	265.105 EUR
<b>3. Décisions de la Chambre de recours</b>	
Nombre de décisions	55
Montant des remboursements ordonnés	1.401.512 EUR
Montant des amendes administratives infligées effectives	42.271 EUR
Montant des amendes administratives infligées avec sursis	511.978 EUR
<b>Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité</b>	
Nombre d'exams médicaux effectués	2.814

## IV. LE PERSONNEL

Personnel SECM au 31-12-2015	Service central			Services provinciaux			TOTAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Médecin-directeur général	1						1
Médecin-inspecteur général	2		2				2
Médecin-inspecteur directeur		1	1	4	6	10	11
Médecin-inspecteur	5	5	10	36	26	62	72
Pharmacien-inspecteur	4	3	7				7
Infirmier-contrôleur				22	11	33	33
Juriste (niv. attaché)	5	5	10				10
Juriste (niv. conseiller)		1	1				1
Expert SMALS (statisticien, data-analyste)	1	2	3				3
Conseiller (service central)	1		1				1
Attaché (central et provincial)	6	3	9	4	1	5	14
Expert administratif (niv. B)	1	2	3	4	4	8	11
Assistant administratif (niv. C)	6	9	15	32	23	55	70
Collaborateur administratif (niv. D)	5	4	9	9	6	15	24
Détaché (niv. A, juriste)	1		1				1
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>35</b>	<b>73</b>	<b>111</b>	<b>77</b>	<b>188</b>	<b>261</b>

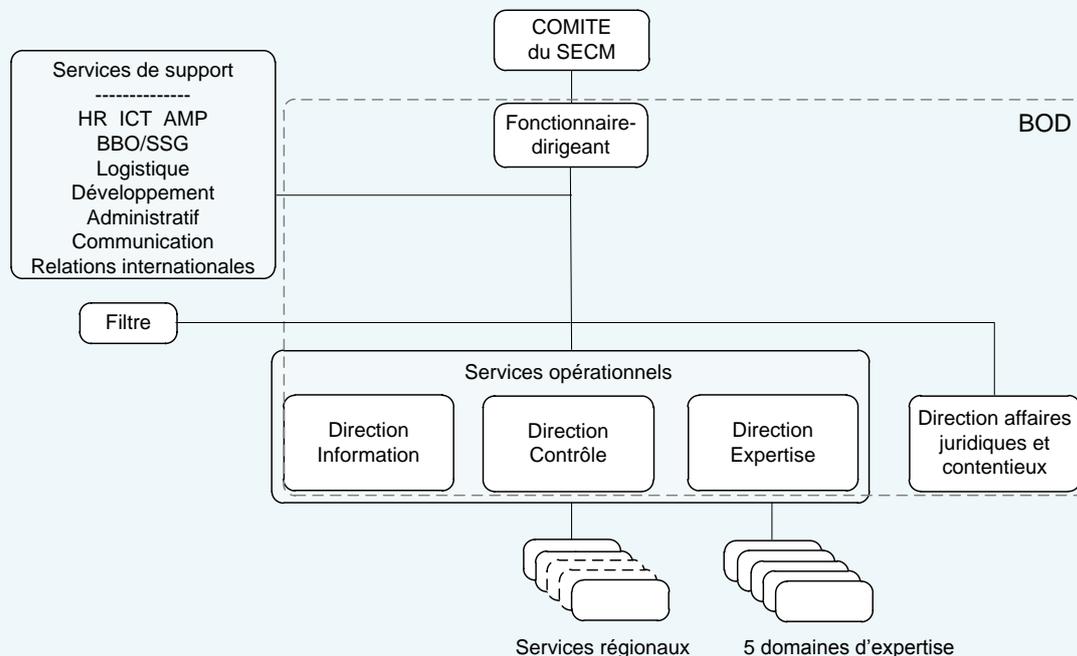
## V. LA STRUCTURE

Voir organigramme ci-après.



## VI. L'ORGANISATION

Le programme de changements, mis en route en 2013, se concrétise. Cela se traduit dans une nouvelle structure mise en place progressivement :



L'organe de décision « BeslissingsOrgan – Organe de Décision (BOD) » est installé depuis 2014.

Le 1<sup>er</sup> février 2015, le « Filtre » a été installé. Ce service d'encadrement capte toute information venant de l'extérieur et les propositions d'actions provenant des membres du personnel SECM. Voir ses actions en page 64.

L'instrument de mesure Activités-Moyens-Priorités (AMP) a été une deuxième étape, implanté en 2015 mais pour une partie du personnel seulement. La fin de l'implantation est prévue en 2016. L'AMP établit un état des actions et projets en cours, des moyens et des compétences engagés. Il décide de l'investissement à prévoir, de la priorisation et de l'étalement de la charge de travail. En plus, l'AMP signale 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.

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 d'inspecteurs et de contrôleurs, experts en la matière, la direction Expertise constituera une structure avec des domaines d'expertise afin de pouvoir analyser à fond les secteurs.

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



## 2<sup>e</sup> 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 démontrait 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 non de montants récupérés et chiffrables.

Une recherche effectuée sur les impacts à long terme de plusieurs actions réalisées il y a quelques années démontre que l'effet positif de ces actions se poursuit. Ainsi, l'action sur les réattestations dans les soins dentaires lancée en 2011 continue à générer une économie de 8 millions EUR chaque année. De même, le courrier de sensibilisation adressé aux neurologues en 2010 concernant l'utilisation correcte des potentiels évoqués a amené à une diminution du budget de près de 7 millions EUR par an, qui se poursuit. Plus ancienne car réalisée en 2005, l'action réalisée en hémodialyse, aiguë et chronique, entraîne toujours une économie de 2.7 millions EUR par an cinq ans plus tard.

La demande croissante d'Infobox à destination des nouveaux dispensateurs entraîne une meilleure connaissance et donc application de la réglementation par ces derniers.

Les nouvelles actions de la Direction Information d'adresser un courrier à des groupes ciblés de dispensateurs sur un sujet précis relevé dans les enquêtes thématiques auront des répercussions sur le comportement de ces dispensateurs les années à venir.

Et la mise en évidence par les études « état des lieux » de la Direction Expertise d'anomalies de la nomenclature ou de la réglementation contribuera à faire modifier celles-ci, avec des corrections définitives de ces anomalies.

Ces quelques exemples concrets démontrent que des effets à long terme existent, même s'ils ne sont pas comptabilisés chaque année. Cela implique d'examiner toutes les actions du SECM avec cette vision large, sans se limiter aux seuls chiffres des montants récupérés via les procédures administratives.



## II. LA COMMUNICATION

La réglementation de l'assurance SSI est un sujet complexe. Une communication correcte et intelligible concernant le contrôle du respect de cette réglementation constitue un réel défi pour la presse. C'est pourquoi le Service de staff Communication du SECM organise régulièrement, en collaboration avec les chefs de projets concernés, une rencontre avec les journalistes de la presse généraliste et médicale.

Le SECM y dialogue avec les journalistes au sujet de ses actions, des résultats constatés et des mesures qu'il propose.

Deux rencontres avec la presse ont été organisées en 2015 :

1. le 9 juin, le SECM a présenté et commenté les résultats de son analyse de terrain concernant l'attestation de prestations par les services d'urgence. Le SECM y a également présenté son rapport d'activités de l'année 2014.
2. le 14 décembre, les journalistes ont reçu des informations relatives aux résultats de l'enquête sur l'attestation des tomographies des rochers et concernant le contrôle renforcé des soins infirmiers à domicile. L'analyse de terrain du dossier infirmier des patients y a également été annoncée.

Les rencontres avec la presse organisées par le SECM ont un impact multiple. Elles permettent une communication correcte et intelligible des activités du SECM. Par ailleurs, le SECM constate que les dispensateurs de soins, après la parution des articles de presse dans les médias, adaptent leur comportement prescripteur et attestent leurs prestations de manière plus correcte. Cela a une incidence positive sur les dépenses dans le secteur des soins de santé. Enfin, le citoyen est davantage conscient de l'importance d'une assurance maladie financièrement durable.



### III. 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.

2015	Brochures
Avril	Infobox Infirmier, mise à jour
Octobre	Infobox Infirmier, 2 <sup>e</sup> mise à jour
Octobre	Infobox Dentiste, mise à jour
Décembre	Infobox Paramédicaux, mise à jour
Décembre	SECM - Missions et procédures, mise à jour

##### Exposés et conférences

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

##### Courriers d'information

Une nouvelle forme d'action de la Direction Information a été instaurée cette année. Elle consiste à envoyer, à un groupe ciblé de dispensateurs, un courrier attirant l'attention sur un point de la réglementation pour lequel une(des) anomalie(s) a(ont) été relevée(s) lors d'une enquête thématique ou d'un projet d'évaluation. Le but est d'informer, et ainsi obtenir les corrections de cette(ces) anomalie(s). Il ne s'agit ni de demander des justifications, ni d'adresser un avertissement.

Cette action a débuté par les courriers concernant les sujets suivants :

- l'attestation de la prestation 211260 (honoraires de permanence en soins intensifs intramuros de nuit et de week-end)
- quatre erreurs dans les attestations de prestations dans les services d'urgence
- l'attestation en chirurgie orthopédique des traitements de fracture et luxation dans les services d'urgence et lors de leur prise en charge ultérieure.

## **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.

## IV. 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 2015 :**

- 11/002 : Extraction de dents de sagesse
- 13/001 : Prestations de logopédie
- 14/001 : Respect de la réglementation concernant le statut de «patient palliatif à domicile»

## **11/002 Extraction de dents de sagesse**

---

### **Introduction**

L'extraction de dents de sagesse peut être effectuée par les licenciés en sciences dentaires et par les médecins stomatologues. Différents codes de nomenclature existent pour cette intervention et ont des valeurs de remboursement différentes. L'accessibilité de ces codes de nomenclature et des prestations complémentaires éventuelles n'est cependant pas identique pour tous les dispensateurs de soins. Cela induit une très grande variation en ce qui concerne le coût total pour l'assurance soins de santé. Par ailleurs, un rapport du KCE pose également des questions sur le sens de l'extraction des dents de sagesse en l'absence de toute pathologie.

### **Origine**

L'extraction de dents de sagesse peut être attestée de différentes façons. Trois codes existent et sont fréquemment utilisés : un code avec une valeur K 75 et deux codes avec une valeur K 120.

La prestation 312410-312421 K120 faisait partie en 2009 des prestations ayant connu une forte hausse.

Le chiffre d'affaires total des trois prestations a augmenté pour passer de 26,9 millions d'euros en 2009 à 30,5 millions EUR en 2012. En 2013, ce chiffre d'affaires a diminué et a été ramené à 29,1 millions EUR.

Tous les dispensateurs de soins n'ont pas accès à tous les numéros de code : les praticiens de l'Art dentaire ont uniquement accès au code 317236-317240 K75. Attester une aide opératoire est dans ce cas impossible étant donné qu'elle requiert une valeur K minimum de 120.

La différence en valeur K entre les prestations entraîne également une différence au niveau de l'anesthésie remboursée.

Les prestations sont portées en compte à 100 % et à 50 % ; pour les numéros 312\* avec une valeur K120, une aide opératoire est également portée en compte à 10 %.

Il y a de grandes différences régionales ainsi que des différences entre hôpitaux en ce qui concerne l'attestation de ces prestations : globalement, 73 % du budget total pour ces prestations est remboursé dans des hôpitaux flamands (seulement 27 % pour les hôpitaux bruxellois et wallons), alors qu'ils ne représentent que 55 % du nombre total d'hôpitaux. Le montant moyen remboursé par dispensateur au sein d'un hôpital varie également beaucoup.

### **Objectif**

Essayer de trouver une explication pour la répartition inégale entre hôpitaux et dispensateurs de soins : quelles sont les interventions réelles qui sont réalisées et comment sont-elles associées aux codes de la nomenclature ?

Les indications pour l'extraction de dents de sagesse peuvent également être évaluées en fonction des résultats de l'étude KCE « Extraction préventive des dents de sagesse en l'absence de toute pathologie : évaluation rapide » (182B).

## **Cadre légal**

Nomenclature des prestations de santé, article 14...

I) les prestations relevant de la spécialité en stomatologie (DR)

317236 - 317240	+ ** Extraction de dent incluse	K 75
312410 - 312421	Ostéotomie autour d'une dent incluse par résection osseuse péri-coronaire et, le cas échéant, lorsqu'une section dentaire est effectuée	K 120
312432 - 312443	Ostéotomie au-dessus et autour d'un germe dentaire avec section dentaire éventuelle et enlèvement du germe dentaire	K 120

Nomenclature des prestations de santé, article 12...

200255 - 200266	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation classée dans la catégorie K 120 ou N 200	K 51
201110 - 201121	Anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou du plexus brachial pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou I 125 et supérieure à K 24 ou N 40 ou I 40	K 3
201250 - 201261	Anesthésie générale lors d'extraction de moins de 8 dents avec ou sans alvéolectomie, et/ou soins dentaires conservateurs	K 45
« § 2. Honoraires pour les médecins spécialistes en ophtalmologie et en stomatologie :		
203335 - 203346	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou supérieure à N 200 ou K 120 et inférieure à N 300 ou K 180	K 24

La prestation 203335 - 203346 a été supprimée à partir du 01-03-2013.

## **Méthode**

Ce projet est constitué de 2 parties :

- analyses à l'aide des documents P (profils), SHA (hospitalisés) et HJA (hôpital de jour)
- étude de terrain avec questionnaire aux dispensateurs de soins.

### **a. Population étudiée**

Pour l'analyse des données, ont été utilisés :

- les documents P
- les données SHA et HJA.

Pour l'étude de terrain, 50 dispensateurs de soins ont été interrogés sur 20 cas.

### **b. Période**

Les périodes d'analyse sont :

- pour les documents P, du 01-01-2009 au 31-12-2013 (60 mois)
- pour les données SHA et HJA, du 01-01-2009 et au 30-06-2010 (18 mois).

Pour l'étude de terrain, ont été utilisées les données de remboursement des O.A. pour les prestations 312410, 312432 et 317236 pour la période du 01-01-2011 au 30-09-2012 (21 mois).

### c. Échantillon

Pour l'analyse de données, toutes les données ont été étudiées.

Pour l'étude de terrain, tous les dispensateurs de soins qui ont eu au cours de cette période au minimum 50 contacts avec attestation d'un ou de plusieurs code(s) de prestation ont été sélectionnés. Il s'agissait tant de médecins stomatologues (agrément 1-520 ou 3-005) que de licenciés en sciences dentaires (3-001). 280 dispensateurs de soins ont été sélectionnés.

Nous avons réparti ces dispensateurs de soins en 4 groupes :

Groupe		% de prestations 317236 par rapport à la somme des 312410 + 312432 + 317236	Dispensateurs questionnés
Praticiens de l'Art dentaire	Licenciés en sciences dentaires		10
Beaucoup	Médecins stomatologues	> 25 %	7
Moyen	Médecins stomatologues	Entre 3 % et 25 %	19
Peu	Médecins stomatologues	< 3 %	14

### d. Représentativité

Les nombres de dispensateurs qui ont été questionnés par groupe ont été choisis en fonction de la taille relative de ce groupe dans le groupe total des 280 dispensateurs de soins.

## Résultats et discussion

### a. Données chiffrées

L'analyse des données SHA et HJA montre que presque toutes les prestations ont lieu en hospitalisation de jour. Les prestations en dehors de l'hôpital ne sont cependant pas prises en compte ici. Le coût moyen pour l'ASSI de toutes les prestations remboursées en hôpital de jour varie de 450 à 800 EUR en fonction de l'hôpital. Il y a une différence de prix manifeste en fonction du code utilisé pour l'extraction : 572 EUR quand le code 312410 a été attesté, 706 EUR quand c'est le code 312432 qui a été attesté et 472 EUR quand c'est le code 317236 qui a été attesté.

En hôpital de jour, les prestations relatives aux dents de sagesse sont relativement rarement cumulées avec d'autres interventions. Il apparaît toutefois que dans 2/3 des cas, plusieurs prestations 312410, 312432 et/ou 317236 ont été attestées. Dans ce cadre, il a été tenu compte de la règle des 50 % des champs opératoires.

Dans 38 hôpitaux sur 108, aucune aide opératoire n'a été portée en compte avec le code 312410, dans 45 hôpitaux sur 107, cela n'a pas eu lieu avec le code 312432.

**b. Indications**

Dans 40 % des cas, aucun motif n'a été donné ou uniquement des motifs pour lesquels le rapport KCE indiquait que l'extraction des dents de sagesse n'était pas nécessaire. Il s'agit de dents de sagesse exemptes de toute pathologie. Les principales pathologies sont les suivantes : dents de sagesse qui sont sujettes à des plaintes et dents de sagesse infectées.

Presque tous les dispensateurs de soins (47/50) ont des cas qui tombent dans cette catégorie. L'examen par groupe de dispensateurs de soins montre que les nombres de cas sont similaires.

Mais l'examen des codes de prestation remboursés montre significativement plus de prestations 312432 (enlèvement du germe dentaire) dans ce groupe. Attention : les cas datent d'avant la publication du rapport KCE en 2012.

Signalons encore que 44 % des assurés avaient des plaintes et que dans 38 % des cas, il était question d'infection. Dans deux tiers des cas, plusieurs indications ont été indiquées.

**c. Technique opératoire**

La technique opératoire est similaire pour les 3 codes. Les seules différences résident dans l'exécution ou non d'une ostéotomie et/ou d'une section dentaire. Seuls les praticiens de l'Art dentaire effectuent des extractions sans pratiquer d'ostéotomie et ce, dans 2/3 des cas. Ils ne font pas non plus de section dentaire dans 2/3 des cas. Pour les stomatologues, aucune section dentaire n'est mentionnée dans 1/3 des cas.

Lors de l'attestation de la prestation 317236, beaucoup moins de sections dentaires sont réalisées. Il n'y a pas d'explication pour ces différences. Peut-être les praticiens de l'Art dentaire traitent-ils des cas moins compliqués ?

**d. Sédation et anesthésie**

Les anesthésies générales ont toujours été effectuées par des médecins anesthésistes. S'il y a eu sédation et/ou anesthésie par le dispensateur de soins même, elle a toujours été locorégionale. Pour la prestation 317236, elle ne peut pas être portée en compte. Ceci vaut pour presque tous les cas effectués par des praticiens de l'Art dentaire. Cela s'est toutefois également produit chez des stomatologues. Depuis le 01-03-2013, la sédation ou l'anesthésie ne peuvent plus être portées en compte par le stomatologue même. Il n'est pas possible de déterminer les raisons pour lesquelles le dispensateur opte pour une certaine forme de sédation ou d'anesthésie.

**e. Aide opératoire**

Dans la plupart des cas (810/997), il est fait mention d'une aide opératoire. Celle-ci a été apportée dans la moitié des cas par un auxiliaire paramédical, et dans l'autre moitié des cas par un médecin.

Dans environ la moitié des cas, l'aide opératoire n'a pas été décrite. Pour les autres cas, des éléments ont été indiqués, tels que l'aspiration, l'instrumentation, l'écartement. Toutes ces tâches ont été effectuées par des auxiliaires paramédicaux (et n'étaient pas attestables). Aucun élément ne montre que l'aide opératoire se passe différemment quand elle est attestable parce qu'elle a été apportée par un médecin. Le remboursement de cette aide opératoire par des médecins peut dès lors être remis en question.

#### **f. Remboursement de l'extraction de plusieurs dents**

Dans environ 60 % des cas, une extraction de 3 ou 4 dents de sagesse a été effectuée, que ce soit ou non en une séance. Chez les stomatologues, ce pourcentage est même un peu plus élevé. La plupart du temps, on utilise la règle des champs opératoires pour attester plusieurs codes de prestation.

La question peut se poser de savoir s'il ne serait pas préférable d'opter pour un code de nomenclature valable pour l'ensemble des dents de sagesse.

#### **g. Réglementation**

Il existe différents codes pour porter en compte l'extraction de dents de sagesse. L'usage de ces codes est variable. Ne vaut-il pas mieux avoir un code avec une même valeur de remboursement pour tous les dispensateurs de soins ?

Les stomatologues ne sont pas obligés de mentionner les numéros des dents dans leur facturation.

Les codes considérés peuvent être utilisés pour l'extraction de dents de sagesse mais également pour l'extraction d'autres dents incluses. Pour le contrôle et les analyses statistiques, il serait préférable que les stomatologues soient obligés de mentionner les numéros des dents ou qu'un numéro de code spécifique soit introduit pour les dents de sagesse.

### **Conclusions**

- D'importantes différences apparaissent dans la façon dont les dispensateurs de soins et les hôpitaux (de jour) attestent l'extraction de dents de sagesse. Cela n'est pas uniquement dû à l'existence de différents codes de nomenclature, mais également au fait d'attester ou non, ou de pouvoir attester ou non une aide opératoire et une anesthésie.
- L'aide opératoire est apportée parfois par des médecins, parfois par des non-médecins, alors qu'il s'agit en fait toujours des mêmes actes.
- L'anesthésie et/ou la sédation ne sont pas portées en compte, ou sont portées en compte par un anesthésiste ou par le dispensateur de soins lui-même. Il y a différentes possibilités qui ne sont cependant pas accessibles à chaque type de dispensateur de soins. Il convient de remarquer que l'anesthésie réalisée par le dispensateur de soins même dans le cadre des prestations 312410 et 312432 a été supprimée le 01-03-2013.
- Dans 40 % des cas, on constate que l'indication est trop large, compte tenu du rapport KCE cité.
- Sur le plan technique, il n'y a pas beaucoup de différences entre les 3 codes de nomenclature. Les seules différences entre les cas consistent en l'exécution ou non d'une section dentaire et/ou d'une ostéotomie. Ce n'est que dans les codes 317236 que ces dernières ne sont (presque) pas mentionnées.

## **Propositions**

- Possibilité de prendre des mesures dans la réglementation afin d'harmoniser le remboursement global des extractions de dents de sagesse en hôpital de jour. Dans ce cadre, il faut tenir compte du maintien ou non du remboursement de l'aide opératoire ainsi que de la standardisation de la sédation/anesthésie.
- Possibilité d'introduire un code de nomenclature distinct, spécifique pour l'extraction de dents de sagesse. Ce code doit-il être différent pour les praticiens de l'Art dentaire et les stomatologues ? Il n'y a pas tellement de praticiens de l'Art dentaire qui extraient eux-mêmes des dents de sagesse.
- Introduire un code de nomenclature pour le traitement complet des 4 dents de sagesse ensemble.
- Une campagne destinée à mieux faire connaître les conclusions du rapport KCE peut entraîner une diminution du nombre de cas et une indication plus correcte.

## **Communication**

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 23 octobre 2015.

## **13001 Prestations de logopédie**

---

### **Origine de l'étude**

Entre 2007 et 2011, le montant total des prestations de logopédie remboursées a augmenté de 58.795.000 EUR à 77.657.000 EUR, soit +18.862.000 EUR (+ 32%). Le nombre de prestations remboursées a augmenté de 3.643.673 à 4.028.868 (+ 12%). Abstraction faite des prestations de bilan, 80 % des prestations sont des prestations de type b 2 (problèmes de développement du langage) et de type b 3 (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie).

### **Objectif**

Tenter de répondre aux questions suivantes :

- Pour qui ces prestations sont-elles effectuées ? Ces assurés remplissent-ils toutes les conditions fixées dans la nomenclature des prestations de santé (NPS) ?
- Quelles sont les indications concrètes pour ces prestations ? Quels tests sont préalablement effectués et dans quelle mesure sont-ils conformes à la nomenclature des prestations de santé ?
- Qui sont les prescripteurs de prestations de logopédie ?
- La procédure (de demande) prévue dans la nomenclature des prestations de santé est-elle suffisamment efficace ?

### **Cadre légal**

Nomenclature des prestations de santé : article 36 logopédie.

La nomenclature des prestations de santé établit une distinction entre deux types de prestations de logopédie :

- le bilan (bilan initial et bilan d'évolution) : c'est une description des tests faits pour le diagnostic et qui comporte une proposition de traitement
- la séance de traitement logopédique : c'est le traitement.

Pour chaque problématique spécifique, les prestations sont réparties suivant le lieu où la prestation est effectuée. Les plus importants sont :

- le cabinet du logopède
- le domicile du bénéficiaire
- l'école du bénéficiaire.

Les traitements les plus courants concernent :

- les troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif (b 2)
- la dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie (b 3).

La chronologie d'un traitement logopédique est :

1. Prescription du bilan initial
2. Exécution du bilan initial (maximum 5 séances à rembourser)
3. Prescription du traitement
4. Demande au médecin-conseil du remboursement du bilan et/ou du traitement (doit être signée par l'assuré ou son représentant)
5. Accord du médecin-conseil
6. Exécution du traitement (max. 384 séances par année pour pathologie b2 et 192 séances par année pour pathologie b3)
7. Prescription du bilan d'évolution
8. Exécution du bilan d'évolution pendant la période d'accord primaire (1 séance remboursable)
9. Prescription du traitement
10. Demande au médecin-conseil du remboursement du bilan et/ou du traitement
11. Exécution du traitement (même nombre de séances par année par type de pathologie)

Les prescriptions et le bilan doivent être joints au formulaire de demande où le logopède peut indiquer séparément s'il veut le remboursement du bilan et/ou du traitement.

Un cycle de traitement de deux ans concernant la pathologie type b2 peut être suivi par un cycle de traitement concernant la pathologie type b3. L'inverse n'est pas possible.

En cas de pathologie type b2, il est nécessaire d'ajouter au dossier le résultat d'un test d'intelligence et d'un audiogramme. Le bilan devrait inclure les résultats d'un test de langue.

Pour la pathologie b3, les résultats d'un test de lecture, d'écriture ou de calcul doivent être ajoutés en fonction de la spécificité du dossier.

### **Méthode : données et périodes analysées**

Cette étude repose sur :

- l'analyse des docP concernant les dépenses en logopédie pour la période du 01-01-2007 au 31-12-2011 (60 mois)
- l'analyse des données de remboursement de prestations de logopédie par les Organismes assureurs pour la période du 01-01-2010 au 30-09-2012 (33 mois)
- l'analyse des demandes de 1.000 assurés qui, de 2010 à 2012, ont bénéficié d'un traitement de logopédie. Des documents plus anciens ont également été réclamés pour ces assurés.
- une étude restreinte de la littérature.

Le contenu spécifique des traitements n'a pas été évalué car les données consultées révèlent peu de choses à ce propos et les libellés des prestations de la nomenclature ne le détaillent pas non plus.

### Échantillon

Un échantillon de 1.000 assurés a été constitué sur la base des données d'attestations reçues pour la période du 01-01-2010 au 31-12-2012. Il s'agit d'assurés qui ont tous, au cours de cette période, bénéficié de l'attestation de prestations de logopédie de type b 2 et/ou b 3. La population totale comprenait 27.472 assurés.

Nous avons réclamé aux Organismes assureurs toutes les données concernant ces 1.000 assurés.

### Résultats

Si nous assimilons une heure d'activité à une valeur R 35, l'activité moyenne passe de 481 heures en 2007 à 468 heures en 2011, ce qui équivaut à 12 semaines d'activité à temps plein.

Le remboursement moyen par prestataire évolue de 12.000 EUR en 2007 à 15.000 EUR en 2011.

En 2011, 32 dispensateurs ont un profil supérieur à 60.000 EUR et 3 dispensateurs ont un profil supérieur à 100.000 EUR.

Tableau concernant les prestations remboursées en 2011 (données attest) :

problème (excl. bilan)	code	dispensateurs	assurés	prescripteurs	nombre	montant (EUR)	valeur R (EUR)
trouble du langage, de la parole, de la voix (prof.)	a	482	1.079	457	23.345	359.528	408.537
aphasie	b 1	1.125	2.201	1.079	86.088	1.585.102	1.690.821
développement du langage	b 2	3.956	26.190	5.357	1.050.622	16.587.288	18.385.885
dyslexie, dysorthographe, dyscalculie	b 3	4.405	36.946	7.646	1.080.698	20.506.693	22.827.770
fente labiale, palatine, alvéolaire	b 4	425	460	246	13.787	218.788	241.972
radiothérapie, chirurgie tête/cou	b 5	257	446	211	7.565	122.629	132.387
dysglossie traumatique ou proliférative acquise	b 6,1	52	46	52	1.327	21.332	23.222
dysarthrie acquise	b 6,2	798	1.397	727	37.818	627.148	661.815
troubles de la parole consécutifs à des affections neuromusculaires	b 6,3	691	807	477	35.084	596.533	613.970
bégaïement	b 6,4	579	1.890	1.124	49.845	863.481	972.285
orthodontie interceptive	b 6,5	2.152	5.956	1.512	57.694	898.154	1.009.645
séquelles de laryngectomie	c 1	99	156	77	3.104	51.650	54.260
lésion du larynx, plis vocaux	c 2	562	903	400	20.268	320.711	354.690
troubles de l'ouïe	d	261	363	86	18.436	312.777	322.630
dysphagie	e	305	423	273	8.781	146.871	153.737
dysphasie	f	551	707	256	33.143	590.198	654.570

80% des séances de logopédie sont du type b2 et b3. Toutes les autres indications ensemble représentent moins de 20%.

### Étude de terrain : dossiers de demandes de 1.000 assurés

Les prescriptions, bilans, formulaires de demandes et accords des médecins-conseils concernant l'échantillon de 1.000 assurés ont été analysés. Cela représente environ 20.000 documents.

#### Problèmes avec les demandes

Problème	Nombre
Absence de date	242
Demande non signée	13
Nom du logopède absent	17
Formulaire vide	1
Formulaire absent	5

#### Les remboursements de bilans

Le formulaire peut être utilisé pour deux demandes de remboursement différentes :

- d'un bilan
- d'une série de traitements.

Il n'est pas obligatoire de demander les deux. Par exemple, il est possible que le logopède ne demande pas le remboursement d'un bilan s'il pense que les conditions de remboursement ne sont pas remplies. Dans ce cas, le bilan est ajouté pour montrer que les conditions pour rembourser le traitement sont remplies.

Compte tenu de la répétition de la procédure après un an, il est possible d'avoir plusieurs bilans par cas.

Tableau concernant les différentes situations possibles :

Situation : remboursement	Initial	Evolution	Total
Demandé, approuvé et remboursé	585	62	647
Demandé, approuvé, pas de remboursement connu dans attest			307
Demandé, non approuvé, pas de remboursement connu dans attest			311
Demandé, non approuvé, remboursé	70	9	79
Non demandé, non approuvé, pas de remboursement connu dans attest			127
Non demandé, non approuvé, remboursé	5	3	8
Non demandé, approuvé, pas de remboursement connu dans attest			28
Non demandé, approuvé, remboursé	14	2	16
<b>Total</b>	<b>674</b>	<b>76</b>	<b>1.523</b>

79 demandes et bilans manquent.

#### Les demandes, les bilans et les traitements : chronologie

La chronologie mentionnée sous 2.3 est-elle respectée ?

- 291 bilans n'ont pas été suivis de traitements
- 158 ont pu être suivis par un traitement en dehors de la période de données
- pour 44 demandes, le type de traitement demandé via le formulaire de demande ne correspond pas au type de traitement finalement remboursé.

Les prescripteurs

Aperçu du type de prescripteur de bilan et de série de traitements.

Prescripteur	Bilan initial		1 <sup>re</sup> série		Bilan d'évolution		2 <sup>e</sup> série	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Généralistes	4		6		238		282	
ORL	626	67	615	66	127	25	123	24
Pédiatres	210	23	216	23	56	11	65	13
Neurologues et psychiatres	55	6	56	6	19	4	19	4
Non retrouvé	38		40		71		22	

La décision du médecin-conseil et les documents reçus de l'O.A.

Les documents reçus de la part des Organismes assureurs sont incomplets :

- pas de documents pour 10 assurés
- pas de demandes de bilan malgré la mention de bilan sur les données attest.
- des données sur l'approbation de bilans et de traitements n'ont pu être retrouvées dans les dossiers communiqués pour 67 dossiers
- des bilans refusés sur base du dossier ont été remboursés (selon les données d'attestation)
- aucun remboursement demandé, mais il a toutefois été effectué
- absence de date :
  - de réception de la demande pour 122 demandes
  - de décision pour 298 décisions sur bilan et 195 décisions sur traitement.

Complétude du dossier reçu

Les tableaux ci-dessous indiquent respectivement pour la pathologie b2 et b3 si les conditions minimales de la demande ont été remplies : tests divers, audiogramme, test QI.

B 2	Toutes	Bilan initial	Bilan d'évolution	Type pas clair
Nombre	731	432	236	63
Test du langage +	675	407	213	55
Test du langage -	56	25	23	8
Test QI +	430	397	4	29
Test QI -	301	35	232	34
Audiogramme +	431	399	31	31
Audiogramme -	270	33	205	32
Test de calcul *	10	6	3	1
Test d'écriture *	24	17	6	1
Test de lecture *	26	18	7	1

\* test inutile pour B2, nécessaire pour B3

B 3	Toutes	Bilan initial	Bilan d'évolution	Type pas clair
Nombre	902	493	276	133
Test de calcul +	338	195	101	42
Test d'écriture +	579	324	180	75
Test de lecture +	547	301	169	77
Test de lecture et d'écriture +	483	272	149	62
Test de langage *	20	13	4	3
Test QI *	16	13	2	1
Audiogramme *	70	59	8	3

\* test inutile pour B3, nécessaire pour B2

### La qualité du bilan

**Tous** les bilans ont été analysés.

a. 6 groupes de **manquements** sont relevés :

- identification du logopède
- identification de l'assuré
- conditions administratives relatives à l'établissement du bilan
- données relatives aux tests effectués et à la conclusion formulée
- données relatives au traitement
- quelques conditions spécifiques en cas de problématique de type b3.

b. **Nombre** des manquements par type de bilan :

Type de bilan		0	1	2	3	4	5	6
<b>b 2</b>	Initial	32	90	163	116	24	7	
<b>b 2</b>	Évolution	22	50	78	70	10	6	
<b>b 2</b>	<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>140</b>	<b>241</b>	<b>186</b>	<b>34</b>	<b>13</b>	
<b>b 3</b>	Initial	6	49	127	164	104	36	6
<b>b 3</b>	Évolution	5	30	59	84	72	24	2
<b>b 3</b>	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>79</b>	<b>186</b>	<b>248</b>	<b>176</b>	<b>60</b>	<b>8</b>
<b>Total</b>	Initial	38	139	290	280	128	43	6
<b>Total</b>	Évolution	27	80	137	154	82	30	2
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>219</b>	<b>427</b>	<b>434</b>	<b>210</b>	<b>73</b>	<b>8</b>

## **Résumé**

Seuls 4,5% des bilans sont en ordre.

60% des bilans présentent des manquements dans 2 ou 3 groupes. La mention des résultats des tests peut varier de très minimale à très détaillée. Les indications souvent ont été standardisées selon leur formulation dans la nomenclature.

La situation linguistique n'est mentionnée que sur 8,6% des bilans. Ce n'est explicitement pas nécessaire en cas de pathologie type b3, mais en cas de pathologie type b2 il est impossible d'avoir un remboursement de logopédie pour des problèmes de langage d'enfant allophone ou multilingual.

## **Conclusions**

La qualité des dossiers du médecin-conseil est susceptible d'amélioration.

La qualité du bilan logopédique est susceptible d'amélioration. Il y a des imperfections sur tous les plans. Les variations dans les résultats des tests font qu'ils ne sont pas vraiment reproductibles pour le prescripteur et le médecin-conseil.

Le déroulement chronologique du traitement logopédique de la première à la dernière prescription est une procédure relativement lourde au cours de laquelle nombre de problèmes peuvent se poser.

## **Propositions**

Un enregistrement standardisé des données et des décisions peut en améliorer considérablement la qualité. Ceci simplifiera la communication avec le SECM ainsi que le contrôle. Peut-être faut-il prévoir pour le dossier électronique du médecin-conseil des normes

Une meilleure définition des critères minimaux pour les tests peut améliorer la qualité du bilan.

La simplification d'un certain nombre de conditions d'ordre administratif peut également apporter une amélioration.

Une campagne d'information sur le bilan logopédique à l'intention des logopèdes peut en améliorer la qualité. Une brochure d'information rédigée spécialement pour les logopèdes peut clarifier la réglementation dans toutes ses facettes.

La responsabilisation des médecins-conseils peut également avoir un effet similaire.

## **Communication**

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 11 décembre 2015.

## **14/001 : respect de la réglementation concernant le statut de «patient palliatif à domicile»**

---

### **Contexte**

Le remboursement des soins infirmiers est nettement supérieur pour les patients palliatifs par rapport aux autres.

Le montant des remboursement en soins infirmiers pour les patients palliatifs augmente chaque année. Entre 2007 et 2012, il est passé de 50 millions EUR à 95 millions EUR (soit une augmentation de 69 %). Cela est dû à une augmentation des demandes de forfait palliatif. En 2012, il y en eut près de 16.000.

Cette demande du forfait palliatif implique pour le médecin demandeur d'estimer la durée de vie probable du patient à maximum 3 mois à compter de la date de la demande. Or il ressort d'études antérieures que ces 3 mois sont souvent très largement dépassés.

### **Objectifs**

Les buts envisagés au départ de l'étude étaient :

- déterminer quels patients se voient accorder le statut palliatif
- déterminer quels soins leurs sont remboursés ? Ces soins diffèrent-ils des soins dispensés aux autres patients ? Cette différence justifie-t-elle un remboursement différent par l'AMI des soins infirmiers par exemple ?
- déterminer si possible les raisons du dépassement du délai de 3 mois ?
- vérifier si le coût pour l'assurance maladie diminue pour les personnes bénéficiant du statut palliatif comme l'affirme un rapport du KCE ?
- proposer une nouvelle définition du patient palliatif pour :
  - adapter la réglementation
  - obtenir une meilleure utilisation des codes de nomenclature spécifiques pour les praticiens de l'art infirmier et les kinésithérapeutes.
  - mieux évaluer les éventuels abus dans ces secteurs.
  - (mieux) définir la fonction de « contrôle » du médecin-conseil.

### **Procédure d'obtention du statut « patient palliatif »**

L'arrêté royal prévoit un formulaire pour la demande du forfait palliatif. Ce formulaire énumère les conditions auxquelles il doit être satisfait pour l'obtention de ce forfait :

**Au recto :**

*Diagnostic en matière de soins palliatifs :*

- soit (1) \* Patient avec assistance de l'équipe palliative
    - Nom d'une équipe ou, le cas échéant, du réseau.
    - Date de la première assistance.
  - soit (1) \* Patient sans assistance de l'équipe palliative, uniquement assisté par les dispensateurs de soins habituels qui s'engagent à réaliser la totalité des soins palliatifs de façon compétente.
- a. La continuité des soins médicaux organisés par le médecin de famille, aussi durant les heures de garde et le week-end (remplacement éclairé) est assurée. Chaque semaine il doit y avoir une réunion interdisciplinaire avec au moins le médecin de famille. Un plan de soins formel et/ou un cahier de communication sont tenus à jour. Après le décès du patient, le médecin de famille garde ces documents dans le dossier du patient.

*Il est satisfait à 2 des 3 conditions mentionnées ci-après (2) :*

- (1) Assistance et surveillance permanentes concrétisées par une ou plusieurs des modalités suivantes :
  - a) une personne de l'entourage
  - b) congé palliatif demandé par... relation avec le patient : ...
  - c) appel à la surveillance par l'entourage des aidants proches complémentaires, éventuellement des volontaires recyclés par des instances agréées.
  - d) aide familiale
    - prise en charge de jour
    - prise en charge de nuit
    - accueil pendant le week-end.
- (2) Besoin d'au moins 2 des 5 éléments mentionnés ci-après (3) :
  - a) médicaments palliatifs spécifiques (analgésiques, antidépresseurs, sédatifs, corticoïdes, antiémétiques, laxatifs) ;
  - b) matériel de soins (matériel d'incontinence, matériel de soins de plaie/de soins de stomie) ;
  - c) dispositifs (matelas, lit d'hôpital, chaise percée et accessoires) ;
  - d) pousse-seringues ou pompe anti-douleur ;
  - e) soins psychosociaux journaliers pour la famille.
- (3) Surveillance quotidienne ou soins quotidiens par un praticien de l'art infirmier pour un patient dépendant au moins pour se laver et s'habiller, pour se déplacer et aller à la toilette, pour incontinence et/ou pour manger. (La dépendance implique au moins un score de niveau 3 sur l'échelle de Katz pour chaque groupe de dépendance).

**Au verso :**

On entend par « patient palliatif à domicile », le patient :

- 1° qui souffre d'une ou de plusieurs affections irréversibles
- 2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- 3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
- 4° pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois)
- 5° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
- 6° ayant l'intention de mourir à domicile
- 7° et qui répond aux conditions mentionnées dans la formule annexée au présent arrêté.

Le médecin généraliste remplit et signe le formulaire qui est envoyé à la mutualité du patient.

### **Conséquences de l'obtention du statut palliatif**

Dans les 15 jours suivant la réception du formulaire, la mutualité paie le forfait palliatif à l'assuré(e). Cette opération peut être répétée après un mois. L'A.R. ne mentionne pas l'éventuelle possibilité de mettre fin au statut palliatif. L'A.R. prévoit en fait une « reconnaissance » et un paiement automatiques du forfait.

Le statut palliatif ouvre, pour l'assuré(e) :

- le droit au remboursement intégral du ticket modérateur pour les visites à domicile effectuées par le médecin généraliste (A.R. du 23 mars 1982, art. 7octies)
- à une intervention forfaitaire de 647,16 EUR pour les médicaments, le matériel de soins et les dispositifs médicaux que les patients palliatifs à domicile doivent eux-mêmes financer. Cette intervention peut être demandée une seconde fois après 30 jours.

Le statut palliatif a comme conséquence pour les dispensateurs de soins que des numéros de code de nomenclature spécifiques peuvent être utilisés pour les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie.

Les prestations spécifiques de soins infirmiers sont mentionnées à l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé et les prestations spécifiques de kinésithérapie sont mentionnées à l'article 7. Ces dernières ne sont pas évoquées ici car elles n'ont qu'une incidence financière très limitée.

### **Méthodologie**

#### **Données analysées**

Les données suivantes ont été examinées :

- les données d'actuariat du Service des soins de santé (documents Breda)
- les données de profil relatives à la kinésithérapie pour les patients palliatifs
- les données de profil relatives aux soins infirmiers à domicile
- une étude sur le terrain réalisée sur un échantillon de demandes de forfait palliatif introduites auprès des Organismes assureurs
- les données de paiement des Organismes assureurs pour toutes les prestations qui ont été remboursées aux patients de notre échantillon
- les données de paiement des Organismes assureurs concernant les honoraires forfaitaires pour les soins infirmiers et les pseudo-codes y correspondants, tant pour les patients palliatifs que pour les patients non palliatifs.

#### **Périodes d'étude**

De 2007 à 2012 (72 mois) pour les données d'actuariat.

De 2007 à 2013 (84 mois) pour les données de profil.

Janvier 2011 pour la sélection de l'échantillon d'assurés bénéficiant de prestations.

Janvier 2014 pour la comparaison relative aux honoraires forfaitaires.

## Population étudiée

Deux groupes ont été sélectionnés pour l'étude :

- groupe 1 : 1.227 assurés auxquels un premier forfait palliatif a été octroyé en janvier 2011
- groupe 2 : 792 assurés pour lesquels au moins un soin infirmier palliatif avait été porté en compte en janvier 2009 et qui étaient encore en vie en janvier 2011, soit deux ans plus tard.

## Analyse

Les formulaires de demande du forfait palliatif (premier et éventuel deuxième forfait) ont été demandés aux O.A. pour tous les assurés des deux groupes sélectionnés (2.019 assurés)

Les données électroniques relatives à l'octroi des forfaits palliatifs ont été demandées pour les 612 assurés pour lesquels les formulaires de demande n'ont pas été communiqués par les O.A..

Les données d'attestations ont été demandées pour tous les assurés pour la période du 01-01-2011 au 31-12-2012.

Les dates des décès ont été contrôlées dans le Registre national pour tous les assurés jusqu'au 31-05-2013.

## Résultats et discussion

- En 2012, il y eut près de 16.000 demandes de forfait palliatif. Le statut palliatif a été accordé à toutes les personnes.
- Le statut palliatif obtenu est irréversible : le paiement du forfait palliatif est automatique, il n'y a aucune possibilité de le refuser. Il n'y a aucune possibilité d'y mettre fin.
- La dépense supplémentaire en soins infirmiers pour ces assurés représente environ 45% du montant des dépenses en soins infirmiers.

Le tableau suivant présente l'évolution de 2007 à 2013 :

	Nombre de prestations	Montant remboursé (EUR)	Montant résultant du statut palliatif (EUR)
2007	932.520	50.740.484	21.913.952
2008	1.076.683	59.189.899	25.896.564
2009	1.185.937	67.483.854	30.031.489
2010	1.278.650	73.075.343	32.449.318
2011	1.372.045	79.181.475	35.924.125
2012	1.474.857	85.844.396	39.426.866
2013	1.592.963	95.562.687	43.957.407

- Les organismes assureurs éprouvent des difficultés au niveau de la conservation et de la recherche des formulaires de demande pour le forfait palliatif. Des formulaires de demande n'ont pas été retrouvés (612 des 792 assurés du groupe 2). Il s'agissait pourtant d'assurés qui étaient encore en vie au moment de la demande desdits documents. Ces formulaires contenaient les éléments desquels ressortait le statut palliatif de l'assuré...

- Les formulaires de demande ne sont pas toujours entièrement complétés. Cela peut être dû à un manque de clarté au niveau de la mise en pages du formulaire.
- 65 % des assurés décèdent dans la période estimée « de minimum 24 heures et de maximum 3 mois ». Après 6 mois, ce chiffre passe à 78%. Il existe un groupe de 81 assurés avec une survie de plus de deux ans. Des 792 assurés en soins palliatifs en janvier 2009, 326 (41 %) étaient encore en vie 52 mois plus tard (31-05-2013).
- Dans plus de 30 % des cas, le décès n'a pas lieu à domicile.
- L'analyse des pseudo-codes pour les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers montre que le praticien de l'art infirmier effectue un peu plus de visites aux assurés palliatifs qu'aux assurés non palliatifs pour lesquels un forfait comparable a été attesté.
- Pour les autres pseudo-codes, hormis la toilette obligatoire, les seuls utilisés plus fréquemment sont les pseudo-codes pour les injections et les actes en dehors de la nomenclature, mais avec peu de différences entre les patients palliatifs et les patients non palliatifs.
- L'analyse des pseudo-codes spécifiques aux soins palliatifs montre qu'ils sont utilisés pour 15 % seulement des assurés. Le numéro de pseudo-code pour la concertation avec le médecin généraliste est mentionné pour un peu moins de 10 % de ces assurés. Cette concertation hebdomadaire constitue pourtant une condition pour la demande du statut palliatif. S'il est mentionné, il l'est en moyenne 2 fois par mois.

## **Conclusion**

La reconnaissance du statut palliatif des assurés entraîne une dépense supplémentaire considérable pour l'ASSI.

Différents problèmes sont mis en évidence au niveau de l'application de cette réglementation :

- des formulaires de demande ne sont pas disponibles
- des formulaires ne sont pas remplis de manière correcte.

Ces problèmes font qu'il n'y a pas de réponses aux questions de départ.

Les renseignements repris dans les documents reçus n'expliquent pas le fait que beaucoup d'assurés bénéficient du statut palliatif pendant une longue période (voire pendant plusieurs années). Ils ne permettent pas d'attribuer ce phénomène au diagnostic ou au degré de dépendance communiqué.

## **Propositions**

- Adaptation du formulaire de demande : l'espérance de vie estimée doit être le premier critère qui apparaît sur le formulaire (actuellement au verso, quand il n'est pas tout simplement absent).
- Adaptation de la réglementation :
  - réserver les remboursements aux infirmiers formés en soins palliatifs
  - prévoir une possibilité de contrôle au moment de l'octroi du forfait palliatif
  - prévoir une possibilité de révision du statut palliatif en cas de changement de situation

- prolonger la durée de vie estimée à 6 mois (proposition du KCE). Cela répond mieux à la réalité actuelle
  - exiger que les comptes-rendus des rencontres hebdomadaires soient envoyés au médecin-conseil après 3 (ou 6 mois) pour prolonger le statut palliatif
  - faire une distinction entre une situation palliative et une situation terminale (proposition du KCE). Une situation palliative peut durer bien plus longtemps et n'implique pas toujours un décès imminent. Une situation terminale est alors la dernière phase de vie effective
  - supprimer « l'intention de mourir à domicile ». Un patient peut exiger des soins palliatifs à domicile, mais mourir ailleurs.
  - mieux délimiter le groupe cible des assurés ? La plupart des assurés avec un diagnostic connu ont une malignité, mais toutes sortes de diagnostics entrent actuellement en ligne de compte.
- 
- Le fonctionnement du médecin-conseil et de l'organisme assureur est susceptible d'être amélioré : le formulaire de demande de forfait palliatif avec les éléments déterminants pour l'obtention du statut palliatif doit être considéré comme un élément constitutif du dossier du médecin-conseil et doit être conservé pendant une durée suffisamment longue.
  - Le fonctionnement du médecin généraliste et du praticien de l'art infirmier dans la structure palliative mérite davantage d'attention. Une concertation hebdomadaire s'impose. Il existe des conditions de dossier spécifiques, tant pour le médecin généraliste que pour le praticien de l'art infirmier... Les données obtenues dans le cadre du présent projet d'évaluation ne permettent pas de voir clairement comment cela fonctionne dans la pratique. Si l'on se base sur les pseudo-codes mentionnés à côté des forfaits infirmiers, on constate qu'il existe une lacune importante à ce niveau-là.
  - Les prestations forfaitaires de soins infirmiers pour les patients palliatifs entraînent une dépense supplémentaire importante pour l'ASSI sans que plus de pseudo-codes soient mentionnés : revenir aux forfaits « normaux » et prévoir un montant de remboursement plus important pour les interventions spécifiques à l'intention des patients palliatifs serait préférable.

### **Communication**

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 23 octobre 2015.

## V. LE CONTRÔLE EN SOINS DE SANTÉ

### 1. Les enquêtes thématiques « CENEC »

#### (Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêteteil)

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

Enquêtes thématiques (IP comme interprovinciales) terminées en 2015

- IP026 Ophtalmologie : respect de l'Article 14h § 2. 1° de la nomenclature (attestation « par séance » et non « par œil »)
- IP027 Soins infirmiers à domicile : Attestation de prestations d'alimentation « parentérale » au lieu d'alimentation « entérale »
- IP028 Radiologie : Attestation de la prestation « CT des rochers » au lieu de la prestation effectuée « CT du crâne » ou « CT du massif facial »

## **IP026 Ophtalmologie : respect de l'Article 14h § 2. 1° de la nomenclature (attestation « par séance » et non « par œil »)**

### **Origine de l'enquête**

Suite d'une enquête provinciale où il avait été constaté que des prestations de l'article 14h § 1. II. 2° de la nomenclature des prestations de santé (NPS) étaient attestées "par œil" au lieu de "par séance".

### **But**

Déterminer s'il est tenu compte des stipulations de l'art. 14h § 2 1°, lors de l'attestation de codes concernant les actes de diagnostic de l'art. 14h § 1. II. 2°.

### **Cadre légal**

Nomenclature des prestations de santé (annexe à l'A.R. du 14-09-1984)

**Art. 14h)** prestations relevant de la spécialité en ophtalmologie § 1 (...)

II. Prestations non chirurgicales

2° actes de diagnostic

248511 - 248522 Courbe d'adaptation rétinienne à l'adaptomètre de Goldmann-Weekers ou similaire + graphique	N 45
248533 - 248544 Electro-rétinographie + graphique	N 75
248555 - 248566 Tonographie au tonomètre électronique + graphique	N 50
248570 - 248581 Epreuve de provocation dans le glaucome (test à l'eau, 4 tonométries au minimum)	N 30
248592 - 248603 Mesures de la rigidité sclérale + graphique (technique de Friedenwald ou similaire)	N 15
248614 - 248625 Courbe de tension (4 tonométries pendant 24 heures pendant 4 jours) + graphique	N50
248636 - 248640 Dynamométrie et/ou tonométrie (Schiötz et/ou tonomètre à applanation)	N 10
248975 - 248986 Ophtalmoscopie binoculaire indirecte avec ou sans indentation sclérale	N 10
249211 - 249222 Périmétrie quantitative computerisée à différents degrés de sensibilité, pilotée par programme informatique, au périmètre de Humphrey, Octopus ou similaire, à coupole réelle ou virtuelle, avec graphique et conclusion	N 35
249233 - 249244 Biomicroscopie binoculaire du segment antérieur avec protocole ou iconographie	N 10
248673 - 248684 Biomicroscopie du segment postérieur et/ou de l'angle camérulaire à l'aide de verres de contact	N 15
248710 - 248721 Examen fonctionnel détaillé de la motilité oculaire dans le strabisme concomitant ou les hétérophories au synoptophore ou appareil similaire (ne peut être porté en compte que deux fois par an)	N25

248732 - 248743 Examen fonctionnel détaillé de la motilité oculaire dans le strabisme paralytique (test de Lancaster ou similaire) + graphique	N 25
248754 - 248765 Diagnostic exact et classification des dyschromatopsies congénitales ou acquises (test de Farnsworth 100 HUE et/ou anomaloscopie) + graphiques	N 15
248776 - 248780 Kératométrie topographique	N 15
248791 - 248802 Angiographie rétinienne par produit de contraste avec protocole et 8 clichés minimum	N 75
249270 - 249281 Imagerie digitale de la rétine après injection d'un produit de contraste ou d'un colorant, avec protocole	N250
248813 - 248824 Périmétrie quantitative au périmètre de Goldmann ou similaire avec graphique et conclusion	N 20
248835 - 248846 Réfractométrie par la méthode objective	N 8
249255 - 249266 Biométrie oculaire et calcul de la puissance de l'implant intra-oculaire en vue d'une intervention chirurgicale, y compris l'échographie monodimensionnelle et la kératométrie, avec document et protocole	N125
248850 - 248861 Exploration par seringage des voies lacrymales uni- ou bilatéral (non cumulable avec les n° 245011 - 245022 et 245033 - 245044)	N 10
248872 - 248883 Potentiels cérébraux évoqués par stimulation visuelle, avec protocole et extraits des tracés	N125
248894 - 248905 Enregistrement simultané de la pression dans les deux artères humérales et deux artères ophtalmiques par dynamographe du type Otto Hager, y compris l'électrocardiogramme de référence, avec protocole et extrait des tracés	N 75
248916 - 248920 Mesure des temps circulatoires huméro-rétiniens par angiofluorétinoscopie simultanée bilatérale	N 65
248953 - 248964 Comptage des cellules endothéliales de la cornée au moyen du microscope spéculaire avec document photographique et intéressant au moins une surface de 0,1 mm <sup>2</sup> ou 300 cellules en vue d'une intervention chirurgicale sur le segment antérieur de l'œil	N 75

**Art. 14h § 2. 1°**

Les prestations prévues au titre II, 2° 'Actes de diagnostic' visent des examens **'par séance'**, c'est-à-dire des examens d'un œil ou des deux yeux.

**Méthodologie**

**a. Population étudiée**

Les dispensateurs ayant attesté les codes de nomenclature de l'Art. 14h § 1. II. 2° pendant la période étudiée : du 01-10-2012 au 30-06-2014, (date de réception aux Organismes assureurs)

**b. Période**

Période des prestations retenues à grief : du 01-10-2012 au 30-06-2014, (date de réception aux Organismes assureurs), 20 mois.

**c. Mode de recueil des informations**

Demande des données authentifiées à tous les Organismes assureurs.

**d. Analyse**

Comparaison de ces données par dispensateur et par prestation dès qu'une prestation de l'article 14h § 1. II. 2° était attestée plus d'une fois par jour au même endroit.

**Résultats**

Constat d'un indu de plus de 1.000 EUR chez 19 dispensateurs.

**Action**

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

- au dispensateur en tant que personne physique et/ou
- à l'hôpital en tant que personne morale et/ou
- à la société perceptrice des honoraires du dispensateur.

**Suivi**

- a. Remboursement volontaire : 68.766 EUR pour 17 dispensateurs
- b. Pas de remboursement, ni d'IRV signée : 25.820 EUR pour 2 dispensateurs.

**Conclusion**

L'enquête IP026 a mis en évidence que les stipulations de l'Art. 14h) § 2 1° n'étaient pas respectées.

Il en a résulté un remboursement volontaire de **68.766 EUR** pour 17 dispensateurs.

Deux dispensateurs contestent les prestations non-conformes pour un montant de 25.820 EUR et feront l'objet d'une procédure Fonctionnaire-dirigeant.

**Communication**

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 04 septembre 2015.

## IP027 : attestation de prestations d'alimentation « parentérale » au lieu d'alimentation « entérale » à domicile

### Origine

Lors d'enquêtes individuelles, il a été constaté que certains infirmiers à domicile attestaient des prestations d'alimentation **parentérale** chez des assurés nourris par sonde gastrique (nutrition **entérale** avec un produit polymérique ou semi-élémentaire), sans avoir eu de perfusion intraveineuse ou sous-cutanée qui aurait pu justifier un remboursement.

### But

Vérifier si l'attestation de prestations **d'alimentation parentérale** en lieu et place de **nutrition entérale** se retrouve au niveau national.

### Cadre légal et autres informations

Nomenclature des prestations de santé, art. 8 :

Le code de nomenclature qui concerne la « **nutrition entérale** » est repris à la rubrique I. B. et ce **même** code est utilisé aussi pour 4 autres prestations ! Il diffère selon le lieu et le moment où la (les) prestation(s) est (sont) effectuée(s).

*Prestations techniques de soins infirmiers (rubrique I.B)*

(...)

- *Évacuation manuelle de fécalome*
- *Lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale*
- *Tubage et drainage gastro-intestinal*
- *Lavage intestinal*
- **Nutrition entérale** *via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie*

Art. 8 § 1	lieu où la prestation est faite	code	W	EUR
1°	domicile ou résidence du bénéficiaire	425213	0,730	3,22
2°	domicile ou résidence du bénéficiaire (WE ou férié)	425611	1,094	4,83
3°	maison de convalescence	426016	0,730	3,22
3°bis	domicile ou résidence communautaire pour personnes handicapées (depuis le 01/04/2014)	429074	0,730	3,22
4°	centre de jour pour personnes âgées	426414	0,730	3,22

Le code de nomenclature qui concerne « **l'alimentation parentérale** » est repris à la rubrique III. et ce **même** code peut être utilisé aussi pour 2 autres types de perfusion ! Il diffère selon le lieu et le moment où la (les) prestation(s) est (sont) effectuée(s).

*Prestations techniques spécifiques (rubrique III)*

*Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :*

- *Mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées)*
- *Administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale*

Art. 8 § 1	Lieu où la prestation est faite	code	W	EUR
1°	domicile ou résidence du bénéficiaire	425375	8,934	39,43
2°	domicile ou résidence du bénéficiaire (WE ou férié)	425773	13,401	59,14
3°	maison de convalescence	426171	8,934	38,43
3°bis	domicile ou résidence communautaire pour personnes handicapées (depuis le 01/04/2014)	429155	8,934	38,43

### **Méthodologie**

Population étudiée : tous les dispensateurs de l'art infirmier qui ont attesté des prestations ambulatoires d'alimentation parentérale/perfusion (« par/perf »).

Période : 01/03/2013 au 30/06/2014 (16 mois).

### **Etude préalable**

Pour mettre en évidence la réalité de l'attestation d'alimentation parentérale au lieu d'entérale, ont été croisées les données des **assurés** pour lesquels ont été attestés :

1. des codes d'alimentation **parentérale**/perfusion (« par/perf ») repris dans les prestations d'actes techniques spécifiques (rubrique III de l'art. 8 § 1). Ces honoraires forfaitaires **journaliers** sont payés en tiers-payant **aux infirmiers**
2. des pseudocodes pour des poches de produits polymériques ou semi-élémentaires pour une alimentation **entérale** par sonde. Ces interventions journalières sont payées **mensuellement** par les O.A. **aux assurés**.

Sur la période du 01/01/2013 au 31/03/2014, 301 assurés ont bien été retrouvés, qui avaient à la fois :

- des prestations « par/perf » et
- des pseudocodes pour des poches d'alimentation entérale par sonde.

### **Enquête**

Les données des prestations « par/perf » ont été demandées pour la période du 01/03/2013 au 30/06/2014 (soit 16 mois = 545 jours). Au cours de cette période 532 infirmiers ont porté en compte des prestations « par/perf » pour un montant de 1.223.599 EUR.

Pour une question de faisabilité, il a été décidé d'ouvrir des dossiers d'enquête sur les 82 infirmiers qui avaient attesté des prestations « par/perf » pour un montant supérieur à 4.000 EUR (ce qui correspond à ± 90 prestations). Toutes les provinces sont concernées.

Chaque province a reçu la liste de tous les infirmiers qui avaient portés en compte des prestations « par/perf ».

Il a été décidé :

- d'auditionner les assurés soignés par ces 82 dispensateurs (à noter qu'un assuré peut être soigné par 1 à 3 infirmiers)
- en cas de décès de l'assuré, d'auditionner le prestataire qui avait attesté le plus
- de reprendre aussi dans l'enquête tous les infirmiers qui avaient attesté des prestations « par/perf » pour un assuré si celui-ci était retenu comme positif (alimentation **parentérale** attestée alors qu'il s'agissait d'une alimentation **entérale**), mêmes si ces infirmiers avaient un montant de « par/perf » inférieur à 4.000 EUR
- de permettre à chaque province (en fonction de la faisabilité) d'ouvrir une enquête sur d'autres infirmiers (repris dans la liste), qui présentaient un montant de prestations « par/perf » compris entre 1.000 et 4.000 EUR.

Au total, ce sont **134 dossiers d'enquête** qui ont été ouverts.

## **Résultats**

### **Dossiers négatifs : 25**

Les dossiers sont classés comme négatifs si :

- l'assuré a bien reçu une alimentation parentérale pendant une certaine période
- l'assuré avait une alimentation par sonde mais a aussi reçu une perfusion pour hydratation ou un glucosé ou une pompe à morphine/Litican<sup>®</sup>/scopolamine
- l'infirmier repris dans la base de données des prestations « par/perf » n'a lui-même rien attesté. L'infirmier qui a attesté a accepté de rembourser l'indu du collaborateur pour lequel il avait attesté des prestations retenues à grief.

### **Dossiers positifs : 109**

109 dossiers ont été retenus positifs pour un montant total de 699.932 EUR.

Justifications des prestataires

- a) Erreur de facturation
- b) Méconnaissance de la nomenclature
- c) Entéral = ce qui va de la bouche à l'estomac et parentéral = autre
- d) Le logiciel informatique ne permet pas d'identifier immédiatement la nutrition entérale sous le code 425213, ce libellé se retrouvant à la fin de la liste d'un **menu déroulant**. Le premier libellé visible concerne « évacuation manuelle de fécalome » :
  1. évacuation manuelle de fécalome
  2. lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale
  3. tubage et drainage gastro-intestinal
  4. lavage intestinal
  5. **nutrition entérale** via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie

- e) Le médecin prescripteur a signé une prescription médicale avec mention du mot « parentéral » : Exemples :
  - « alimentation parentérale »
  - « alimentation parentérale par sonde de gastrostomie »
- f) L'O.A. n'a pas refusé le remboursement des prestations « par/perf »
- g) L'O.A. a remboursé les prestations « parentérales » alors qu'aucune notification n'avait été introduite
- h) Rejet de la faute sur la personne qui tarifie.

### Calcul de l'indu : total ou différentiel

Si l'assuré avait uniquement une alimentation entérale par sonde et si le prestataire a porté en compte des prestations « par/perf », le calcul du montant indu est, soit total, soit différentiel, selon l'état de dépendance de l'assuré.

Lorsque l'assuré est	le prestataire	l'indu est	NPS art. 8
dépendant (forfait A, B, C et/ou palliatif)	ne peut facturer aucun honoraire pour une alimentation entérale	total	§ 5 2° a) et b) § 5bis 3° a) et b)
non dépendant	peut attester une prestation de nutrition entérale	différentiel	

### Action

Un procès-verbal de constat avec demande de remboursement volontaire a été adressé à chaque infirmier retenu.

### Suivi

Nb dossiers	Suivi	EUR	Procédure FD
82	ont remboursé l'indu	504.770	2 dossiers car constat de prestations non-effectuées
16	remboursement en cours car demande d'étalement	87.858	
11	ne remboursent pas	107.303	11 dossiers
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>699.932</b>	

### **Conclusions**

L'enquête CENEC IP027 démontre la réalité de l'attestation de prestations d'alimentation « **parentérale** » au lieu d'alimentation « **entérale** » à domicile. L'indu, pour la période du 01/03/2013 au 30/06/2014 (soit 16 mois = 545 jours) est de 699.932 EUR pour 134 praticiens de l'Art infirmier.

Sur base annuelle, cela représente 524.949 EUR soit 6 % du montant total attesté UNIQUEMENT pour les prestations parentérales SANS les perfusions.

### **Proposition**

Il convient d'informer encore mieux les dispensateurs notamment via notre site WEB déjà bien complet ainsi que les O.A. qui ont toutes les données pour vérifier par croisement :

- les codes « par/perf »
- les pseudocodes des produits alimentaires et
- les notifications introduites via MyCareNet.

### **Communication**

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 23 octobre 2015.

## **IP028 : Attestation de la prestation « Tomographie des rochers » au lieu de la prestation effectuée « Tomographie du crâne » ou « Tomographie du massif facial »**

---

### **Origine**

Trois radiologues attestait énormément de tomographies (CT) des rochers. La comparaison de quelques prescriptions des médecins prescripteurs aux protocoles des radiologues et aux données de facturation des organismes assureurs (O.A.) a montré que la majorité des CT des rochers / de la selle turcique étaient en fait des CT crâne ou des CT / tomographies à faisceau conique du massif facial. Ainsi les radiologues attestait 50 EUR en trop pour un CT du crâne et 80 EUR pour un CT / une tomographie à faisceau conique du massif facial.

### **But**

Découvrir quels services d'imagerie médicale attestent des tomographies des rochers alors qu'en réalité ils réalisent un autre examen.

Si de telles constatations étaient faites, récupérer la différence avec les prestations effectivement réalisées.

### **Cadre légal**

Nomenclature des prestations de santé, article 17.

Quatre numéros de nomenclature sont prévus pour les tomographies de la région de la tête :

- CT du crâne N 180
- CT ou tomographie à faisceau conique (Cone Beam) du massif facial sans contraste<sup>1</sup> N 117
- CT du massif facial avec moyen de contraste N 180
- CT des rochers N 275

#### ***Art. 17, 11° Tomographies commandées par ordinateur.***

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

« La prestation 458673-458684 lors d'un traumatisme n'est remboursée que dans une des situations suivantes :

1. Symptômes neurologiques généralisés ou focaux.
2. Lacération jusque sur l'os ou de plus de 5 cm.
3. Histoire ou examen inadéquat (épilepsie, alcool, enfant, etc.)
4. Suspicion de lésion intentionnelle ou fontanelle bombante chez l'enfant de moins de 5 ans.
5. Suspicion de corps étranger ou lésion crânienne pénétrante.
6. Fracture crânienne ou diastase sur RX du crâne ou perte de liquide céphalo-rachidien par écoulement nasal ou perte de liquide céphalo-rachidien ou de sang par écoulement auriculaire. »

**459675 459686** *Tomographie commandée par ordinateur (CT) avec moyen de contraste du massif facial N 180*

**459690 459701** *Tomographie commandée par ordinateur (CT) ou Tomographie à faisceau conique commandée par ordinateur (CBCT) sans moyen de contraste du massif facial N 117 <sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> Au moment de notre enquête, un seul numéro s'appliquait à la tomographie et à la tomographie à faisceau conique.

<sup>2</sup> Après l'enquête, à partir du 01.06.2015, un numéro distinct a été instauré pour chacun des deux scans.

**458732 458743** Tomographie des rochers et/ou de la selle turcique, commandée par ordinateur, avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, dans une série successive de coupes égales ou inférieures à 2 mm : 20 coupes au minimum N 275

## **Méthodologie**

### **Enquête préliminaire**

L'étude qualitative préparatoire des prescriptions et des protocoles de trois radiologues a montré qu'ils attestaient un CT des rochers alors qu'en réalité ils effectuaient un CT du crâne ou un CT / une tomographie à faisceau conique du massif facial sans moyen de contraste.

### **Enquête définitive**

Population étudiée : tous les hôpitaux au départ, 14 sélectionnés sur base d'un indicateur ensuite.

Période : les prestations de la période du 01.04.2013 au 31.08.2014 (17 mois) ont été analysées.

### Données demandées

Ont été demandées aux Organismes assureurs (O.A.) les données concernant les attestations pour :

- toutes les tomographies dans la région de la tête
- pour tous les hôpitaux
- introduites auprès des O.A. dans la période allant du 01.03.2013 au 31.08.2014 inclus.

### Création d'un indicateur

Un indicateur a été créé pour identifier les radiologues qui attestaient des CT des rochers à la place d'un autre CT de la tête.

Indicateur (%) :

$$\frac{\text{Nombre de tomographies des rochers attestées}}{\text{Nombre de tomographies de la région de la tête attestées (quatre types confondus)}} \times 100$$

De cette analyse il est ressorti que l'indicateur est étonnamment similaire pour les radiologues qui travaillent dans le même service d'imagerie médicale, alors qu'il existe d'énormes différences entre certains services. C'est pourquoi il a été décidé de concentrer l'enquête sur les services et non sur les radiologues.

L'indicateur s'élève en moyenne à 9,3 % pour les 105 hôpitaux qui ont attesté des tomographies des rochers, mais une petite minorité a toutefois obtenu des résultats beaucoup plus élevés (jusqu'à 92 %).

Il a été décidé d'examiner tous les services qui avaient un indicateur supérieur à 10 %.

### Sélection des hôpitaux à examiner

À partir de l'analyse des données certifiées, 14 hôpitaux ont été retenus avec un indicateur **>10%**<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> En fait, 15 numéros d'hôpitaux ont été sélectionnés mais un hôpital disposait encore de 2 numéros après la fusion. À la demande explicite du chef du service de radiologie, les données relatives aux 2 numéros ont été fusionnées et ce groupe d'hôpitaux a été considéré comme un seul hôpital.

### Collecte de données : échantillon aléatoire

Une liste de 100 prescriptions et protocoles a été demandée à chaque service d'imagerie médicale sélectionné. Pour pouvoir justifier du caractère aléatoire de l'échantillon dans un procès-verbal, la même méthode aléatoire a été utilisée pour tous les services.

### Résultats de l'analyse des prescriptions et des protocoles

Il est ressorti de l'analyse des 1.400 prescriptions et protocoles reçus pour l'échantillon que 13 des 14 services d'imagerie médicale sélectionnés avaient attesté à tort un grand nombre de tomodographies des rochers (jusqu'à 99 % d'attestations indues, voir tableau ci-après).

Une partie des hôpitaux effectuait un CT du massif facial (ou très spécifiquement un Dental Scan) qu'ils attestaient comme CT des rochers. D'autres hôpitaux ont en réalité effectué un CT du crâne.

Un hôpital attestait systématiquement outre une prestation autorisée, à savoir un PET-scan sur un appareil non agréé (442595-442606), 2 CT (des rochers + du cou / thorax / abdomen).

Lors de cette enquête, deux constatations supplémentaires qui n'étaient pas directement liées à l'objectif de cette étude ont été faites :

1. un hôpital a réparti sur deux journées différentes l'exécution d'une prescription pour un scan dentaire complet : un jour pour la mâchoire supérieure et un deuxième pour la mâchoire inférieure. Il a attesté chacune de ces prestations comme un CT des rochers. La prescription a été indûment scindée. En outre, la double attestation d'un forfait et des « *honoraires de consultations* » ne sont pas conformes à la réglementation.
2. Un autre hôpital attestait systématiquement pour chaque PET-scan sur un appareil non agréé un CT du cou / thorax / abdomen en plus d'un CT des rochers. Dans plus de 60 % des cas, il n'y avait pas de prescription.

### Audition

Tous les chefs des services d'imagerie médicale concernés ont été auditionnés. Généralement, l'attestation erronée était une pratique systématique en vigueur depuis plusieurs années déjà. C'était parfois intentionnel, parfois la conséquence d'une erreur administrative.

Tous les chefs de service ont accepté la méthodologie et ont confirmé que les constatations relatives à l'échantillon étaient représentatives pour la période étudiée. Cela a permis d'extrapoler les constatations à toute la période étudiée.

**Résultats**

HÔPITAL	DONNÉES & SÉLECTION		ÉCHANTILLON	ACTION		SITUATION Mars 2016
	Nombre CT des rochers	% de CT des rochers/ total de CT de la région de la tête		Indu EUR	Indu supplémentaire EUR	
Hôpital 1	1.613	12,6 %	32/100	37.928	-	Remboursé
Hôpital 2	743	10,2%	30/100	16.840	-	Remboursé
Hôpital 3	4.494	78,8%	99/100	212.679	-	Remboursé
Hôpital 4	1.244	20,0%	95/100	88.939	-	Remboursé
Hôpital 5	1.323	14,0%	83/100	88.599	-	Remboursé
Hôpital 6	7.460	65,1%	91/100	313.221	-	Remboursé
Hôpital 7	111	23,7%	5/94	-	-	-
Hôpital 8	13.011	73,4%	95/100	710.977	12.168	Remboursé
Hôpital 9	307	11,2%	88/100	11.795	-	Remboursé
Hôpital 10	4.743	18,3%	80/100	291.765	-	Remboursé
Hôpital 11	3.033	26,8%	94/100	382.256	361.539	Remboursé
Hôpital 12	3.978	32,9%	93/100	258.638	-	Remboursé
Hôpital 13	4.577	25,7%	89/97	320.090	-	Remboursé
Hôpital 14	2.138	25,3%	91/100	135.538	-	Remboursé

**Action**

Un procès-verbal de constat, accompagné d'une invitation au remboursement volontaire, a été envoyé aux 13 hôpitaux concernés. Ils ont été envoyés :

- à l'hôpital en tant que personne morale
- au chef du service d'imagerie médicale
- au directeur médical.

Dans le cas d'un hôpital, aucun accord n'a été atteint. Le procès-verbal de constat a dès lors été envoyé aussi aux six radiologues concernés.

**Suivi**

Tous les hôpitaux ont accepté le remboursement volontaire de l'indu, ce qui représente un montant total de **2.869.263 EUR**, dont 2.475.212 EUR ont été remboursés en 2015.

En outre, l'hôpital qui a indûment scindé les Dental Scans complets (voir supra) a remboursé volontairement **12.168 EUR**.

À défaut de prescription correcte, des attestations ont été mises à charge de l'hôpital qui attestait des PET-scans sur un appareil non agréé pour un montant supplémentaire de **361.539 EUR**. Ce montant devrait être remboursé en 2016.

Au total, **3.242.970 EUR** auront été remboursés volontairement en 2015 et 2016.

### **Conclusion**

Cette enquête CENEC IP028 montre que la moitié des tomographies de rochers attestées étaient en réalité une tomographie du crâne ou une tomographie du massif facial. Un des hôpitaux étudiés a attesté une tomographie des rochers et une tomographie cou/thorax/abdomen sur un appareil à PET-scan non-agréé.

Seuls 13 hôpitaux sur les 105 qui attestent des CT des rochers étaient concernés.

Tous les hôpitaux ont accepté le remboursement volontaire du montant total à charge : **2.869.263 EUR.**

### **Communication**

Ce rapport a été présenté et discuté au Comité du SECM le 11 décembre 2015.

### **Mesure d'impact**

L'analyse des données disponibles pour 2015 montre déjà une diminution du nombre de tomographies des rochers attestées de 50.435 en 2014 à 31.978 en 2015, représentant une diminution des remboursements de 7.028.709 EUR à 4.468.870 EUR (soit 2.559.839 EUR).

## 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 de janvier 2014 à décembre 2015 inclus (= 24 mois)	
Nombre d'officines concernées	5.026
Nombre total de lignes de tarification analysées	246.552.656
Nombre de lignes de tarification qui doivent être munies d'un CBU	214.206.424
% sans CBU	1,06 %
% nombre CBU doubles dans la même officine	0,06 %
% nombre CBU dont le chiffre de contrôle (check digit) n'est pas correct	0,02 %
% CBU lus correctement et CBU corrects	98,86 %
% CBU identiques retrouvés dans différentes officines	0,03 %

Le pourcentage de lecture des CBU reste constant depuis les cinq 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 2015

Enquêtes clôturées en 2015 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	69	7,8
Médecins spécialistes	120	13,5
Pharmaciens	20	2,3
Dentistes	96	10,8
Infirmiers	301	34,0
Kinésithérapeutes	21	2,4
Logopèdes	11	1,2
Orthopédistes	8	0,9
Bandagistes	8	0,9
Ergothérapeutes	3	0,3
Opticiens	1	0,1
Audiciens	2	0,2
Groupement de dispensateurs	14	1,6
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	83	9,4
MRPA	7	0,8
MRS	1	0,1
Laboratoires	3	0,3
Assurés	90	10,2
Autres	28	3,2
<b>TOTAUX</b>	<b>886</b>	

Tableau C2 : Nombre d'enquêtes individuelles **débutées** en 2015

Enquêtes débutées en 2015 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	45	6,2
Médecins spécialistes	80	11,1
Pharmaciens	19	2,6
Dentistes	26	3,6
Accoucheuses	2	0,3
Infirmiers	264	36,6
Kinésithérapeutes	20	2,8
Logopèdes	13	1,8
Orthopédistes	1	0,1
Bandagistes	5	0,7
Ergothérapeutes	2	0,3
Audiciens	2	0,3
Services intégrés soins à domicile	1	0,1
Groupement de dispensateurs	9	1,2
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	76	10,5
MRPA	2	0,3
Maisons médicales	1	0,1
Laboratoires	7	1,0
Assurés	89	12,3
Autres	58	8,0
<b>TOTAUX</b>	<b>722</b>	

Tableau C8 : nombre d'enquêtes individuelles **en cours** au 31-12-2015

Enquêtes individuelles en cours au 31-12-2015 Qualifications du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	34	7,1
Médecins spécialistes	64	13,3
Pharmaciens	13	2,7
Dentistes	28	5,8
Accoucheuses	3	0,6
Infirmiers	161	33,5
Kinésithérapeutes	19	4,0
Logopèdes	10	2,1
Orthopédistes	1	0,2
Bandagistes	2	0,4
Audiciens	1	0,2
Services intégrés soins à domicile	1	0,2
Groupement de dispensateurs	9	1,9
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	46	9,6
MRPA	2	0,4
Maisons médicales	1	0,2
Laboratoires	4	0,8
Assurés	37	7,7
Autres	44	9,1
<b>Total</b>	<b>480</b>	

**b. Résultats**

Tableau C3 : type des dossiers en fonction du résultat

Type des dossiers 2015	Nombre	%	Nombre	%	Indu EUR
<b>Négatif</b>					
Après audition (informatif)	56	6,3			
Après vérification des données	273	29,1			
Total négatif			329	30,8	
<b>Positif</b>					
Action pour tiers	110	12,4			1.243.606
Avertissement	58	6,3			
Avertissement avec remboursement volontaire	278	31,4			5.335.740
A poursuivre	111	12,5			5.002.626
Total positif			557	69,2	
<b>TOTAUX</b>			<b>886</b>	<b>100</b>	

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

La catégorie "**négalif**" représente les cas où, **après vérification des données** :

- soit la plainte n'est pas de la compétence du SECM
- soit les suspicions d'erreurs ou de fraude s'avèrent non-fondées.

La catégorie "**action pour tiers**" contient tous les constats établis pour tiers et transmis à d'autres institutions (p.ex. Procureur du Roi, Ordre des médecins, Service du contrôle administratif, ...). Les dossiers les plus graves sont transmis au Parquet.

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 2015 Qualification du dispensateur	Montants EUR	%
Médecins généralistes	67.418	1,3
Médecins spécialistes	1.479.132	27,7
Pharmaciens	672	0,0
Dentistes	250.177	4,7
Infirmiers	904.993	17,0
Kinésithérapeutes	17.771	0,3
Logopèdes	18.953	0,4
Orthopédistes	50	0,0
Bandagistes	42.581	0,8
Ergothérapeutes	18.321	0,3
Groupement de dispensateurs	17.672	0,3
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	2.487.851	46,6
MRPA	30.150	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>5.335.740</b>	

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.

Tableau C9 : dossiers à poursuivre

Dossiers à poursuivre 2015 Qualification du dispensateur	Indu EUR	Nombre	%
Médecins généralistes	206.323	9	1,0
Médecins spécialistes	499.279	8	0,9
Pharmaciens	249.015	10	1,1
Dentistes	231.579	4	0,4
Infirmiers	1.874.142	58	6,6
Kinésithérapeutes	60.394	2	0,2
Logopèdes	36.507	3	0,3
Orthopédistes	714.941	5	0,6
Bandagistes	474.613	5	0,6
Opticiens	168.087	1	0,1
Groupement de dispensateurs	395.497	4	0,4
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	71.462	1	0,1
Assurés	20.787	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>5.002.626</b>	<b>111</b>	<b>12,1</b>

### 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 prestations pharmaceutiques)

	2015
Nombre d'infractions constatées	1.225.585

### d. Traitement des plaintes ou des déclarations

On entend par :

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

Anonymat

Le traitement de ces plaintes et déclarations respecte l'anonymat des plaignants, garanti par l'article 59 du Code pénal social :

*"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".*

Le traitement des plaintes et déclarations est intégré depuis février 2015 dans un nouveau processus dénommé « le Filtre » mis en place afin de traiter toutes les informations entrant au SECM de manière uniforme et efficiente. Les plaintes et déclarations sont rassemblées sous le terme « signalement », le Filtre reçoit aussi des « idées » (suggestions d'enquêtes à réaliser, de thèmes à analyser, ...)

Dossiers traités par le Filtre		2015
Signalements (plaintes, déclarations)		979
Idées (propositions du Service)		87
<b>Total</b>		<b>1.066</b>

En fonction de la nature de l'information transmise, le Filtre traite le dossier de différentes manières :

- traitement administratif
- transmission vers d'autres services de l'INAMI ou vers d'autres instances et SPF
- envoi comme mission obligatoire aux départements Information, Contrôle ou Expertise
- envoi au BOD (voir page14) pour décision.

Décisions Filtre		
Traitements administratifs ou transmission		403
Missions obligatoires (299)	Information	179
	Contrôle	105
	Expertise	15
Transmission de dossiers au BOD pour décision		351
<b>Total</b>		<b>1.053</b>

Décisions BOD*				
Classés sans suite			32	
Traitements administratifs			15	
Affectation à un dossier existant			28	
Missions obligatoires	Information		20	
	Contrôle	individuel	214	
		thématique	12	
	Expertise	Expertise		20
		Pré-analyse		6
		Screening		8

\*Il y a plus de décisions BOD que de transmission au BOD car **chaque** transmission peut faire l'objet de **plusieurs** actions décidées.

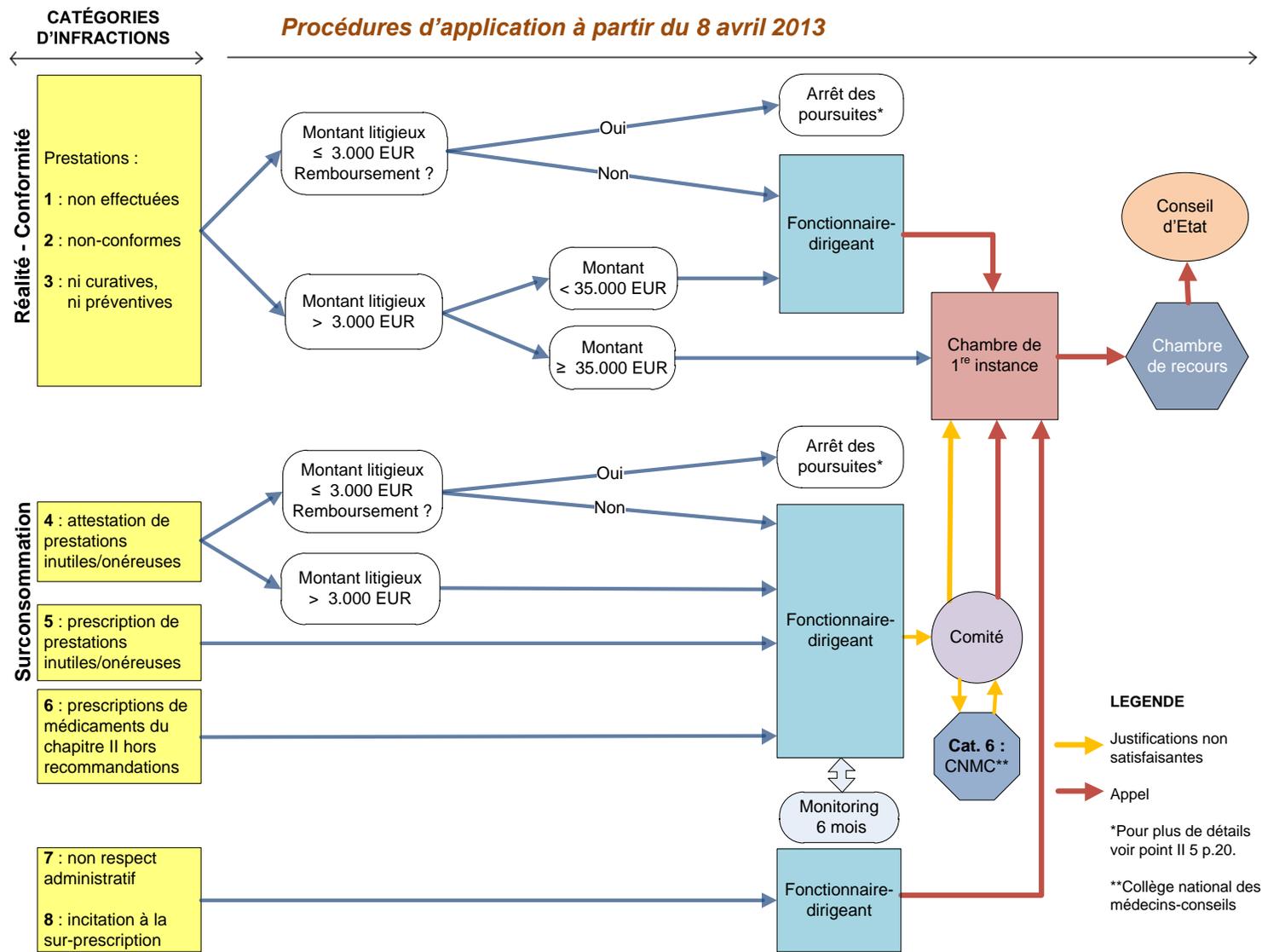


## VI. PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

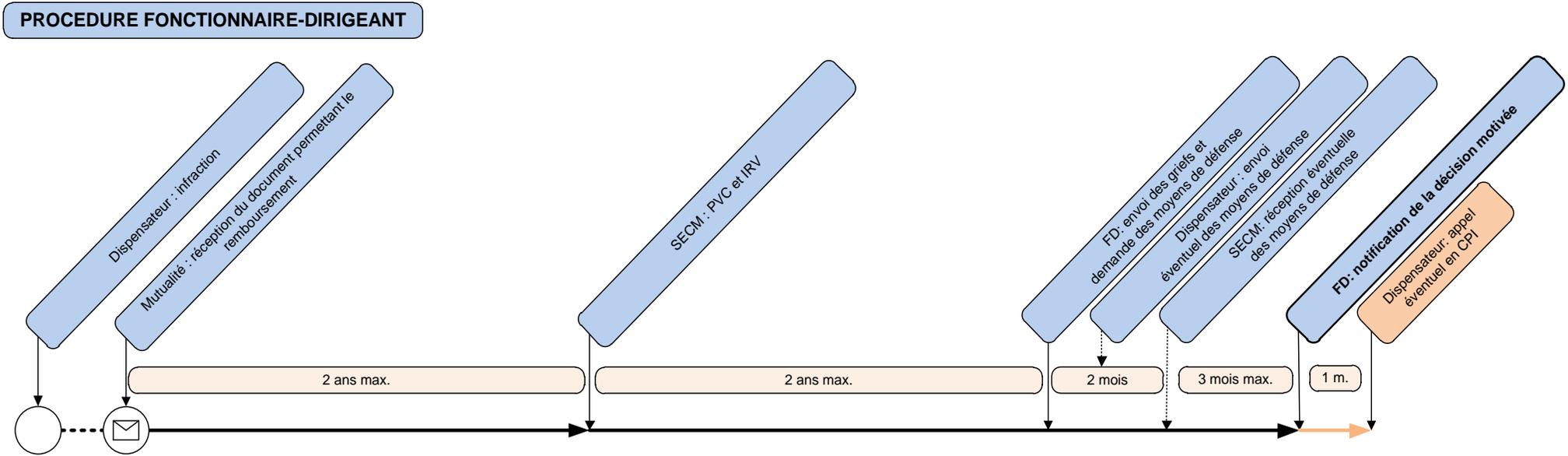
Les dossiers qui font l'objet de poursuites devant une des instances juridictionnelles suivent un parcours qui diffère selon la catégorie d'infractions constatées. Les divers parcours possibles sont rassemblés sur les schémas des pages suivantes.

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.

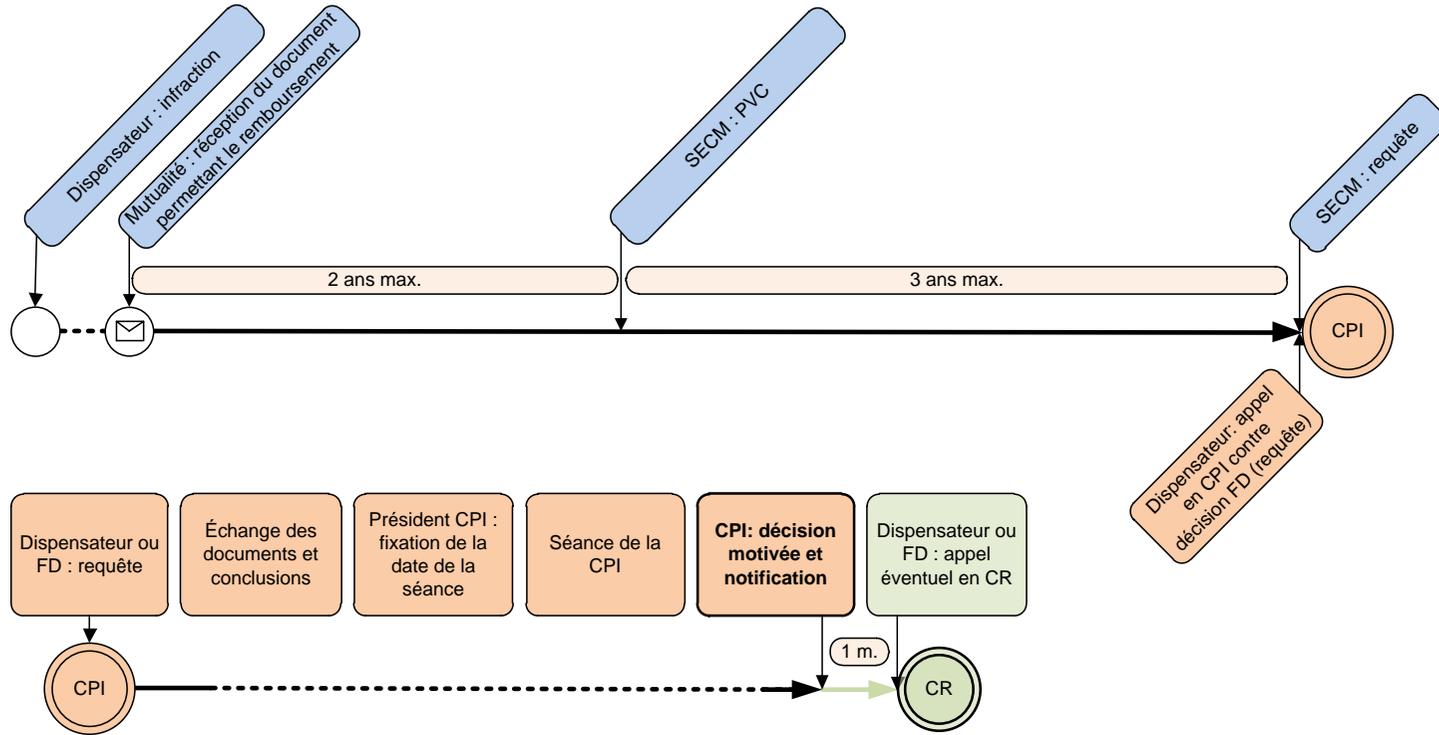
Les décisions de chacune de ces instances sont ensuite détaillées.



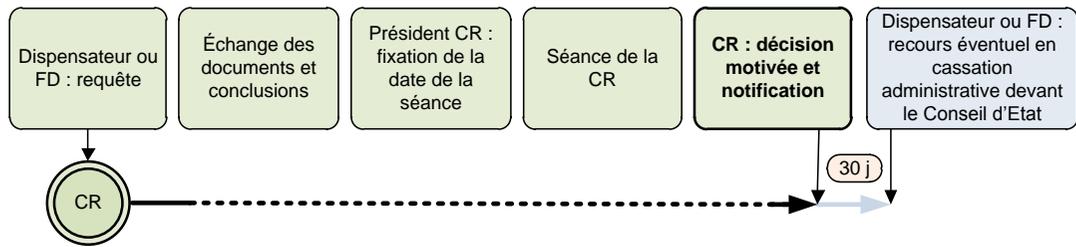
**D'application depuis le 09 avril 2012**



**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 : 4**

**Dossiers surconsommation traités : 2**

Décisions : le FD est chargé d'introduire les 2 dossiers en CPI.

## **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 2015.

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

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

## Résultats

Tableau S1.1 : décisions du Fonctionnaire-dirigeant en 2015.

Qualification du dispensateur	Décisions	Indu EUR	Remboursements volontaires 1 EUR	Décisions			Montants	
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
				2	3	4	5	1+5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	5	70.861	30.100	58.170	44.668	19.947	58.904	89.004
Médecins spécialistes	3	89.227	35.483	59.835	30.569	29.266	18.393	53.877
Pharmaciens	14	276.166	262.835	276.166	330.244	35.695	306.527	569.362
Dentistes	6	188.139	132.313	169.315	90.769	24.156	52.519	184.832
Infirmiers	33	883.299	564.291	858.226	382.256	343.179	201.149	765.440
Kinésithérapeutes	3	54.759	19.222	54.759	37.316	2.414	22.375	41.596
Logopèdes	3	34.844	17.959	34.844	18.059	19.462	11.257	29.216
Bandagistes	1	600		600		300	600	600
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	2	40.831		40.831	19.783	16.783		
Autres	3	51.712	29.313	51.712	35.382	20.777	7.000	36.313
<b>TOTAUX</b>	<b>73</b>	<b>1.690.438</b>	<b>1.091.515</b>	<b>1.604.457</b>	<b>989.047</b>	<b>511.978</b>	<b>678.724</b>	<b>1.770.239</b>

Tableau S1.2 : recours 2015

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
73	22	30



## 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 **toutes** les décisions des Chambres de première instance prises en 2015. Les tableaux S2.3 et S2.4 détaillent ces décisions, respectivement en tant qu'appel contre une décision Fonctionnaire-dirigeant, et qu'en première instance.

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.

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

## Résultats

Tableau S2.1 Décisions de la Chambre de première instance en 2015.

Qualification du dispensateur	Décisions en CPI	Indu	Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
		1	2	3	4	5	1 + 5	
		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins généralistes	3	194.769		21.486	1.500	1.375	38.357	38.357
Médecins spécialistes	6	1.427.307	77.447	374.163	4.388		25.734	103.181
Dentistes	11	125.824	15.136	84.827	3.000	5.875	71.398	86.534
Infirmiers	18	1.054.452		1.002.352	144.432	80.284	166.594	166.594
Kinésithérapeutes	2	24.028		23.757	2.063	2.063	15.323	15.323
Orthopédistes	2	648.362	34.909	648.362	33.403	96.063	164.890	199.799
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	1	317	317	317				317
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	7	3.796.351	2.332.102	253.415	3.000		206.143	2.538.245
MRS	1	49.152						
Autres	4	199.819	9.678	4.557	1.500			9.678
<b>TOTAUX</b>	<b>55</b>	<b>7.520.380</b>	<b>2.469.589</b>	<b>2.413.235</b>	<b>193.286</b>	<b>185.660</b>	<b>688.440</b>	<b>3.158.029</b>

Tableau S2.2 Recours contre décisions CPI

Nombre de décisions CPI	Nombre de recours en CR par le dispensateur	%	Nombre de recours en CR par le SECM	%
55	16	29	8	14

Tableau S2.3 : décisions de la Chambre de première instance en degré d'appel en 2015

Qualification du concerné	Nombre de décisions	Indu EUR	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires) EUR	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	1	21.486	21.486		
Médecins spécialistes	1	13.025	2.027		
Dentistes	1	29.993	29.993		2.875
Infirmiers	7	67.676	67.675	1.842	4.015
Kinésithérapeutes	2	24.028	23.757	2.063	2.063
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	22.871	22.871	3.000	
<b>TOTAUX</b>	<b>13</b>	<b>179.079</b>	<b>167.809</b>	<b>6.905</b>	<b>8.953</b>

Tableau S2.4 : décisions de la Chambre de première instance en première instance en 2015

Qualification du concerné	Nombre de décisions	Indu EUR	Remboursements volontaires	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires) EUR	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	2	173.283			1.500	1.375
Médecins spécialistes	5	1.414.282	77.447	372.136	4.388	
Dentistes	10	95.831	15.136	54.834	3.000	3.000
Infirmiers	11	986.776		934.676	142.590	76.269
Orthopédistes	2	648.362	34.909	648.362	33.403	96.063
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	1	317	317	317		
Hôpitaux, établissements services ou centres de soins	6	3.773.480	2.332.102	230.544		
MRS	1	49.152				
Autres	4	199.819	9.678	4.557	1.500	
<b>TOTAUX</b>	<b>42</b>	<b>7.341.301</b>	<b>2.469.589</b>	<b>2.245.426</b>	<b>186.381</b>	<b>176.707</b>

## **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 2015.

Tableau S3 : décisions des Chambres de recours prises en 2015

Qualification du dispensateur	Décisions C.R.		Indu	Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
					Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
	Nb	%	EUR	1	2	3	4	5	1 + 5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	4	7,3	37.871	14.006	34.704	1.375			14.006
Médecins spécialistes	12	21,8	659.886	25.327	401.630	1.100		151.191	176.518
Pharmaciens	1	1,8	58.933	680	37.437				680
Dentistes	6	10,9	366.110	227	338.985	2.750		37.915	38.142
Infirmiers	16	29,1	554.778	50.722	348.446	16.436	64.214	225.858	276.580
Kinésithérapeutes	7	12,7	228.285	3.327	131.303	12.234	199.392	131.310	134.637
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	6	10,9	768.455	34.857	109.007	8.375	1.500	75.617	110.474
MRS	3	5,5	68.944						
<b>TOTAUX</b>	<b>55</b>		<b>2.743.262</b>	<b>129.146</b>	<b>1.401.512</b>	<b>42.271</b>	<b>265.105</b>	<b>621.890</b>	<b>751.036</b>



## VII. 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	2015
Nombre de séances	574
Nombre d'assurés examinés	2.814
Nombre d'exclusions ("moins de 66%")	1.270

Source : Service des indemnités de l'INAMI.

Suite à l'introduction d'une nouvelle procédure de contrôle de l'invalidité, les Commissions régionales ont été annulées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, sauf pour celle du Hainaut pour laquelle il s'agissait du 1<sup>er</sup> septembre.

### 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

En novembre 2015, le projet « état des lieux de l'organisation et du travail des médecins-conseils dans les O.A. » a été entamé par une analyse de terrain. Il servira de base pour les analyses nécessaires par la suite (nouvelles missions du médecin-conseil, réforme du CMI, politique de réintégration professionnelle, ...)

### 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 pouvaient être contestées devant les tribunaux du travail.

S'agissant de contestations médicales, le tribunal désignait, 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, avait pris la décision contestée était 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"	2015
Nombre d'examens médicaux	50
Décisions lors de ces examens :	
○ assurés incapables de travailler (> 66%)	30
○ assurés capables de travailler (< 66%)	20

## 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	2015
Nombre d'examens médicaux	285



## VIII. 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<sup>er</sup> 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
> 3 blocages diagnostiques/an interdits	0,42
	NPS art. 12 § 1
Cumuls interdits en neurochirurgie, chirurgie et orthopédie	0,75
	NPS art. 14 b d k
Cumuls interdits en chirurgie du genou	0,00
	NPS art. 14 k
Cumul interdit entre chirurgie et endoscopie des sinus	1,19
	NPS art. 14 i
Plusieurs coronaros/jour interdites.	0,47
	NPS art. 17 et 17ter
Cumul amygdalectomie + adénoïdectomie interdit	20,54
	NPS art. 14 i et 15 § 3
Cumul présence pédiatre + tubage gastrique interdit	0,10
	NPS Art. 20 d
Remboursement adapté si fourniture par un opticien non conventionné	2,64
	NPS Art. 30
Administration de médicaments par infirmière > 1x/jour	0,12
	NPS Art. 8
Cumul interdit : PET-scan + prestations techniques de scanner	1,28
	NPS Art. 17, 17ter et 18
Rentrées tardives de prestations PET-scan	0,04
	NPS Art. 17, 17ter et 18
Prestations de perfusion par infirmière, sans notification	7,38
	NPS Art. 8

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<sup>e</sup> partie : sujet thématique



## ENQUÊTES THÉMATIQUES

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.

D'une part, un bon exemple de cette approche thématique est l'enquête concernant la fraude et les abus lors d'attestations des tomographies des rochers/de la selle turcique. Au cours de trois enquêtes individuelles, il avait en effet été constaté que la majorité des tomographies des rochers/de la selle turcique attestées étaient en réalité des tomographies du crâne ou des tomographies/tomographies à faisceau conique (Cone Beam) du massif facial. Ainsi, une tomographie du crâne était remboursée 50 EUR de trop, et une tomographie/tomographie à faisceau conique (Cone Beam) du massif facial, 80 EUR de trop.

Etendue aux 105 hôpitaux attestant des tomographies des rochers/de la selle turcique, l'enquête a permis de démontrer que 13 services d'imagerie médicale sélectionnés avaient attesté à tort un grand nombre de tomographies des rochers (jusqu'à 99 %).

Les chefs des services d'imagerie médicale concernés ont généralement reconnu que l'attestation erronée était une pratique systématique en vigueur depuis plusieurs années déjà. C'était parfois intentionnel, parfois la conséquence d'une erreur administrative.

Cette enquête thématique a révélé les phénomènes particuliers suivants.

1. afin d'obtenir un remboursement plus élevé de l'Assurance soins de santé et indemnités, 13 hôpitaux ont attesté en lieu et place de la prestation réalisée des prestations non-conformes mais mieux remboursées
2. un hôpital a réparti sur deux journées différentes l'exécution d'une prescription pour un scan dentaire complet : un jour pour la mâchoire supérieure et un deuxième pour la mâchoire inférieure. Il a attesté chacune de ces prestations comme une tomographie de rochers. La prescription a été indûment scindée. En outre, la double attestation d'un forfait et des honoraires de consultations ne sont pas conformes à la réglementation
3. un autre hôpital a attesté systématiquement pour chaque PET-scan sur un appareil non-agréé une tomographie du cou/thorax/abdomen en plus d'une tomographie des rochers. Dans plus de 60 % des cas, il n'y avait pas de prescription.

Les 13 hôpitaux ont accepté le remboursement volontaire du montant à charge : 2.869.263 EUR, représentant la différence de montant total entre les actes réellement réalisés et ceux attestés.

## Sujet thématique

L'impact de cette action sur le budget se répétera chaque année puisque les montants injustement attestés ne le seront plus. Une première analyse montre déjà que le budget des attestations des tomographies des rochers a diminué de 7.028.709 EUR en 2014 à 4.468.870 EUR en 2015.

Un contrôle ultérieur est prévu et, en cas de récidive, une sanction supplémentaire sera imposée.

Le SECM renforcera les contrôles dans tous les domaines afin de prévenir des interventions injustifiées de l'Assurance SSI. Via les enquêtes thématiques, il attaquera surtout la fraude, ce qui suppose une faute intentionnelle.

D'autre part, une approche thématique des études de la Direction Expertise a une fonction d'observation qui permet de déceler des anomalies dans la réglementation et/ou son application et ensuite de les transmettre aux décideurs pour modification.

4<sup>e</sup> partie : perspectives 2016-2017



## LES PERSPECTIVES

2016 devrait voir toute une série de modifications arriver.

D'un point de vue structure interne, l'AMP sera étendu à l'ensemble du personnel. Les postes de médecin-directeur devraient être attribués aux régions et aux cinq domaines d'expertise.

Le service HR veillera à compenser la diminution du personnel afin de pouvoir continuer à effectuer les missions demandées.

Pour répondre aux exigences du contrat d'administration 2016-2018, le SECM collaborera entre autres à l'installation de la Cellule « Soins efficaces ».

De manière plus externe, la réforme des CMI entraînera l'installation des nouveaux instruments de contrôle externe de l'incapacité de travail et de l'invalidité.

Et le SECM participera en collaboration avec les soins de santé à des actions du projet « aanklappend beleid » afin de contribuer à une meilleure utilisation des moyens de l'assurance soins de santé.

Installation d'un ancrage légal dans l'utilisation de la technique de l'extrapolation des infractions constatées à l'ensemble de la pratique dans les enquêtes et les procédures.

## LEXIQUE DES ACRONYMES

AMI : voir ASSI

A.R. : 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

C.R. : 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

EHFCN : European Healthcare Fraud & Corruption Network

F.D. : 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. : Organisme(s) assureur(s)

PVC : procès verbal de constat

SECM : service d'évaluation et de contrôle médicaux

## 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](mailto: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.

