



Rapport annuel SECM Activités 2020



Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Avant-propos

À présent que de plus en plus de Belges ont été vaccinés contre la COVID-19 et que la pandémie semble perdre de son intensité, nos dispensateurs de soins peuvent à nouveau reprendre leur souffle. Avec un peu de chance, les soins non essentiels reportés seront suffisamment répartis et les soins inefficaces seront laissés de côté. Vous pouvez en savoir plus à ce sujet dans la section sur l'audit de la première et de la deuxième vague de la pandémie en Belgique.

La COVID-19 a également constitué un défi majeur pour les activités de contrôle du SECM. Nous avons recherché de nouvelles méthodes d'enquête. Nous avons élaboré les contours d'une plateforme sécurisée pour les auditions en ligne. Les équipes ont très bien réagi à cette situation complexe.

Dans ce rapport annuel, vous trouverez les résultats obtenus en 2020. Les rouages du SECM sont bien huilés. Le focus s'est étendu, les priorités sont fixées. La collaboration interne et externe s'intensifie. Bien que nous ayons reçu en 2020 pas moins de 1.187 signalements externes, nous avons effectué 57 analyses de risques internes supplémentaires. La combinaison des deux aboutit à des actions de contrôle réparties dans les différents domaines du secteur de la santé, dont nous suivons l'utilisation optimale du budget (30 milliards d'euros) en tant que service d'inspection. À cela s'ajoute le suivi des 10 milliards d'euros d'indemnités, mais cette activité est principalement assurée par les médecins-conseils et le service Indemnités. En 2020, nous nous sommes concentrés sur l'activité non autorisée et sur une analyse des assurés devenus récemment invalides.

Dans ce rapport, vous en apprendrez également davantage sur nos ressources principales : notre personnel. Après des années de baisse, nous avons à nouveau constaté une augmentation de nos effectifs au cours des dernières années. Cependant, nous sommes toujours bien en deçà du nombre minimum requis d'inspecteurs sociaux fixé il y a quelques années. Un nombre minimum de personnes pour être en mesure de réaliser les activités d'inspection à forte intensité de main-d'œuvre, mais aussi pour préserver les compétences et l'expertise existantes. Les réductions de personnel annoncées pour les trois prochaines années auront un impact négatif sur le contrôle du respect des règlements et l'utilisation efficace des ressources disponibles.

En 2020, le SECM a pu accueillir 24 nouveaux collaborateurs. Nous considérons la formation et l'encadrement intensifs comme un investissement. Les nouveaux arrivants s'intègrent assez rapidement. Ils apportent également un enthousiasme supplémentaire au service.

Depuis quelques temps, le SECM augmente son efficacité en se concentrant sur des actions nationales dans lesquelles les compétences des différentes directions sont appliquées conjointement. Cela porte ses fruits. Dans les années à venir, nous souhaitons également le démontrer par des mesures d'impact systématiques.

Enfin, nos pensées vont aussi vers les chers collègues qui ont contribué à rendre ces résultats possibles, mais qui sont décédés depuis.

Philip TAVERNIER
Médecin-directeur général
Juin 2021

Table des matières

Avant-propos	2
Partie 1 – Présentation du SECM	5
I. Mission	5
1. Missions légales	5
2. Objectifs de l’Avenant 2019-2020 au Contrat d’administration 2016-2018.....	6
II. Structure organisationnelle	6
III. Méthode de travail.....	7
1. Stratégie à multiples axes	7
2. Impact de la pandémie de COVID-19 sur nos activités	8
IV. Personnel et formation	9
Partie 2 – Origine de nos activités	11
I. Signalements externes.....	11
II. Analyses internes	12
1. Études d’évaluation	12
a) Prestations ambulatoires en cardiologie	12
b) Analyse des codes de dépassement comme indication pour des actions du SECM auprès des kinésithérapeutes	13
c) Soins dispensés et programmés dans les hôpitaux pendant la pandémie de COVID-19	15
d) Examens immunohistochimiques.....	16
e) Omalizumab (Xolair®) : vérification du dossier médical par rapport aux conditions de remboursement en cas d’asthme – étude sur le terrain.....	17
f) Évaluation de 5 points en biologie clinique	19
g) Microscopie électronique	20
h) Remplacement de la valve aortique par voie percutanée (TAVI) : évaluation de la mortalité et de la morbidité postopératoires	21
i) Application des indicateurs « profil global patient »	23
j) Evaluation des profils de patients en soins dentaires	23
2. Analyses de la cellule Data	25
Partie 3 – Actions	26
I. Sensibiliser et informer.....	26
1. Actions de sensibilisation par courrier	26
a) Prise en charge des soins infirmiers des handicapés français dans les institutions belges – double subventionnement	27
b) Hauts profils en médecine générale pour les prestations facturées en tiers payant électronique.....	27
c) Hauts profils infirmiers à domicile – valeurs W	28
d) Ménisectomie arthroscopique en cas de lésions dégénératives du genou	29
e) Cumul de la greffe tendineuse avec d’autres prestations orthopédiques	29
f) Facturation de détermination d’IgE spécifique par antigène.....	30
g) Pansements dermatologiques compliqués pour lésions étendues.....	30

h)	Facturation tardive en soins infirmiers à domicile	31
2.	Conférences	31
a)	Le dentiste et le SECM de l'INAMI	31
II.	Contrôler et récupérer	32
1.	Actions de contrôle nationales	32
a)	Dépassement des limites des valeurs P en dentisterie	32
b)	Prestations de soins infirmiers dispensés au domicile ou à la résidence de personnes handicapées	34
c)	Autosondage : facturation par les pharmaciens	36
2.	Actions de contrôle individuelles	38
a)	Par type de décision	38
b)	Par catégorie professionnelle	40
c)	Évolution 2016-2020	40
d)	Suivi des procédures administratives	42
e)	Récupération des sommes dues via l'article 206 <i>bis</i>	48
f)	Lutte contre la fraude	49
	Partie 4 – Impact	56
	Partie 5 – Vers une meilleure réglementation	58
I.	Fonction d'avis	58
1.	Apport du représentant du SECM	58
2.	Conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail	58
3.	Fonction d'avis du SECM en 2020	59
a)	CRIDMI : remboursement des valves endobronchiques	59
b)	Commission de conventions des logopèdes : autisme	60
c)	GT Biologie clinique du CTM : anatomopathologie	60
II.	Contrôle primaire des O.A.	60
	Partie 6 – Collaborations	63
I.	Audit hôpitaux	63
1.	Audit soins à basse variabilité	63
2.	Audit COVID-19 1 ^{re} et 2 ^e vague	63
II.	Affaires internationales	65
1.	EHFCN	65
a)	Digitalisation des activités	65
b)	Création de groupes de travail	66
c)	Autres activités	66
2.	Réunions bilatérales	66
III.	Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020	67
IV.	Sciensano	67
	Liste des abréviations	70

Partie 1 – Présentation du SECM

I. MISSION

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

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

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

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

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

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

1. Missions légales²

Le législateur a confié les missions suivantes au SECM :

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

¹ Une table des abréviations se trouve à la fin du présent rapport, p. 70.

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

2. Objectifs de l'Avenant 2019-2020 au Contrat d'administration 2016-2018

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

- ✦ article 13 = extension de l'informatisation de la gestion des dossiers au sein du SECM assortie d'une offre de eServices pour des tiers ;
- ✦ article 37 = analyse de la répétition d'examens techniques prescrits par des dispensateurs de soins pour un même patient : effet de l'utilisation du dossier médical informatisé sur le comportement en matière de prescription ;
- ✦ article 38 = évaluation et contrôle par le SECM dans la chaîne des processus de l'assurance indemnités ;
- ✦ article 39 = détection, approche et suivi proactif de la fraude chez les praticiens de l'art infirmier à domicile (évaluation de l'utilisation de la carte eID).

II. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Depuis 2016, le SECM est organisé selon la structure suivante :

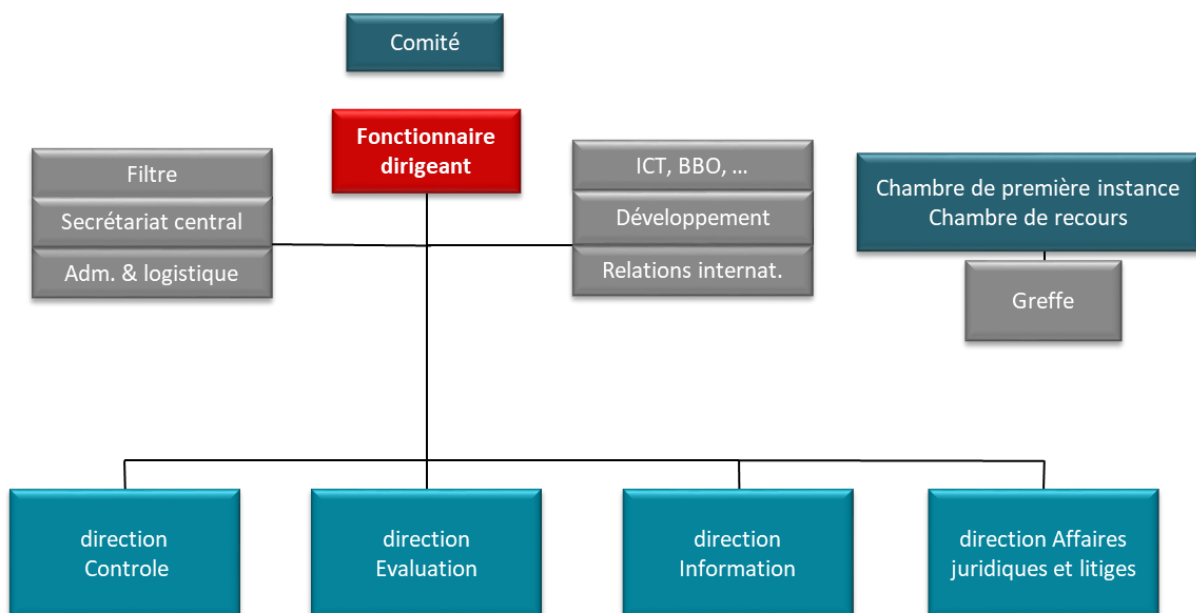


Illustration 1. Structure organisationnelle du SECM

III. METHODE DE TRAVAIL

1. Stratégie à multiples axes

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

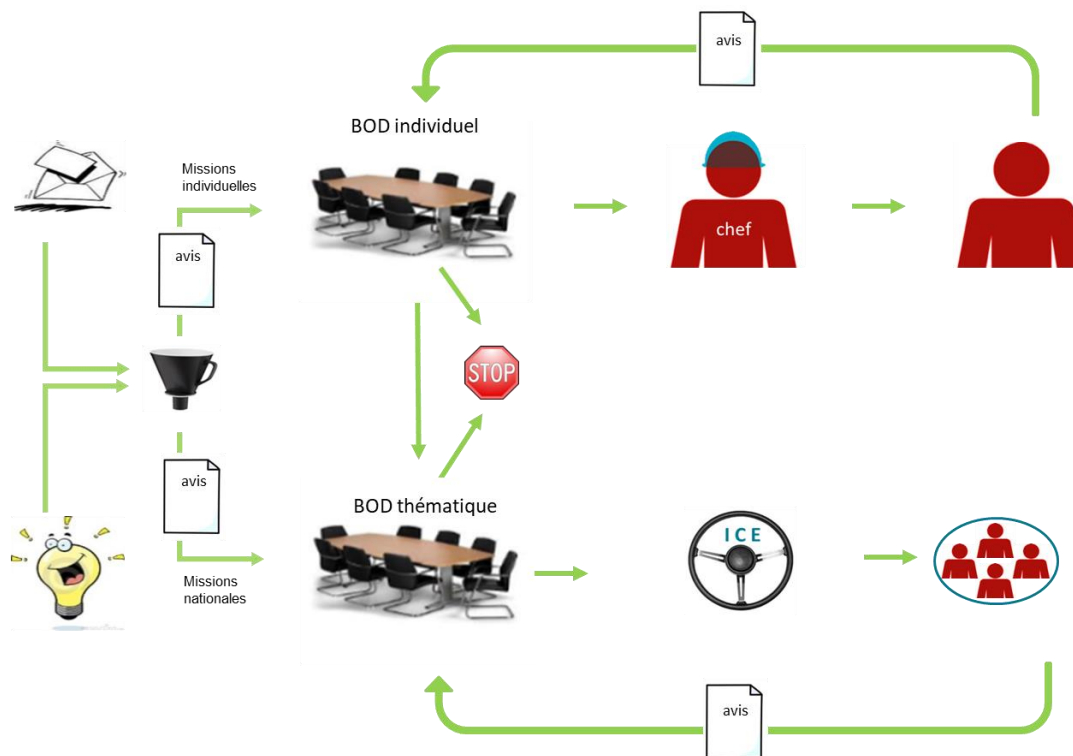


Illustration 2. Processus de travail SECM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ✦ signalement classé sans suite,
- ✦ négatif,
- ✦ informatif,
- ✦ avertissement,
- ✦ constat sans procédure administrative,
- ✦ constat avec procédure administrative,
- ✦ suivi par des tiers.

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

2. Impact de la pandémie de COVID-19 sur nos activités

Le fonctionnement de notre service a lui aussi été fortement influencé par la pandémie de COVID-19 et par les mesures y afférentes. À partir du 17.03.2020, toutes les auditions en présentiel et tous les contacts externes avec des tiers ont été annulés, et nous avons mis en place le télétravail maximal.

Nous avons rapidement pris l'initiative de poursuivre autant que possible nos activités de façon numérique. Nous avons organisé des réunions et des formations par le biais de plateformes de communication et de collaboration telles que Teams, Zoom et Skype. Nous avons même organisé la session d'informations annuelle pour notre personnel de façon virtuelle. L'accélération numérique a également créé de nouvelles opportunités. Les collaborateurs des bureaux provinciaux ne devaient plus se rendre à nos services centraux à Bruxelles pour participer aux réunions. En outre, nous avons commencé à organiser une série de « formations continues » : l'ensemble du personnel du SECM pouvait participer à des formations en ligne sur divers sujets liés au fonctionnement de notre service.

En ce qui concerne les actions de contrôle, nous avons cherché des solutions alternatives pour les auditions des témoins (assurés ou dispensateurs de soins). Nous avons envoyé des questionnaires, et des entretiens ont eu lieu par téléphone. Ces entretiens téléphoniques permettent une plus grande flexibilité que les auditions en présentiel (horaire, convocation, etc.) et ont été bien accueillis afin de limiter les contacts. En revanche, ils compliquent l'échange de documents (notamment le rapport de faits à signer ensuite) et rendent impossible les examens médicaux.

Depuis le 08.06.2020, nous avons repris la plupart de nos activités en présentiel. Compte tenu de l'impact considérable de la pandémie sur le secteur de la santé, nous n'avons pas interrogé les dispensateurs de soins impliqués dans la prise en charge des patients COVID (par exemple, les services de soins intensifs, pneumologie et maladies infectieuses, les médecins généralistes, etc.) Nous avons également pris de nombreuses mesures de protection pour notre personnel et pour les dispensateurs de soins ou assurés concernés.

De plus, nous avons développé en octobre notre propre système de directives spécifiques par phase d'alerte COVID. Nous avons prévu 5 codes différents. Par code, nous avons élaboré des directives pour :

- ✦ les auditions dans les locaux du SECM ou dans le bureau de police local ;

³ Voir descriptions, p. 39

- ✦ les auditions en déplacement chez la personne auditionnée ;
- ✦ la demande et l'envoi de documents ;
- ✦ l'envoi de procès-verbaux de constat (PVC) ;
- ✦ l'éventuel report du remboursement et la formulation de remarques lors de l'envoi des PVC et invitations au remboursement volontaire (IRV), de deux mois à quatre mois ;
- ✦ l'envoi de rappels.

Nous avons fait preuve d'un maximum de créativité et de flexibilité pour adapter nos activités. Nos activités de contrôle sont les plus touchées par les mesures générales en vigueur.

En période de pandémie, nous pouvons déjà observer les effets suivants :

- ✦ en 2020, nous avons effectué environ 15 % d'auditions en moins par rapport à 2019 ;
- ✦ le nombre d'actions de contrôle clôturées n'a cessé d'augmenter. Nous nous y attendions, étant donné que seules 5 % de ces actions de contrôle ont été lancées en 2020. La plupart des actions de contrôle clôturées en 2020 avaient débuté au cours des années précédentes. Il nous sera dès lors possible d'observer l'impact de la pandémie sur le nombre d'actions de contrôle clôturées plutôt dans les années à venir.

IV. PERSONNEL ET FORMATION

Le SECM comptait 239 membres du personnel au 31.12.2020. Le tableau 1 présente une ventilation des membres du personnel suivant le profil, la résidence et le rôle linguistique.

Tableau 1. Nombre de membres du personnel SECM au 31.12.2020

		Services centraux		Bureaux régionaux		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant / médecin-directeur général		1				1
Médecin-inspecteur général – A4			2			2
Directeurs (Information, Juridique, régions) – A3		1	1	3	2	7
Médecins-coordonateurs – A3		6	2			8
Inspecteurs sociaux :	médecins (A2-A3-A4)	5	2	28	18	53
	pharmaciens			4	3	7
	dentistes			1	3	4
	praticiens de l'art infirmier			15	23	38
	attachés scientifiques			1		1
Auditeurs		7	7			14
Juristes (A1-A2-A3)		3	5			8
ICT, développement, gestion des connaissances (A1, A2, A3)		1	1			2
Collaboration internationale		1	1			2
Analystes de données (A1)		3	3			6
Au niveau administratif :	attachés/conseillers (A1-A2)	2	2	2	2	8
	experts (B)	4	4	5	5	18
	assistants (C)	5	7	20	18	50
	collaborateurs (D)	3	2	4	1	10
TOTAL		42	39	83	75	239

Le personnel d'inspection, les auditeurs et les juristes ont une mission opérationnelle. Les évolutions numériques et technologiques ont un impact sur la demande de soutien administratif. Nous faisons de plus en plus appel au personnel de support administratif pour les tâches opérationnelles. La part du personnel d'inspection et des auditeurs dans l'effectif total augmente légèrement.

Membres du personnel SECM 2020

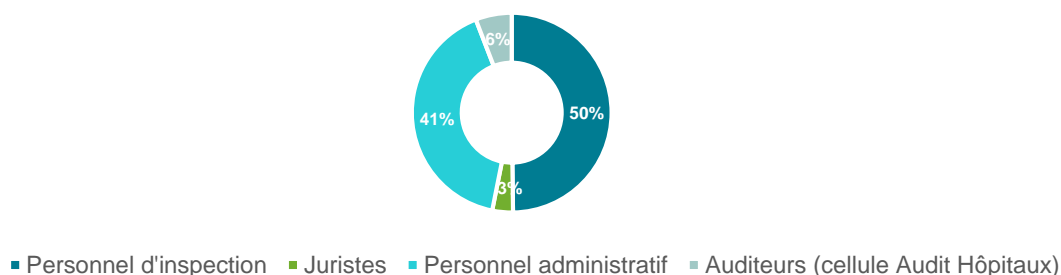


Illustration 3. Répartition des membres du personnel SECM en 2020

Pour garantir la continuité du fonctionnement de notre service, nous avons recruté 24 nouveaux collaborateurs en 2020. La majorité d'entre eux ont été embauchés comme médecin-inspecteur ou infirmier-contrôleur, ou encore comme collaborateur de la cellule Data. L'illustration 4 montre l'évolution du nombre de membres du personnel. Après des années de diminution, notre effectif est reparti à la hausse depuis 2019.

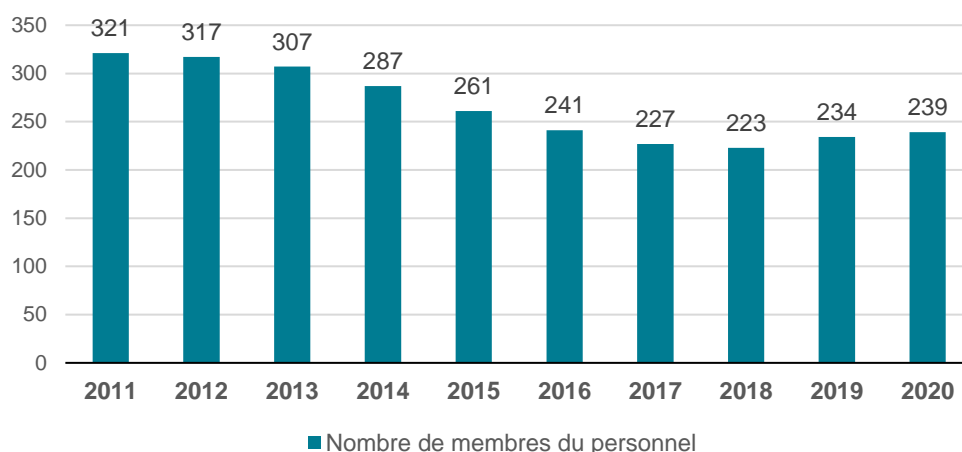


Illustration 4. Évolution du nombre de membres du personnel SECM

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

Outre le trajet de formation pour les nouveaux arrivants, nous avons également lancé en 2020 un programme de formation continue et un trajet de formation pour le personnel administratif.

Les formations continues ont été organisées à la demande du personnel pendant la réunion virtuelle du personnel le 10.09.2020. Depuis lors, l'ensemble du personnel du SECM peut participer régulièrement à des formations sur toutes sortes de sujets liés à la mission de notre service. Les sessions sont données par des formateurs à la fois internes et externes.

Pendant le deuxième semestre de 2020, les sujets suivants ont déjà été abordés :

- ✦ double subventionnement des handicapés français dans les institutions belges ;
- ✦ remplacement de la valve aortique par voie percutanée (TAVI) : évaluation de la mortalité et de la morbidité postopératoires ;
- ✦ article 77sexies de la loi SSI dans la pratique.

Les formations continues ont été un succès. Nous les poursuivons en 2021 à intervalles réguliers.

Partie 2 – Origine de nos activités

En 2020, nous avons reçu 1.187 signalements externes. Les signalements sont des questions, plaintes, missions obligatoires venant de l'extérieur.

Les collaborateurs du SECM ont en outre formulé eux-mêmes 57 propositions d'actions basées sur leurs propres analyses de risques.

L'illustration 5 indique l'évolution du nombre de propositions externes et internes entre 2015 et 2020. Les chiffres absolus diffèrent légèrement par rapport aux chiffres des rapports annuels précédents, étant donné que nous avons appliqué un filtre supplémentaire aux données. L'évolution reste néanmoins la même.

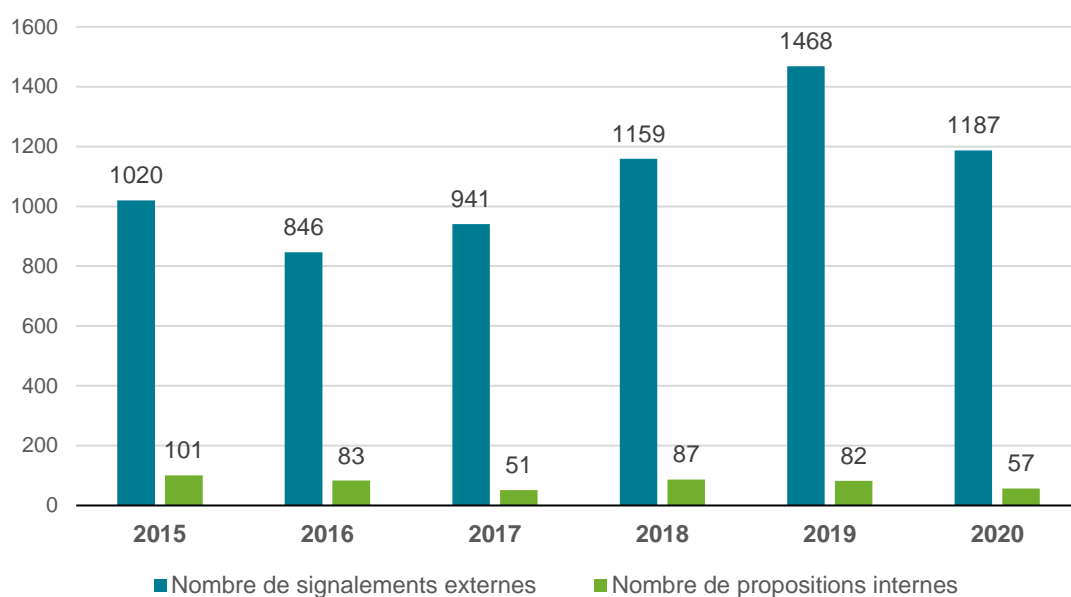


Illustration 5. Evolution du nombre de signalements externes et de propositions internes 2015-2020

Après plusieurs années d'augmentation du nombre de signalements externes, nous constatons une diminution en 2020.

La pandémie de COVID-19 a sans aucun doute interrompu le rythme de facturation des dispensateurs de soins et des établissements de santé. La cause de la légère diminution des signalements ne pourra être déterminée que dans les prochaines années.

I. SIGNALEMENTS EXTERNES

Les signalements externes sont d'abord analysés par le Filtre, une cellule de collaborateurs qui examinent tous les signalements en vue d'une réaction correcte ou d'une orientation rapide vers la personne ou le service le plus approprié, au sein de l'INAMI ou non.

Les signalements externes reçus par le SECM en 2020 concernaient les dispensateurs de soins individuels et les personnes assurées, ainsi que les institutions de soins et les O.A.

Pour ces 1.187 signalements, le Filtre a :

- ✦ traité 845 signalements de façon administrative. Cela signifie que les collaborateurs du Filtre ont pu formuler directement une réponse correcte ou transmettre le signalement à l'instance compétente, après accusé de réception ;
- ✦ transmis 40 signalements directement à un collaborateur du SECM. Il s'agissait le plus souvent d'une mission de contrôle, parfois d'une mission d'évaluation ou d'information ;
- ✦ ajouté 46 signalements à des dossiers en cours. Ces signalements concernaient des faits pour lesquels nous avons déjà entamé une action de contrôle ;
- ✦ transmis 281 avis au BOD, pour 256 signalements, afin que l'organe de décision dispose de l'information nécessaire pour prendre une décision quant au suivi. Sur la base de ces avis, le BOD a pris les décisions suivantes :
 - ✧ traitement administratif (85),
 - ✧ attribution d'une nouvelle mission (contrôle, évaluation ou information) (96),
 - ✧ attribution du signalement à une mission en cours (25),
 - ✧ classement sans suite (50).

II. ANALYSES INTERNES

Les propositions internes du personnel du SECM peuvent également déboucher sur diverses actions du SECM, souvent avec un impact plus important que les signalements : actions de contrôle individuelles ou nationales, études d'évaluation, actions de sensibilisation, etc. Pour parvenir à une proposition interne, une analyse ou une étude de risque préalable peut également être requise.

1. Études d'évaluation

Nous présentons ci-dessous les résumés de toutes les études d'évaluation présentées au comité du SECM en 2020 :

- ✦ Prestations ambulatoires en cardiologie – étude de bureau
- ✦ Analyse des codes de dépassement comme indication pour des actions du SECM auprès des kinésithérapeutes – étude de bureau
- ✦ Soins dispensés et programmés dans les hôpitaux pendant la pandémie de COVID-19 – étude sur le terrain
- ✦ Examens immunohistochimiques – étude de bureau
- ✦ Omalizumab (Xolair®) : vérification du dossier médical par rapport aux conditions de remboursement en cas d'asthme – étude sur le terrain
- ✦ Évaluation de 5 points en biologie clinique – étude de bureau
- ✦ Microscopie électronique – étude de bureau
- ✦ Remplacement de la valve aortique par voie percutanée (TAVI) : évaluation de la mortalité et de la morbidité postopératoires – étude de bureau
- ✦ Application des indicateurs « profil global patient » – étude sur le terrain
- ✦ Evaluation des profils de patients en soins dentaires – étude sur le terrain de 12 indicateurs

a) Prestations ambulatoires en cardiologie

Méthode

Nous avons mené une étude de bureau sur les prestations attestées par les cardiologues en pratique ambulatoire.

Nous avons étudié les données de facturation relatives aux prestations attestées par les cardiologues disposant d'un agrément -730, -734 et -739 pendant l'année civile 2016, ainsi que les données de l'échantillon permanent⁴ pour la période 2013-2017. Cet échantillon comporte toutes les prestations attestées pour 1/40 des assurés en Belgique.

⁴ Échantillon permanent(e) steekproef (EPS).

Nous avons aussi étudié la littérature scientifique sur les indications pour des prestations cardiologiques ambulatoires.

Résultats

L'analyse des données de facturation et de l'échantillon permanent a donné des résultats similaires. Outre les consultations, les prestations les plus attestées étaient :

- ✦ l'électrocardiogramme,
- ✦ l'échocardiographie par voie transthoracique,
- ✦ l'épreuve d'effort,
- ✦ le monitoring à l'aide d'un holter,
- ✦ les tests de la fonction pulmonaire.

Il faut aussi remarquer que ces dispensateurs de soins cumulaient très souvent une échocardiographie transthoracique et une épreuve d'effort. L'étude des données de facturation nous a appris que cette pratique est largement répandue. Toutefois, il arrive aussi souvent que ces dispensateurs de soins n'attestent pas ces numéros de nomenclature ensemble. La plupart du temps, en cas de cumul, le dispensateur atteste une consultation et/ou un électrocardiogramme. Le recours à l'électrocardiogramme a récemment été limité par une modification de la nomenclature. Pour la moitié des assurés pour lesquels un cumul de l'échocardiographie transthoracique avec une épreuve d'effort a été constaté, c'était le seul événement cardiologique⁵ (ambulatoire) de l'année. Pour 68 % des assurés, on a dénombré un seul événement avec cumul en 5 ans.

Il ressort de l'étude de la littérature scientifique que les indications de l'échocardiographie transthoracique et de l'épreuve d'effort sont très vastes et diversifiées. La pertinence du cumul des deux techniques a été peu étudiée.

Actions et propositions

Nous avons donc décidé de ne pas approfondir davantage ce thème.

b) Analyse des codes de dépassement comme indication pour des actions du SECM auprès des kinésithérapeutes

Origine et objectif

La nomenclature de la kinésithérapie est divisée selon différents types de pathologie (pathologies courantes, pathologies F aiguës et chroniques, et pathologies lourdes). Le nombre de traitements est limité par type de pathologie.

Afin de pouvoir continuer à garantir des soins abordables, les kinésithérapeutes peuvent facturer des codes de dépassement s'ils ne sont pas en mesure de terminer leur traitement dans le nombre prédéterminé de séances de traitement. L'assuré aura donc toujours droit à un remboursement, mais réduit. Par ailleurs, les kinésithérapeutes peuvent également faire appel au régime du tiers payant afin que les assurés ne doivent payer que le ticket modérateur par prestation.

Nous nous sommes demandé si l'utilisation fréquente des codes de dépassement, combinée à une utilisation accrue du régime du tiers payant et à la demande limitée de ticket modérateur à l'assuré, pouvait constituer une indication pour l'exécution d'actions spécifiques du SECM chez les kinésithérapeutes. Avec cette étude de bureau exploratoire, nous avons voulu vérifier si l'évaluation de ces indicateurs a une plus-value par rapport à l'évaluation annuelle du nombre de valeurs M chez les kinésithérapeutes.

Méthode

Nous avons commencé l'étude de bureau par une analyse globale de l'attestation de codes de dépassement (tableau 2) par les kinésithérapeutes en Belgique entre le 01.01.2017 et le 31.12.2017. Pour ce faire, nous avons utilisé des données de facturation anonymes (documents P).

⁵ Événement : « date » combinée à « assuré ».

Tableau 2. Codes de dépassement analysés par pathologie

Type de pathologie	Codes de nomenclature
Pathologie courante	560055, 560151, 560453, 560254, 564410, 560350
Pathologie F	563054, 564270, 564373, 563356, 564130, 563651, 563150, 564292, 564314, 563754, 564351, 563850, 564056, 563452, 564675, 564675, 564594, 564653, 564336, 563953

Ensuite, nous avons sélectionné les outliers qui ont facturé le montant le plus élevé de codes de dépassement en 2017 au niveau des pathologies courantes et des pathologies F pour une analyse détaillée du nombre de prestations facturées via le régime du tiers payant et sans réception du ticket modérateur par kinésithérapeute. En outre, nous avons demandé les prescriptions originales des 5 assurés ayant le plus grand nombre de codes de dépassement chez 4 kinésithérapeutes afin d'en contrôler la conformité.

Résultats

Analyse globale des codes de dépassement

79 % des kinésithérapeutes belges ont attesté des codes de dépassement en 2017. 77,37 % des kinésithérapeutes ayant utilisé des codes de dépassement en 2017 ont attesté un code de nomenclature 560055. Les kinésithérapeutes attestent ce code de dépassement à partir de la 19^e prestation pour les pathologies courantes qu'ils réalisent au cabinet, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

Il y a une grande différence entre le montant annuel facturé par le plus grand utilisateur et le kinésithérapeute à la 10^e place (73.993,49 EUR contre 26.073,84 EUR). Le montant moyen global de codes de dépassement par kinésithérapeute s'élève à 1.054,10 EUR.

Analyse des plus grands utilisateurs

Analyse individuelle par kinésithérapeute

Nous avons retenu 12 kinésithérapeutes (outliers) pour une analyse plus détaillée, car il y avait une première différence notable entre la facturation des kinésithérapeutes aux positions 12 et 13. L'un des cas sélectionnés était déjà décédé. Nous avons exclu ce kinésithérapeute de l'analyse.

La moitié des plus grands utilisateurs ont utilisé le régime du tiers payant pour plus de 90 % de leurs prestations en 2017. Un seul des 12 kinésithérapeutes s'est conformé à l'obligation de demander le ticket modérateur pour au moins 85 % de ces prestations.

La majorité de ces kinésithérapeutes figuraient également sur la liste des kinésithérapeutes qui dépassent le nombre maximum de valeurs M par an. À première vue, l'analyse des codes de dépassement ne semble pas offrir de plus-value.

Analyse des prescriptions

Les prescriptions ne contiennent pas d'indications de fraude. Tous les renseignements obligatoires y figuraient. La signature du médecin y était toujours apposée et correspondait à la signature originale.

Actions et propositions

Dans le cadre du scope de l'étude, nous ne prenons aucune autre mesure.

Nous avons sélectionné 3 kinésithérapeutes pour un contrôle individuel en dehors du champ d'application de l'attestation de codes de dépassement.

c) Soins dispensés et programmés dans les hôpitaux pendant la pandémie de COVID-19

Origine et objectif

Lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, le comité *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC) a promulgué des directives. Ces directives ont obligé les hôpitaux de revalidation, généraux et universitaires ainsi que les cliniques privées à annuler ou reporter l'ensemble des consultations, examens et interventions non essentiels. Les directives sont entrées en vigueur le 14.03.2020.

Notre monitoring avait pour objectif d'examiner comment les hôpitaux ont adapté leur offre de soins pendant la période du 30.03.2020 au 03.05.2020, de manière à préserver la capacité de traitement pour la pandémie de COVID-19.

Méthode

Le 21.04.2020, nous avons contacté tous les hôpitaux belges en adressant un courriel au médecin-chef. Nous leur avons demandé de nous communiquer les données relatives aux soins dispensés entre le 30.03.2020 et le 19.04.2020 et aux soins programmés du 20.04.2020 au 03.05.2020. En outre, nous avons demandé les données relatives aux soins dispensés entre le 20.04.2020 et le 03.05.2020. Les hôpitaux ont pu définir eux-mêmes le format de transmission des données, dans le respect de la protection des données à caractère personnel.

Nous avons limité le monitoring aux quelques activités que les hôpitaux planifient normalement à l'avance : activités en hôpital de jour, examens IRM, interventions endoscopiques gastroentérologiques, interventions endoscopiques urologiques et activités au sein du bloc opératoire.

Nous avons comparé les hôpitaux entre eux pour chaque activité hospitalière. Quand c'était possible, nous avons aussi comparé les données de 2020 avec celles de la période similaire en 2019.

Résultats

Tous les hôpitaux (100) ont envoyé leurs données. Un hôpital a transmis uniquement les données concernant la période du 30.03.2020 au 19.04.2020. Le format était très variable : Excel, Word, PDF, captures d'écran, etc.

Les hôpitaux ont poursuivi de très nombreuses activités en **hôpital de jour non chirurgical** comme la chimiothérapie, la dialyse, le traitement de la douleur, l'immunothérapie, le changement des cathéters et des sondes, les coronarographies, etc.

Dans les **hôpitaux de jour chirurgicaux**, nous avons observé une diminution spectaculaire : il y avait peu d'activités, voire aucune pendant la période du 30.03.2020 au 19.04.2020. Les activités ont augmenté à partir du 20.04.2020.

En moyenne, le nombre d'**IRM réalisées** pendant les vacances de Pâques 2020 a diminué de 77 % par rapport à 2019. Pour les IRM du crâne, cette diminution se chiffrait en moyenne à 66 % et pour les IRM des membres à 88 %. Nous avons relevé des différences considérables entre les hôpitaux : pendant les vacances de Pâques, la baisse du nombre d'IRM variait entre 24 % à 99 %, et le nombre d'examen de 3 à 304 par appareil.

Nous avons observé une légère augmentation du nombre total d'examen par jour. Après le 19.04.2020, certains hôpitaux ont atteint/dépassé le nombre d'examen réalisés pendant la même période en 2019.

Concernant les **gastrosopies et coloscopies**, nous avons constaté pendant les vacances de Pâques une diminution moyenne de 85 % en 2020 par rapport à la même période en 2019. Nous avons observé des différences considérables entre les hôpitaux : la baisse du nombre de gastrosopies et coloscopies effectuées variait entre 52 % et 99 %.

Le nombre d'**interventions urologiques** a fortement diminué : en ce qui concerne le nombre de prostatectomies radicales totales, nous avons constaté une diminution limitée de l'ordre de 20 %. Le nombre de résections transurétrales de la prostate a diminué en moyenne de 90 %. Au cours de la même période en 2020, les hôpitaux ont effectué, en moyenne, la moitié du nombre d'urétéroscopies.

Au **bloc opératoire** de l'ensemble des hôpitaux, nous avons principalement observé trois grandes catégories d'activités : gynécologie, chirurgie générale et orthopédie. Nous avons constaté de fortes différences en termes d'activités en ophtalmologie, urologie, neurochirurgie et orthopédie non liées à un traumatisme, ainsi qu'en chirurgie vasculaire. De nombreuses interventions chirurgicales essentielles (urgences et soins oncologiques) se sont poursuivies. De plus, certains hôpitaux ont continué à dispenser (de manière limitée) des soins non urgents ou moins urgents.

Les hôpitaux ont géré de différentes manières la **planification des interventions** : certains ont immédiatement annulé toutes les interventions prévues, d'autres ont maintenu leur planification étendue avec une évaluation hebdomadaire, voire quotidienne par un groupe limité de médecins.

Actions et propositions

Les résultats ont été communiqués à la Cellule départementale de crise, au *Risk Management Group* et au comité HTSC. Ils ont également servi de base pour compléter le questionnaire de l'OMS. Celui-ci a été transmis à tous les pays dans le but d'évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la dispensation des soins médicaux.

Une meilleure description du concept de « soins essentiels » semble nécessaire pour éviter que les hôpitaux ne l'interprètent différemment, comme c'est le cas aujourd'hui.

L'imposition d'une méthode uniforme de transmission des données permettrait d'accéder plus rapidement aux données essentielles afin d'adapter en temps voulu les directives, sans donner aux hôpitaux une charge de travail déjà trop lourde.

d) Examens immunohistochimiques

Origine et objectif

Dans le cadre du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020, nous avons évalué 4 examens histologiques de l'anatomopathologie, dont les 2 examens immunohistochimiques (IHC) : le test IHC diagnostique et le test IHC pharmaco-prédictif. Ces examens identifient des protéines (antigènes ou biomarqueurs) dans les tissus et sont utilisés pour diagnostiquer les tumeurs, évaluer le pronostic et déterminer le traitement des tumeurs dans le cadre d'une thérapie ciblée contre le cancer.

Les dépenses pour les 2 tests IHC réalisés en 2016 se sont élevées à 27,77 millions d'EUR. Suite à l'augmentation supérieure à la moyenne du nombre d'examen sur une base annuelle, nous avons voulu vérifier si ces examens sont correctement facturés et sont prescrits de manière efficace.

Méthode

Nous avons étudié notamment la variation au niveau de la consommation de tests IHC en Belgique par les facturations auprès des O.A. Les tests IHC effectués en 2016 et facturés avant le 31.12.2017 ont servi de point de départ à cette étude de bureau :

- ✦ **test IHC diagnostique : 588070-588081** : examens immunohistologiques (maximum 4 par prélèvement) pour révéler des antigènes sur des coupes, après incubation d'anticorps, par anti-sérum. B 608 honoraires de 26,02 EUR
- ✦ **test IHC pharmaco-prédictif : 588976-588980** : examens immunohistologiques pour la mise en évidence d'antigènes pharmaco-diagnostiques au niveau des coupes, après incubation avec antisérums, par antisérum utilisé, dans le cadre de la prescription d'une médication spécifique à la tumeur pour des patients oncologiques. B 1824 honoraires de 78,06 EUR

Il existe 5 antigènes pour lesquels les laboratoires peuvent facturer des tests IHC pharmaco-prédictifs. Ils ne peuvent facturer cette prestation qu'une fois par an pour chaque antisérum testé. Pour un même antisérum, les examens diagnostiques et pharmaco-prédictifs ne peuvent être cumulés. Les instructions de facturation ne prévoient pas de champ ni de pseudocode de la nomenclature pour l'antisérum utilisé.

Nous avons limité l'étude aux prescripteurs exerçant en milieu hospitalier et aux tests IHC que nous pouvons lier à des interventions datées du même jour.

Résultats

L'analyse a révélé quelques problèmes importants qui doivent être appréhendés en priorité. Les instructions de facturation inefficaces empêchent une bonne compréhension de l'utilisation actuelle de ces tests et un contrôle effectif. Par exemple, dans environ 20 % des tests IHC diagnostiques et pharmaco-prédictifs, l'intervention à l'origine de ces tests était inconnue. En effet, le test IHC n'a pas toujours été daté le jour du prélèvement de l'échantillon, et l'intervention initiale n'a pas été mentionnée lors de la facturation. Le fait de ne pas mentionner dans la facturation le sérum utilisé ne permet pas non plus de contrôler le nombre annuel ni l'interdiction de cumuler. Compte tenu de ces limitations, l'étude de bureau n'a fourni aucune indication, sauf pour un seul laboratoire, pour des facturations non réglementaires par les laboratoires d'anatomopathologie.

On remarque des différences aussi bien entre les hôpitaux généraux qu'entre les hôpitaux universitaires dans la prescription de tests IHC, tant au niveau de l'intervention à l'origine des tests qu'au niveau du nombre de tests effectués par prélèvement. Ces variations s'observent aussi dans des interventions spécifiques comme les gastroscopies, les biopsies de la prostate ou les biopsies assistées par aspiration de la glande mammaire. Les variations de pratique significatives, sans explication plausible, suscitent des interrogations sur l'utilisation efficace de ces tests.

En raison des limites liées à une étude de bureau, nous resterons prudents dans nos conclusions.

Actions et propositions

- ✦ Nous avons proposé de considérer les instructions de facturation suivantes :
 - ✧ créer un champ pour la prestation concernée de l'article 32 de la NPS,
 - ✧ prendre la date de prélèvement d'échantillon comme date de prestation du test IHC.
- ✦ Nous avons initié une action de contrôle individuelle dans un laboratoire.
- ✦ L'analyse a été présentée au groupe de travail concerné du Conseil technique médical (CTM).
- ✦ Nous avons soumis une proposition d'étude sur les tests IHC au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) qui l'a acceptée.

e) Omalizumab (Xolair®) : vérification du dossier médical par rapport aux conditions de remboursement en cas d'asthme – étude sur le terrain

Origine et objectif

Xolair est un médicament du chapitre IV, remboursé comme traitement adjuvant de l'asthme allergique (extrinsèque) persistant sévère non contrôlé qui n'est pas suffisamment sous contrôle malgré l'inhalation journalière d'une dose élevée de corticostéroïdes et d'un bêta 2-agoniste de longue durée d'action (LABA). Le pneumologue doit introduire une demande de remboursement auprès du médecin-conseil. C'est une procédure complexe impliquant de nombreuses obligations administratives (diverses annexes).

À la suite de la forte augmentation des dépenses pour le Xolair (de 3 millions d'EUR en 2007 à 22 millions d'EUR en 2016), une étude sur le coût et l'efficacité du Xolair en cas d'asthme avait déjà été effectuée en dehors de notre service pour la Commission de remboursement des médicaments. Au moyen d'une analyse des données de facturation, 3 des 7 conditions de remboursement entre autres ont été examinées. Moins de 3 patients sur 10 remplissaient les conditions de remboursement lors de la première utilisation.

En complément à cette étude, nous avons effectué une étude sur le terrain relative au Xolair afin d'examiner les résultats de l'étude pour la Commission de remboursement des médicaments à la lumière des données dans le dossier médical. Nous avons voulu vérifier pour une sélection de dossiers médicaux de patients asthmatiques si ces derniers répondaient aux conditions de remboursement.

Méthode

Nous avons demandé aux O.A. des données de facturation concernant la facturation du Xolair pendant la période allant de 2014 à 2018 inclus. Parmi les 30 pneumologues qui le prescrivait le plus, nous avons sélectionné 20 pneumologues et 5 assurés par pneumologue. Nous avons demandé aux O.A. la première demande de remboursement du Xolair (annexe A) et les demandes de prolongation du remboursement (annexe C) afin de vérifier si les annexes demandées étaient présentes et si elles étaient complétées correctement et entièrement.

Nous avons consulté le dossier médical des assurés sélectionnés chez le pneumologue afin de vérifier la présence de l'annexe B (le formulaire avec la description clinique lors de la première demande de remboursement, conservé dans le dossier médical) et l'annexe D⁶ (le formulaire comprenant une description de l'état clinique amélioré lors de la demande de prolongation, conservé dans le dossier médical). Nous avons vérifié si les données contenues dans les annexes étaient complètes. Pour la première demande de remboursement du Xolair, nous avons analysé dans quelle mesure les dossiers médicaux sélectionnés répondaient aux conditions de remboursement cumulatives. Pour la prolongation du remboursement du Xolair, nous avons vérifié pour la demande la plus récente la condition relative à l'efficacité du traitement.

Résultats

Nous n'avons reçu des O.A. ni la plupart des annexes A (82 %) ni 13 % des annexes C. Nous n'avons pas reçu de données de la part de 2 O.A. Sur le terrain, les pratiques étaient très diverses en ce qui concerne la présence des annexes B et D dans le dossier médical. Bien que les O.A. ne soient pas tenus de conserver les annexes pendant plus de 3 ans, cela a compliqué la mise en œuvre pratique de l'étude sur le terrain.

Les pneumologues n'ont pas suffisamment et/ou correctement complété les différentes annexes. Cela vaut tant pour les éléments administratifs que pour les éléments médicaux. Dans certains cas, les données médicales du dossier ne correspondaient pas à celles mentionnées dans l'annexe B.

Les conditions de remboursement ne sont pas suffisamment respectées. Lors de la première demande de remboursement du Xolair, une minorité d'assurés (29,03 %) répondaient aux conditions examinées (6 des 7 conditions de remboursement, vérifiées chez 93 assurés).

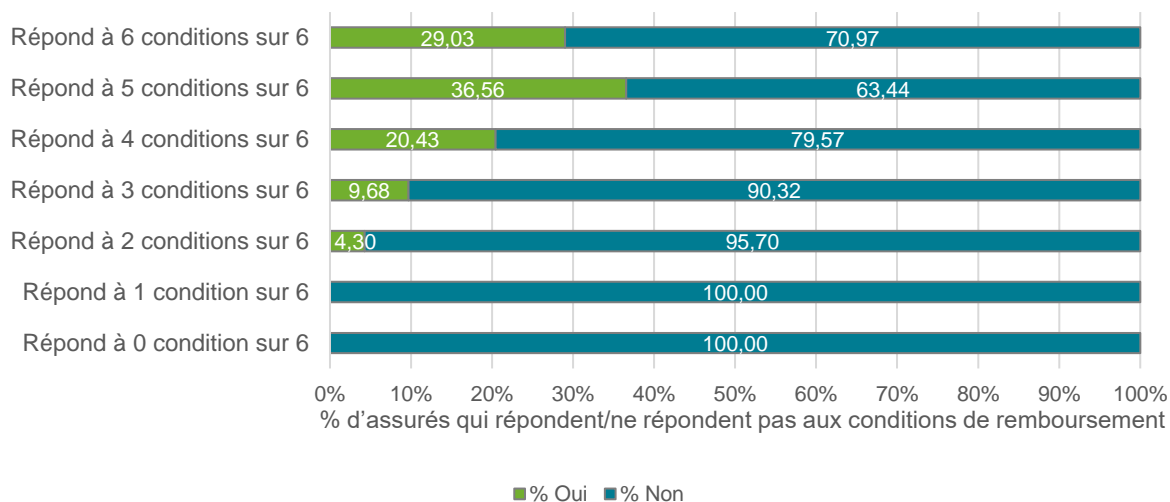


Illustration 6. Pourcentage d'assurés qui répondaient ou non aux conditions de remboursement examinées (6 des 7 conditions de remboursement, vérifiées chez 93 assurés).

⁶ L'annexe D a été supprimée à partir du 01.04.2020. La description de l'amélioration de l'état clinique amélioré est désormais mentionnée dans l'annexe C.

En ce qui concerne la demande de prolongation du remboursement, pour 35 % des assurés examinés (34 assurés sur 97), il n'a pas été possible de conclure à l'efficacité du traitement par Xolair sur la base de l'annexe D.

Actions et propositions

Nous avons communiqué les résultats de notre étude sur le terrain au Comité du SECM et à la Commission de remboursement des médicaments.

Nous avons prévu d'envoyer une lettre de sensibilisation à tous les pneumologues belges, pour leur présenter les résultats de cette étude sur le terrain, ainsi que pour leur demander d'appliquer strictement les conditions de remboursement du Xolair et de réserver ce traitement au bon groupe cible.

Nous voulions demander aux médecins-conseils des O.A. de contrôler plus strictement les demandes de remboursement du Xolair, qu'il s'agisse de nouvelles demandes ou de prolongations. À cet effet, l'annexe B et, si nécessaire, des preuves supplémentaires provenant du dossier médical d'environ 200 assurés peuvent être réclamées (nombre d'assurés par O.A. par rapport au nombre d'affiliés).

Étant donné la pandémie de COVID-19, nous avons reporté les deux actions aussi longtemps que nécessaire afin de limiter la charge sur les pneumologues.

f) Évaluation de 5 points en biologie clinique

Origine et objectif

Nous avons évalué 5 tests dans le secteur de la biologie clinique :

- ✦ carboxyhémoglobine et méthémoglobine,
- ✦ dépistage toxicologique dans le sang,
- ✦ IgE spécifiques,
- ✦ chaînes légères,
- ✦ troponines.

Certains tests sont surtout utilisés pour des patients en ambulatoire, d'autres plutôt pour des patients hospitalisés.

Cette étude de bureau visait à évaluer si les médecins prescrivent judicieusement ces tests et si les laboratoires les tarifient conformément à la réglementation en vigueur.

Méthode

Nous avons analysé les données de facturation pour la période 2016-2018 provenant des O.A. Nous avons vérifié si les médecins utilisaient ces tests suivant les principes d'EBM et suivant les indications stipulées dans les règles de diagnose de la nomenclature. Nous avons également contrôlé s'ils respectaient les règles de tarification. Dans certains cas, nous avons contacté le laboratoire ou le prescripteur pour obtenir des informations complémentaires.

Résultats

Nous avons constaté que certains dispensateurs ou établissements de soins n'utilisaient pas ces tests de façon adéquate et les utilisaient dans des situations où ils n'ont pas de valeur ajoutée. C'était le cas entre autres pour la carboxyhémoglobine et la méthémoglobine. 12 hôpitaux réalisaient ces tests dans le service soins intensifs tous les jours (parfois plusieurs fois par jour), tandis que la plupart des hôpitaux ne les effectuent jamais ou très rarement. Le graphique ci-dessous l'illustre pour la carboxyhémoglobine.

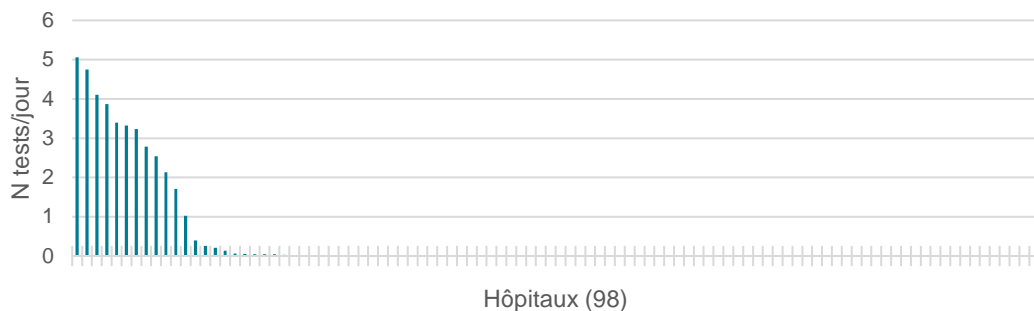


Illustration 7. Par hôpital, nombre moyen de tests carboxyhémoglobine par jour au service soins intensifs (2018 – semestre 1)

Nous avons également constaté des inefficacités pour les tests ‘chaînes légères’ et ‘troponines’. Ce sont des examens spécialisés (hématologie, médecine d’urgence, cardiologie) qui ont une place limitée dans la médecine générale. Toutefois, un certain nombre de médecins généralistes semblaient prescrire régulièrement ou de façon routinière. De même pour le dépistage toxicologique sanguin ; c’est une prestation qui doit être utilisée de façon ponctuelle. Un hôpital utilisait ces tests de façon routinière au service des urgences.

Pour des IgE spécifiques, il existe une règle de tarification : par prise de sang, seules 6 prestations sont remboursées. 5 laboratoires semblaient ne pas respecter cette règle.

Actions et propositions

12 hôpitaux et 5 laboratoires ont été contactés et exhortés à modifier leur comportement. Pour un hôpital et deux médecins, nous avons entamé une action de contrôle à cause d’un impact financier considérable ou d’une surconsommation généralisée. Pour un des points, nous avons formulé une proposition d’amélioration de la nomenclature des prestations de soins.

Suite

Le remboursement des prestations en laboratoire dans la biologie clinique n’est organisé que pour 25 % par prestation (en majeure partie, avec un système forfaitaire), et il y a un code nomenclature pour chaque test (grande diversité de tests). L’évaluation de l’ensemble du secteur par la méthode appliquée demanderait donc beaucoup de travail. C’est pourquoi, en 2021, nous réaliserons un nouveau projet qui permettra d’identifier globalement (tous tests confondus) les plus grands prescripteurs. Nous utiliserons des méthodes statistiques.

g) Microscopie électronique

Origine et objectif

Nous terminons le contrôle du secteur de l’anatomopathologie par une évaluation de la microscopie électronique (ME), qui consiste à étudier si les attestations de ME sont conformes à la réglementation et si elles sont effectuées efficacement. La ME permet de voir à peu près tous les détails et toutes les anomalies des cellules que d’autres tests de laboratoire ne permettent pas de détecter. Toutefois, ce test prend du temps et est compliqué, car les échantillons de tissu doivent d’abord subir un traitement spécial.

Méthode

Nous avons analysé les ME effectuées en 2016 et attestées avant le 31.12.2017 en Belgique, et nous avons étudié les ME que nous pouvions lier à des interventions datées du même jour. Nous avons procédé de la sorte, car la prestation qui donne lieu à la ME n’est pas précisée dans la facturation.

588114 588125 examen anatomopathologique avec microscope électronique, quelle(s) que soi(en)t la ou les technique(s) utilisée(s), quel que soit le nombre de prélèvements B 7499 honoraires : 320,93 EUR

La NPS n’est pas claire quant à la possibilité de cumuler la ME avec les examens IHC.

Résultats

Cette évaluation montre une nouvelle fois qu'il faut dater l'examen le jour du prélèvement et qu'il faut prévoir un champ obligatoire pour l'intervention initiale lors de la facturation. En effet, il s'est avéré dans la moitié des cas que l'intervention initiale était inconnue. Sans intervention initiale, il est impossible de procéder au contrôle de l'attestation, ainsi que de bien comprendre l'indication pour la ME.

La rareté de cet examen saute aux yeux. En 2016, 1.993 ME ont été effectuées, pour un coût de 627.914 EUR. Seuls 10 laboratoires sur 85, principalement des laboratoires d'hôpitaux universitaires, ont effectué des ME. Le nombre d'examens réalisés à l'aide d'un microscope électronique variait de 18 à 790 prestations par laboratoire. Seuls 11 médecins sur les 19.773 médecins spécialistes actifs⁷ ont demandé cet examen plus de 15 fois, et 3 médecins étaient à l'origine de 25 % de toutes les prescriptions dans le cadre du diagnostic du syndrome d'Ehlers-Danlos. À l'échelle internationale, il y a un consensus pour dire que la peau des patients atteints du syndrome d'Ehlers-Danlos ne présente pas d'anomalies pathognomiques. En chiffres absolus, les médecins spécialistes ont prescrit cet examen principalement dans le cadre de ponctions rénales et de biopsies cutanées. En ce qui concerne l'intervention initiale, de grandes disparités sont observées en termes de comportement prescripteur pour une même intervention.

Comme cet examen est rare et que le comportement varie fortement d'un prescripteur à l'autre, on peut se demander si la ME doit encore faire partie de la nomenclature. Soulignons également la nécessité de modifier la nomenclature pour préciser avec quels autres examens histologiques il est possible d'attester une ME cumulée.

Actions et propositions

- ✦ Nous avons écrit aux 3 médecins qui ont prescrit une ME dans le cadre du syndrome d'Ehlers-Danlos pour les informer que leur comportement prescripteur doit être conforme aux connaissances scientifiques actuelles.
- ✦ Nous avons présenté l'analyse au groupe de travail concerné du CTM.
- ✦ Nous avons soumis une proposition d'étude sur la ME au KCE qui l'a acceptée.

h) Remplacement de la valve aortique par voie percutanée (TAVI) : évaluation de la mortalité et de la morbidité postopératoires

Origine et objectif

Suite à un dépassement du budget prévu, le Service des soins de santé (SdSS) nous a demandé une analyse du respect des indications (conditions de remboursement) pour l'attestation de valves aortiques implantables par voie percutanée ou valves TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation).

Nous avons tout d'abord décidé d'effectuer une analyse de la mortalité et de la morbidité⁸ postopératoires (valeur approchée), ainsi qu'une analyse générale des dispositifs TAVI délivrés. Une morbidité et/ou une mortalité élevée peut être un indice d'un traitement effectué en dehors des indications.

Depuis le 01.08.2016, la nomenclature prévoit deux numéros pour la valve TAVI⁹ : un remboursement intégral si certaines conditions sont remplies (« TAVI grand forfait ») et un remboursement limité si les conditions ne sont pas remplies ou si le quota de l'hôpital est atteint (« TAVI petit forfait »)¹⁰. Pour obtenir un remboursement intégral, le patient doit répondre à certaines conditions, par exemple une espérance de vie raisonnable. L'hôpital/réseau hospitalier et le dispositif TAVI lui-même doivent également répondre à certaines conditions, par exemple à un nombre minimum d'opérations valvulaires à cœur ouvert par an. Le nombre de dispositifs « TAVI grand forfait » est limité au niveau national à

⁷ Source : SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. PlanCad Médecins 2004-2016 : synthèse juin 2019.

⁸ Mesure dans laquelle on est malade ou vulnérable aux maladies.

⁹ Arrêté ministériel du 20.07.2016 (en vigueur à partir du 01.08.2016).

¹⁰ Un remboursement limité du matériel d'implantation, tant pour le « TAVI grand forfait » que pour le « TAVI petit forfait », est en outre prévu (en proportion du prix de la valve).

500 par an. Le SdSS calcule annuellement un quota de « TAVI grand forfait » pour chaque hôpital/réseau hospitalier.

Méthode

Nous avons réalisé une étude de bureau (analyse des données). Nous avons analysé la durée de séjour postopératoire et les prestations postérieures à la procédure TAVI (mesure de la morbidité), ainsi que la mortalité par hôpital/réseau hospitalier. Les analyses ont été effectuées à partir des documents SHA¹¹ (données comptabilisées du 01.07.2016 au 30.06.2018) et de NewAttest pour l'analyse de la mortalité (données avec date de réception comprise entre le 01.07.2016 et le 24.01.2020 ; ces données concernent les décès jusqu'au 31.12.2018).

Résultats

77 % des hôpitaux/réseaux hospitaliers ont utilisé plus de 90 % du quota « TAVI grand forfait » qui leur a été octroyé par le SdSS. Certains hôpitaux/réseaux hospitaliers ont aussi attesté de nombreux « TAVI petit forfait » en proportion du quota de « TAVI grand forfait » qui leur a été octroyé. L'analyse du nombre de dispositifs TAVI délivrés par mois au cours d'une année civile a montré que ce n'est qu'après avoir utilisé entièrement le quota « TAVI grand forfait » qu'il a été procédé à l'attestation du « TAVI petit forfait ». Nous nous attendions à ce que les cas qui ne remplissent pas les conditions de remboursement soient davantage échelonnés sur l'année. Ceci nous amène à la question suivante : pourquoi le quota « TAVI grand forfait » est-il presque systématiquement épuisé ? Est-il trop bas ? Est-ce que l'attestation du « TAVI grand forfait » ou du « TAVI petit forfait » s'appuie bien sur des critères médicaux objectifs comme repris dans les conditions de remboursement ?

L'âge des assurés qui se sont vu implanter un TAVI variait entre les hôpitaux/réseaux hospitaliers. Il existait aussi des différences considérables au niveau de la durée de séjour postopératoire (de 0 à 220 jours ; médiane de 6 jours) et de la mortalité entre les hôpitaux/réseaux hospitaliers. La question qui se pose est de savoir s'il y a une différence de qualité entre les hôpitaux/réseaux hospitaliers. Les indications sont-elles toujours respectées lorsqu'il est décidé d'implanter une valve TAVI ?

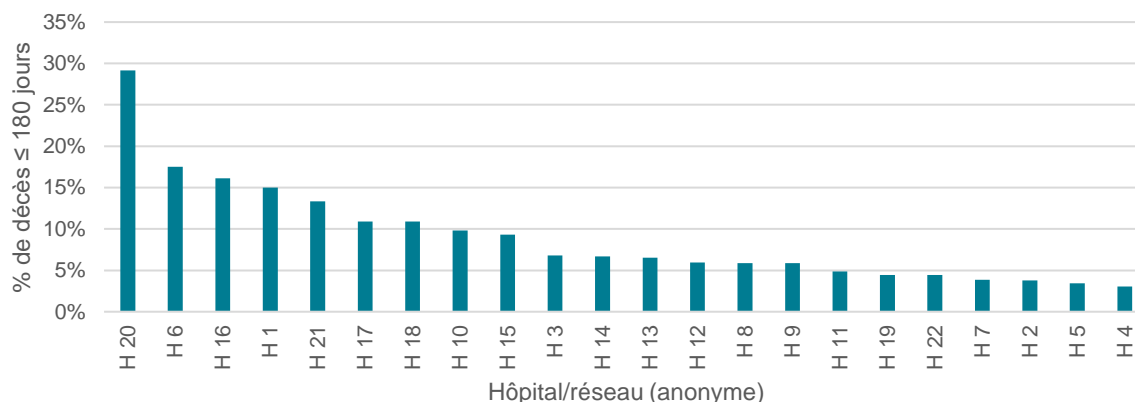


Illustration 8. Mortalité postopératoire à moyen terme (dans les 180 jours) chez les assurés avec procédure TAVI dans les hôpitaux/réseaux hospitaliers avec au moins 20 dispositifs TAVI (1.324 dispositifs TAVI, délivrés entre le 01.08.2016 et le 04.07.2018)

Actions et propositions

Nous avons communiqué les résultats au SdSS ainsi qu'à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs invasifs. Nous avons insisté sur le fait qu'il importe d'éviter un épuisement systématique du quota « TAVI grands forfaits », lors de la révision du quota. La décision d'implanter un dispositif « TAVI grand forfait » doit reposer sur les indications et non sur d'autres critères (financiers par exemple).

¹¹ Séjours hospitaliers anonymes.

i) Application des indicateurs « profil global patient »

Origine et objectif

Lors d'une étude de bureau de 2016, le SECM avait conclu qu'une surconsommation apparente en soins de santé dans le chef du patient peut être liée à différentes situations (médecin surconsommateur, collusion entre le médecin et le patient, shopping médical, toxicomanie, etc.) Pour pouvoir conclure à une anomalie dans le profil du patient, le nombre de contacts-médecins est un indicateur important, mais doit être associé à d'autres, par exemple la consommation pharmaceutique, le nombre de médecins et/ou dispensateurs paramédicaux consultés, le nombre de dispensateurs différents, etc.

Il était essentiel de compléter cette première étude par une étude sur le terrain qui permette de mieux circonscrire les différents indicateurs et leurs combinaisons. À terme, les O.A. pourraient utiliser les indicateurs jugés pertinents dans le cadre de leur contrôle primaire.

Face à la charge de travail que représentait pour les O.A. l'analyse initialement prévue par le SECM, nous avons procédé à une phase de test afin de juger de la faisabilité du projet.

Méthode

Nous avons sélectionné 2 patients par O.A. dans l'échantillon de l'étude de bureau de 2016 (15.000 patients) et avons envoyé un courrier reprenant les prestations médicales des patients aux O.A. le 03.06.2019. Les O.A. étaient chargés de vérifier l'exactitude des données et si les dépenses de ces patients étaient justifiées ou non.

Résultats

Les réponses des O.A. à notre courrier étaient variées et plus ou moins complètes : certaines réponses étaient chiffrées, d'autres quantitatives (peu/beaucoup) ou se contentaient d'un oui/non. Cela s'expliquait probablement en partie par un manque de consignes de notre part.

Les O.A. n'ont pas relevé d'erreurs dans l'encodage des données. Les indicateurs utilisés, associés aux éléments à la connaissance des O.A., semblaient permettre de repérer des toxicomanies, du shopping médical et des suivis peu adéquats par certains dispensateurs.

Actions et propositions

Dans l'étude de bureau de 2016, 3 indicateurs avaient été sélectionnés : absence de pathologie connue, beaucoup de contacts-dispensateurs, minimum 3 médecins consultés.

Au terme de la phase de test de l'étude sur le terrain, nous avons estimé que les 3 indicateurs semblent pertinents et pourraient être appliqués sur les bases de données des O.A. pour permettre un contrôle primaire. De plus, nous avons jugé ce type de méthodologie intéressant et différent du schéma habituel d'analyse des profils-dispensateurs.

Néanmoins, outre la charge importante de travail que représente cette analyse, le suivi par les O.A. paraît compliqué. En effet, y-a-t-il une démarche possible vers les assurés ? Il n'existe pas d'action possible des O.A. vers les dispensateurs. Une des possibilités est de transférer l'information au SECM.

En raison du champ d'action limité des O.A., l'analyse a été arrêtée en phase de test, et ces indicateurs ne seront pas utilisés par les O.A. dans le cadre de leur contrôle primaire.

Une méthodologie semblable a cependant été appliquée pour les patients suivis par le praticien de l'art dentaire¹².

j) Evaluation des profils de patients en soins dentaires

Origine et objectif

Dans le cadre du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017, nous avons élaboré une méthodologie pour identifier les profils des patients hors des normes de consommation de soins en dentisterie.

¹² Voir ci-dessous.

Méthode

Nous avons défini 12 indicateurs sur la base du contenu de la nomenclature et de l'expérience des inspecteurs. Nous avons choisi les indicateurs de manière à ce qu'ils évaluent non seulement le comportement du dispensateur de soins, mais aussi celui de l'assuré. Les deux peuvent avoir un impact sur la facturation des prestations.

Nous avons fixé des valeurs-seuils pour chacun de ces indicateurs. Ces valeurs-seuils étaient bien supérieures aux valeurs correspondant à celles d'un outlier extrême.

Les 12 indicateurs étaient les suivants :

Indicateur 1 : Le nombre de dentistes différents qu'un assuré a consulté pendant un an.

Indicateur 2 : Le nombre de dents différentes par assuré qui, indépendamment du dentiste, ont été traitées de manière conservatrice en un an.

Les codes de nomenclature suivants sont ressortis pour cet indicateur :

- ✦ 304371, 304382, 304393, 304404, 304415, 304426, 304430, 304441, 304452, 304463
- ✦ 374371, 374382, 374393, 374404, 374415, 374426, 374430, 374441, 374452, 374463, 374474, 374485
- ✦ 373811, 373822, 373833, 373844, 373855, 373866, 373892, 373903, 373914, 373925, 373936, 373940, 373951, 373962, 373973, 373984

Indicateur 3 : Le nombre de contacts par assuré en un an, indépendamment du dentiste.

Indicateur 4 : Le nombre de prestations (numéros de nomenclature) facturées en une journée par assuré.

Indicateur 5 : Le montant facturé par assuré et par jour.

Indicateur 6 : Le montant facturé par assuré en un an, indépendamment du dentiste.

Indicateur 7 : La détermination du nombre de valeurs P par assuré en un an.

Indicateur 8 : Le nombre de codes de nomenclature se rapportant à un traitement du canal radiculaire par assuré en un an.

Les codes de nomenclature suivants sont ressortis pour cet indicateur :

- ✦ 304312, 304323, 304533, 304544, 304555, 304566, 304570, 304581
- ✦ 374312, 374323, 374533, 374544, 374555, 374566, 374570, 374581

Indicateur 9 : Le nombre de prestations RX par assuré en un an.

Les codes de nomenclature suivants sont ressortis pour cet indicateur :

- ✦ 307016, 307020, 307031, 307042, 307053, 307064, 307090, 307101, 307230, 307241, 307252, 307263, 307274, 307285
- ✦ 377016, 377020, 377031, 377042, 377053, 377064, 377090, 377101, 377230, 377241, 377274, 377285

Indicateur 10 : Le nombre de dents ayant subi plus de 2 traitements conservateurs en un an.

Les mêmes codes que ceux pour l'indicateur 2 sont ressortis.

Indicateur 11 : Le nombre de codes de nomenclature identiques « soins dentaires conservateurs » par assuré pendant un contact.

Les mêmes codes que ceux pour l'indicateur 10 sont ressortis.

Indicateur 12 : Le nombre de codes de nomenclature identiques « traitement du canal radiculaire » par assuré pendant un contact.

Les mêmes codes que ceux pour l'indicateur 8 sont ressortis.

Nous avons utilisé les données de facturation des dentistes en 2016 pour obtenir un échantillon de 98 assurés avec un profil déviant pour les prestations dentaires. Pour chaque indicateur, nous avons sélectionné les 10 assurés ayant les valeurs les plus élevées pour l'étude sur le terrain des O.A.

Les O.A. ont ensuite analysé les données d'attestation, qui reflétaient les attestations des prestations dentaires par assuré en 2016, d'un point de vue administratif et médico-dentaire.

Résultats

L'étude sur le terrain montre un pourcentage élevé d'erreurs d'encodage par les O.A. (4,3 %) et souligne la valeur ajoutée de l'analyse des prestations attestées par un dentiste (et non par un médecin). Grâce à ses connaissances approfondies de la nomenclature et de la pratique dentaire, il est la personne la plus apte à détecter des combinaisons impossibles de prestations ou des prestations non conformes.

Actions et propositions

L'efficacité des 12 indicateurs pour détecter les profils déviants est évidente. Cette méthode a été présentée au Collège intermutualiste national de l'Agence intermutualiste afin d'être intégrée au contrôle primaire par les O.A. à l'avenir. Les indicateurs pourraient être appliqués périodiquement pour détecter les assurés avec un profil déviant de façon systématique.

L'étude sur le terrain a montré que l'encodage des données de facturation au niveau des O.A. contient un pourcentage élevé d'erreurs. Celui-ci devrait diminuer afin de permettre un contrôle efficace et fiable par notre service.

2. Analyses de la cellule Data

Les inspecteurs sociaux travaillent en étroite collaboration avec la cellule Data, qui analyse les données de facturation afin d'obtenir une image plus précise du comportement des dispensateurs de soins en matière de facturation et de prescription. Il arrive souvent que la cellule Data détecte et cartographie des anomalies lors de ces analyses. Elle le fait aussi bien dans le cadre des actions de contrôle que des missions d'évaluation.

Dans le cadre des actions de contrôle, elle cherche à identifier les prestations facturées indûment au moyen de diverses méthodes (y compris l'échantillonnage et l'extrapolation). C'est sur cette base que les inspecteurs sociaux peuvent porter à charge ces facturations. En 2020, la cellule Data a analysé entre autres les valeurs P des dentistes, les valeurs M des kinésithérapeutes et la facturation électronique par les médecins généralistes (eFact).

La cellule Data a également coopéré en 2020 à la réalisation de nombreuses études d'évaluation, telles que l'étude de bureau sur l'anatomopathologie, l'évaluation de l'impact du dossier patient informatisé partagé sur la répétition des examens techniques, et le contrôle primaire des O.A.

Elle a aussi commencé à développer des indicateurs (spécifiques ou non à un domaine) pour faciliter la détection de la fraude, du gaspillage et de la surconsommation.

La cellule Data a joué un rôle actif dans le test et la validation de NewAttest. Il s'agit d'un nouveau processus de travail qui permet à notre service de demander des données de facturation des O.A. à l'Agence intermutualiste. Auparavant, les O.A. plaçaient ces données sur des CD-roms qu'ils envoyaient à notre service par courrier. Désormais, l'Agence intermutualiste fournit ces données par voie électronique via NewAttest.

Enfin, la cellule Data partage ses connaissances avec nos inspecteurs sociaux lors de sessions de formation sur les nombreuses sources de données dont dispose le SECM, ainsi que sur les méthodes d'échantillonnage et d'extrapolation.

Pour relever ces défis croissants, la cellule a été renforcée pour devenir une équipe multidisciplinaire de 6 analystes de données et d'un coordinateur. Des recrutements supplémentaires sont prévus en 2021.

Partie 3 – Actions

I. SENSIBILISER ET INFORMER

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

1. Actions de sensibilisation par courrier

En 2020, le SECM a mené 9 actions de sensibilisation par courrier auprès de différents dispensateurs de soins repris dans le tableau 3.

Tableau 3. Répartition des actions de sensibilisation par courrier en 2020 par dispensateur de soins

Dispensateurs de soins	Courriers de sensibilisation	Période d'envoi
Infirmiers à domicile	Double subventionnement des handicapés français dans les institutions belges	Janvier
	Hauts profils – valeurs W	Mars
	Facturation tardive	Décembre
Médecins généralistes	Hauts profils pour les prestations facturées en tiers payant électronique	Janvier / aout
	Ménissectomie arthroscopique en cas de lésions dégénératives du genou	Juillet
Orthopédistes	Ménissectomie arthroscopique en cas de lésions dégénératives du genou	Juillet
	Cumul de la greffe tendineuse avec d'autres prestations	Aout
Laboratoires	Facturation de détermination d'IgE spécifique par antigène	Aout
	Communication des résultats des tests PCR via Healthdata à Sciensano ¹³	Aout / septembre
Hôpitaux Dermatologues	Pansements dermatologiques compliqués pour lésions étendues	Octobre

Il n'a pas été possible de mesurer l'impact des courriers de sensibilisation envoyés pendant le deuxième semestre 2020, car les données de facturation n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du présent rapport. Concernant les courriers envoyés pendant le premier semestre 2020, les bouleversements des pratiques liés à la pandémie de COVID-19 ont rendu difficile l'interprétation des données, en particulier dans les hôpitaux limités aux soins essentiels ou pour les médecins généralistes pour lesquels des numéros de nomenclature spécifiques pour la téléconsultation ont été créés.

Vous trouverez ci-dessous plus d'informations sur les actions de sensibilisation susmentionnées.

¹³ Le résumé de cette action de sensibilisation se trouve pp. 67-69.

a) Prise en charge des soins infirmiers des handicapés français dans les institutions belges – double subventionnement

Lors d'actions de contrôle de ces dernières années, nous avons constaté que 2 subventionnements couvraient les soins infirmiers dans les institutions d'accueil de patients français :

- ✦ d'une part, une allocation de la Caisse primaire d'assurance maladie française couvrant les frais médicaux et paramédicaux liés à l'état du patient ;
- ✦ d'autre part, une facturation des soins de santé dispensés par les infirmiers via l'INAMI.

Action de sensibilisation

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation aux dispensateurs de soins infirmiers qui portaient en compte des prestations à l'INAMI pour ces patients français. Ce courrier rappelait la réglementation et les invitait à s'y conformer. Le subventionnement de la France pour ses ressortissants couvre les soins délivrés dans les institutions d'accueil et ne peut être cumulé avec le remboursement de prestations par les O.A. belges.

Un courrier à destination des O.A. demandait de ne plus accorder de remboursement des prestations de l'article 8 de la NPS à ces patients français.

Les premiers envois ont eu lieu fin novembre 2019, les seconds, reprenant de nouveaux patients concernés par le double subventionnement, en janvier 2020.

Mesure d'impact

En analysant les données de facturation, provenant de la lecture de la carte d'identité, avant et après l'envoi des courriers (aux dispensateurs de soins infirmiers et aux O.A.) en novembre 2019, nous avons constaté entre octobre 2019 et janvier 2020 une diminution du nombre de prestations pour ces patients (un peu plus de 83.000 prestations) et une diminution des remboursements d'un peu moins de 640.000 EUR.

Après l'envoi des courriers (aux dispensateurs de soins infirmiers et aux O.A.) en janvier 2020, concernant d'autres patients¹⁴, nous avons constaté une nouvelle diminution des prestations et des remboursements en mars 2020.

Tableau 4. Relevé des prestations infirmières entre octobre 2019 et mars 2020 (source : flux EID)

	10.2019	11.2019	12.2019	01.2020	02.2020	03.2020
Nombre de prestations	84.548	59.480	5.371	909	6.188	1.914
Montant (EUR)	646.558	458.173	55.604	6.815	45.959	14.674

Suivi

Suite à une réunion avec les représentants du Conseil national des soins à l'étranger et de la Caisse primaire d'assurance maladie française, un groupe de travail a été créé pour décider des mesures nécessaires afin de consolider cette action.

b) Hauts profils en médecine générale pour les prestations facturées en tiers payant électronique

Lors d'une analyse de l'évolution annuelle des montants facturés par les médecins généralistes, nous avons observé une forte croissance entre 2017 et 2018 : 9,9 %, soit 75,3 millions d'EUR. Or, la croissance annuelle moyenne entre 2008 et 2017 ne s'est élevée qu'à 3,3 %, soit 30 millions d'EUR. Nous avons attribué cette croissance disproportionnée à l'utilisation du circuit électronique (eFact) qui accélère le flux de facturation, permet d'optimiser celle-ci, mais facilite aussi la facturation non réglementaire de certains actes dans le dossier-patient.

En parallèle de l'ouverture d'actions de contrôle individuelles et d'une approche des O.A., nous avons réalisé deux actions de sensibilisation en 2020.

¹⁴ Le relevé de février 2020 comprend en plus les prestations et les remboursements des nouveaux patients du second envoi, ce qui explique la hausse de février 2020 dans le tableau.

Action de sensibilisation de janvier 2020

Un premier courrier a été envoyé à 38 médecins généralistes. Ceux-ci avaient facturé les montants les plus importants en tiers-payant principalement via eFact et avaient également augmenté le nombre moyen de prestations par patient, entre 2017 et 2018. Nous leur avons communiqué nos analyses concernant leurs prestations. Nous leur avons aussi demandé de vérifier s'ils avaient correctement facturé les prestations en 2018 et 2019, en particulier si les codes de nomenclature 101032-101076 correspondaient effectivement à une consultation du patient au cabinet, et non à une action limitée au dossier médical. Si les facturations étaient incorrectes, ils étaient invités à les régulariser dans les deux mois auprès des O.A.

Action de sensibilisation d'août 2020

Le deuxième courrier a été envoyé à 146 médecins généralistes, faisant partie des 150 médecins responsables à eux seuls en 2019 de 10 % des dépenses relatives à 8 codes de nomenclature correspondant à un contact avec le patient¹⁵. Nous avons informé ces dispensateurs de nos analyses relatives à leurs prestations par rapport aux moyennes nationales et leur avons demandé comment ils justifiaient cette augmentation de leur facturation depuis l'utilisation d'eFact. Nous les avons également invités à vérifier la conformité de leur facturation en 2019.

Réponses des médecins généralistes

Les réponses reçues aux deux courriers ont été très variées. Peu de dispensateurs ont reconnu avoir facturé des prestations de façon non réglementaire. Plusieurs ont signalé qu'ils facturaient à présent des prestations réalisées gracieusement par le passé (par exemple, une facturation par membre de la famille ayant consulté lors de la même visite, au lieu d'une seule), grâce à la facilité d'eFact. D'autres dispensateurs ont affirmé avoir repris la patientèle d'un confrère ou qu'un stagiaire avait également facturé avec leur numéro de tiers-payant.

c) Hauts profils infirmiers à domicile – valeurs W

Suivi des profils élevés et des actions précédentes de sensibilisation par courrier

Les infirmiers et les aides-soignants à domicile qui facturent plus de 180.000 EUR par an à l'assurance SSI en tant que travailleur indépendant à titre principal ou travailleur avec un statut mixte, ou qui facturent plus de 100.000 EUR par an en tant que salarié, sont considérés comme des profils « élevés » et font l'objet d'un suivi approfondi. Lors des actions individuelles précédentes sur des profils élevés, nous avons souvent constaté des prestations pour des montants élevés qui n'avaient pas été effectuées ou qui avaient été facturées de manière non conforme à la réglementation. Nous soulignons également que les infirmiers et aides-soignants à domicile qui dépassent ce seuil chaque année ne sont qu'une petite fraction de l'ensemble de la profession¹⁶.

En 2018-2019, nous avons réalisé 3 actions de sensibilisation par courrier à destination de ce groupe de dispensateurs de soins aux profils élevés. Par le biais de ces courriers, qui visaient à informer ces derniers sur la réglementation, à les sensibiliser et à leur rappeler leurs responsabilités, nous avons tenté de modifier leur comportement de facturation et leur avons également soumis un questionnaire dans le but de réaliser une première analyse de leur pratique. Nous avons ensuite traité leurs réponses à ces questionnaires en 2020. Les résultats de ces analyses ont donné lieu à ce qui suit :

- ✦ le lancement de plusieurs actions de contrôle individuelles ;
- ✦ la demande du Collège national des médecins-conseils de faire appel aux O.A. si nécessaire ;
- ✦ l'envoi de demandes de mise en règle à 257 dispensateurs de soins pour qu'ils facturent correctement leurs prestations à l'avenir. Ils avaient dépassé le seuil de justification au moins une fois au cours des 3 dernières années.

Suivi de la lecture de l'eID

La décision de suspendre temporairement la lecture de l'eID pendant la pandémie de COVID-19 a limité nos possibilités de demander une adaptation de la lecture de l'eID aux dispensateurs de soins.

¹⁵ 101032, 101076, 103132, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252.

¹⁶ Voir p. 52.

Suivi des valeurs W maximales

L'approche structurelle de la lutte contre la fraude par le biais du seuil de justification a été intégrée dans la législation à la fin de l'année 2019. Le seuil a été fixé à 22.000 valeurs W pour les prestations par année calendrier pour les salariés et à 40.000 valeurs W pour les prestations pour les indépendants et les dispensateurs de soins ayant un statut mixte de travailleur salarié et indépendant.

Nous avons pris des mesures supplémentaires en 2020 pour préparer l'application de ce seuil. Nous avons proposé d'adapter certains champs de facturation afin que, pour chaque profil, nous n'obtenions que les prestations effectivement facturées au nom du dispensateur de soins concerné. Les O.A. et les représentants professionnels délégués au sein de la Commission des soins infirmiers à domicile ont approuvé ces adaptations. Les adaptations seront implémentées dans le logiciel disponible (imposé en 2021 par la Commission informatique).

Impact des actions précédentes de sensibilisation par courrier

Nous serons en mesure de calculer l'impact financier commun aux 3 actions de sensibilisation par courrier une fois que l'ensemble des données de facturation pour l'année 2020 seront disponibles.

234 infirmiers et aides-soignants à domicile avaient un profil élevé en 2017. Nous avons envoyé le premier courrier (automne 2018) à 53 dispensateurs de soins. 59 % des dispensateurs de soins à qui le courrier a été adressé et dont le chiffre d'affaires total était supérieur à 180.000 EUR en 2017 avaient encore un profil élevé en 2019.

Nous nous montrons positifs mais prudents quant à l'impact de notre première action de sensibilisation et gardons à l'esprit que quelques facteurs perturbateurs entrent également en jeu :

- ✦ nous n'avons pas été en mesure de comparer l'impact de cette action avec l'évolution du comportement de facturation d'un groupe de profils élevés n'ayant pas reçu la lettre ;
- ✦ au cours de cette action de sensibilisation, nous avons démarré un certain nombre de contrôles individuels auprès de plusieurs infirmiers et aides-soignants à domicile. Une partie de l'impact peut donc également être due à ces facteurs.

d) Ménisectomie arthroscopique en cas de lésions dégénératives du genou

En 2019, le SECM avait mené une étude nationale sur le traitement des lésions méniscales dégénératives et la ménisectomie arthroscopique chez les personnes âgées de plus de 50 ans. Nous avons fait part des conclusions de nos recherches à tous les orthopédistes, notamment le fait qu'une approche conservatrice (perte de poids, kinésithérapie, infiltrations, médicaments, etc.) est à privilégier selon les directives cliniques EBM récentes¹⁷.

En juillet 2020, à la suite d'un article de presse faisant état de 6.000 opérations du genou planifiées, nous avons adressé un rappel de cette recommandation à tous les orthopédistes. Nous les avons invités à conserver dans le dossier médical tous les éléments pouvant mettre en évidence le respect des directives EBM. Par ailleurs, nous les avons informés de notre projet d'analyser la pratique des orthopédistes qui effectuent plus de 20 % des ménisectomies chez des patients de plus de 50 ans.

En parallèle de cette action de sensibilisation, nous avons fait part des conclusions de notre étude nationale à tous les médecins généralistes et les avons informés des directives EBM. Nous leur avons demandé d'y être attentif à l'avenir.

e) Cumul de la greffe tendineuse avec d'autres prestations orthopédiques

À la demande du groupe de travail Chirurgie du CTM, nous avons réalisé en 2019 une étude sur le cumul des codes de nomenclature 280696-280700 (greffe tendineuse) avec d'autres prestations orthopédiques. La conclusion était qu'un nombre restreint d'orthopédistes cumulaient la facturation de la greffe tendineuse avec d'autres prestations de façon non réglementaire.

¹⁷ Voir le Rapport annuel 2019 du SECM.

En 2020, nous avons engagé plusieurs actions à la suite de cette étude, notamment

- ✦ l'envoi d'un PVC et d'une IRV aux outliers concernant ce cumul (les orthopédistes ont tous remboursé les sommes portées à grief),
- ✦ l'envoi d'un courrier de sensibilisation à 23 autres orthopédistes dont la facturation cumulée de la greffe tendineuse et d'autres prestations orthopédiques dépassait les 1.000 EUR en 2017, 2018 et 2019. Nous leur avons rappelé la réglementation relative à la facturation des codes 280696-280700 et leur avons demandé de ne plus cumuler ces codes aux prestations non autorisées par la réglementation à l'avenir.

L'étude a aussi mené à plusieurs discussions dans le groupe de travail Chirurgie. Celui-ci a formulé une réponse aux présidents de la *Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie* et de la *Belgian Knee Society* concernant la bonne utilisation du code pour la greffe tendineuse, qui devrait renforcer l'action de sensibilisation.

f) Facturation de détermination d'IgE spécifique par antigène

Dans le cadre de l'étude nationale sur la facturation de détermination d'IgE spécifique dans le sang¹⁸, nous avons notamment analysé la facturation de la prestation 556275-556286 (détermination d'IgE spécifique par antigène) du 01.11.2017 au 30.09.2018. La NPS prévoit que cette prestation ne peut être facturée à l'assurance soins de santé que 6 fois par prise de sang. Si plus de 6 tests sont effectués sur un même échantillon de sang, les tests supplémentaires ne peuvent pas être facturés à l'assurance soins de santé.

Nous avons sélectionné 5 laboratoires cliniques qui avaient facturé plus de 6 tests par échantillon de sang pendant la période susmentionnée et leur avons envoyé un rappel de la réglementation. Nous les avons également informés que la facturation de ces prestations serait encore suivie à l'avenir.

g) Pansements dermatologiques compliqués pour lésions étendues

Les codes de nomenclature 145272 et 145305 (pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues) donnent lieu à un remboursement de l'assurance soins de santé assez faible (respectivement 2,59 EUR et 10,35 EUR), mais représentent ensemble chaque année un budget de plus d'un million d'EUR. Cela s'explique par le fait qu'ils sont facturés par un grand nombre de dispensateurs de soins : chirurgiens, gériatres, neurologues, oncologues, urgentistes et dermatologues, entre autres.

En outre, le texte de la nomenclature peut prêter à confusion et est difficile. Certains dispensateurs ne tiennent apparemment pas compte des règles interprétatives relatives à ces codes et les facturent souvent à tort. C'est pourquoi nous avons mené une action de sensibilisation et rappelé la réglementation, ainsi que les règles interprétatives, de façon préventive à certains dispensateurs. Nous leur avons aussi recommandé de conserver dans le dossier médical tous les éléments justifiant l'utilisation de ces codes.

Action de sensibilisation des dermatologues

Nous avons sélectionné les 28 dermatologues qui avaient le plus facturé le code 145272 entre 2016 et 2019, ainsi que les 5 dermatologues qui avaient brusquement fortement augmenté leur facturation de ce code en 2019.

5 dermatologues ont réagi au courrier et nous ont contacté : selon eux, leur facturation est conforme. Ils nous ont aussi demandé des précisions sur certains types de pansement.

Action de sensibilisation des autres dispensateurs de soins

Afin de sensibiliser le plus grand nombre de dispensateurs possibles avec un nombre limité de courriers, nous nous sommes également adressés aux médecins-chefs de tous les hôpitaux. Nous les avons invités à informer les dispensateurs de leurs établissements concernant la bonne facturation des codes 145272 et 145305.

¹⁸ Voir résumé pp. 19-20.

h) Facturation tardive en soins infirmiers à domicile

Dans le cadre du contrat d'administration, des actions de sensibilisation des dispensateurs facturants systématiquement tardivement sont prévues. La réglementation prévoit en effet que les prestations doivent être facturées dans le mois suivant celui au cours duquel les prestations ont été effectuées. La première action a été dirigée vers les infirmiers à domicile.

Action de sensibilisation des infirmiers à domicile

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation aux 119 infirmiers à domicile ayant facturé plus de 100 prestations plus d'un an après la date de prestation, pendant le 3^e trimestre 2019. Nous avons attiré leur attention sur les avantages d'une facturation effectuée à temps :

- ✦ elle limite les risques d'oubli et d'erreur ;
- ✦ elle permet d'éviter des rejets par les O.A. (pour cause d'erreur ou de retard) ;
- ✦ elle diminue la probabilité d'un contrôle du SECM et d'amendes du Service du Contrôle administratif de l'INAMI.

Nous avons également demandé aux infirmiers à domicile de nous communiquer les raisons pour lesquelles ils avaient facturé tardivement plus de 100 prestations et les avons informés que nous continuerons à suivre la facturation de leurs prestations à l'avenir.

Réponses des infirmiers à domicile

Au moment de la rédaction du présent rapport, nous avons reçu 92 réponses. Elles sont variées :

- ✦ méconnaissance ou ignorance de la réglementation par les infirmiers à domicile et/ou les services de facturation ;
- ✦ régularisation d'erreurs a posteriori ;
- ✦ réintroduction des données après un refus des O.A. ;
- ✦ raisons personnelles ;
- ✦ travail salarié pendant une certaine période ayant entraîné un retard dans le travail indépendant.

Certains infirmiers n'avaient pas connaissance de prestations facturées en retard et ont demandé à recevoir les données du SECM les concernant.

2. Conférences

Le SECM donne également des conférences sur l'assurance soins de santé, le fonctionnement général du service et sur des sujets d'actualité spécifiques. Nos groupes cibles sont surtout des institutions d'enseignement et des organismes professionnels agréés, les GLEM, etc. En raison de la pandémie de COVID-19, une seule conférence a été donnée en 2020.

a) Le dentiste et le SECM de l'INAMI

À la demande de la Chambre syndicale dentaire, nous avons donné une conférence pour plus de 200 dentistes francophones en septembre 2020. L'objectif était de présenter le SECM et sa mission, ainsi que de sensibiliser les dispensateurs de soins au respect de la loi SSI : la nomenclature et les valeurs P, en particulier. Nous avons également expliqué le déroulement d'une action de contrôle, les sanctions et les procédures en cas d'infraction à la loi SSI, et dispensé des conseils pratiques.

Les réactions ont été très enthousiastes et positives. Certains dentistes ne connaissaient pas le SECM. Nous avons répondu à plusieurs questions au sujet des règles de tarification, des remboursements des prestations et de valeurs P, entre autres.

II. CONTROLER ET RECUPERER

Dans ce rapport annuel, nous présentons les chiffres de nos activités de contrôle en 2020 sur la base des données disponibles au 31.01.2020. Par conséquent, si nous présentons des évolutions et/ou des comparaisons par rapport aux chiffres d'années précédentes, il se peut que celles-ci diffèrent légèrement des chiffres des rapports annuels précédents. Les chiffres peuvent évoluer, car de nouveaux faits se sont entretemps produits, tels que des remboursements volontaires supplémentaires.

1. Actions de contrôle nationales

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

Vous trouverez ci-dessous les résumés des 3 actions de contrôle nationales menées en 2020.

a) Dépassement des limites des valeurs P en dentisterie

Origine et objectif

L'arrêté royal du 02.06.2015 (en vigueur à partir du 01.07.2015) stipule qu'il est attribué à chaque prestation de l'article 5 de la nomenclature un coefficient de pondération P ou valeur P.

Le coefficient de pondération P représente la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert la qualification d'un praticien de l'art dentaire. Il a été attribué en fonction du temps et de la charge de travail requis pour dispenser des prestations dentaires de bonne qualité. La valeur P ne reflète pas l'intervention d'un tiers non-praticien de l'art dentaire, ni le coût du matériel utilisé, ni l'amortissement des moyens utilisés.

L'arrêté royal fixe également une limite au nombre total de valeurs P qui peuvent être attestées par mois, par trimestre et par année civile. Ces valeurs-limites sont les suivantes :

- ✦ 5.000 valeurs P par mois ;
- ✦ 13.000 valeurs P par trimestre ;
- ✦ 46.000 valeurs P par année civile.

Le système des valeurs P a été introduit en concertation avec le groupe professionnel après que la Commission nationale dento-mutualiste et le SECM ont constaté plusieurs années d'affilée que certains dentistes attestaient à l'assurance soins de santé une quantité irréaliste de prestations.

Le but de cette action de contrôle nationale était de vérifier quels dentistes avaient dépassé les limites des valeurs P en 2016.

Méthode

Nous avons demandé toutes les prestations dentaires attestées par les dentistes et stomatologues belges, dont la date de réception de la facturation auprès des O.A. était comprise entre le 01.01.2014 et le 30.06.2017 inclus. Pour les prestations dentaires dispensées en 2016, nous avons calculé les valeurs P à l'aide d'un tableau de référence.

Nous avons ouvert un dossier de contrôle individuel pour les dentistes qui avaient dépassé les limites légalement autorisées des valeurs P par mois, par trimestre et/ou par année civile.

Ensuite, pour chaque dentiste, une base de données distincte a été créée, et nous avons calculé par mois, par trimestre et par année civile :

- ✦ le nombre total de valeurs P ;
- ✦ le montant (EUR) correspondant à ce nombre total de valeurs P ;
- ✦ le montant moyen (EUR) d'une valeur P ;

- ✦ le nombre de valeurs P par rapport au plafond légalement autorisé pour le mois, le trimestre et l'année civile ;
- ✦ le montant (EUR) correspondant à ce total de valeurs P par rapport au plafond légalement autorisé pour le mois, le trimestre et l'année civile.

Le délai sur lequel nous sommes finalement appuyés pour le grief dépendait du dépassement par mois, par trimestre ou par année civile. Nous avons pris en considération le montant le plus élevé pour le grief.

Nous avons fixé le cut-off à 10.000 EUR :

- ✦ montant du dépassement > 10.000 EUR : PVC et IRV ;
- ✦ montant du dépassement < 10.000 EUR : lettre d'avertissement et pas de récupération.

Avant d'envoyer le PVC, nous avons contacté les dentistes par téléphone pour leur expliquer le projet des valeurs P en 2016, ainsi que leur PVC et l'IRV.

Si le dentiste souhaitait faire une déclaration, nous l'avons invité à une audition conformément à la loi Salduz. Les remarques/déclarations écrites (reçues par courriel ou par la poste) ont été jointes aux dossiers.

Résultats

Nombre de dentistes ayant dépassé le plafond des valeurs P

39 dentistes ont dépassé les limites des valeurs P légalement autorisées en 2016, à savoir :

- ✦ 29 dentistes ont dépassé la limite pour l'année civile (46.000 valeurs P) ;
- ✦ 6 dentistes ont dépassé la limite trimestrielle (13.000 valeurs P) ;
- ✦ 4 dentistes ont dépassé la limite mensuelle (5.000 valeurs P).

Le montant facturé en trop dans toute la Belgique en 2016 s'élevait à 2.023.665,42 EUR.

Lettres d'avertissement et PVC avec récupération

9 dentistes ont reçu une lettre d'avertissement (montant total : 44.156,08 EUR) et 30 un PVC avec IRV (montant total : 1.979.509,34 EUR).

Procès-verbaux d'audition

15 dentistes sur les 30 ayant reçu un PVC ont demandé à être entendus : 9 dentistes néerlandophones et 5 dentistes francophones ont été entendus, assistés ou non de leur avocat. Un directeur d'hôpital général a aussi été entendu.

Déclarations écrites

10 dentistes néerlandophones et 2 dentistes francophones ont envoyé des déclarations écrites à notre service, par courriel ou par courrier postal, souvent accompagnées de documents joints. Nous avons annexé ces documents aux dossiers.

Actions

Rectification de dossiers avec facturation sur le numéro INAMI du gestionnaire

Certains dentistes-gestionnaires de cabinets de groupe constitués en société où les dentistes collaborateurs attestaient leurs prestations sur des attestations de la société (instance perceptrice) ont contesté nos chiffres. Un examen plus détaillé de ces dossiers (avec nécessité de réclamer les attestations originales) nous a appris que des prestations des dentistes collaborateurs avaient également été enregistrées sous le numéro INAMI des dentistes-gestionnaires.

Nos calculs des valeurs P de ces dentistes-gestionnaires n'étaient donc pas exacts. Nous avons annulé le PVC et la demande de remboursement pour 11 dentistes et nous avons clôturé ces dossiers comme dossiers négatifs. Nous en avons informé les intéressés par écrit en les renvoyant aux directives de l'INAMI en matière d'attestation de prestations sur des attestations papier.

Le montant total des griefs a ainsi été réduit de 696.657,67 EUR.

Remboursement volontaire

11 dentistes ont réagi à l'IRV. Nous avons clôturé ces dossiers sans suite. Le montant total remboursé est de 661.724,74 EUR.

Avertissement

Nous avons envoyé 9 lettres d'avertissement à des dentistes ayant un montant de dépassement inférieur à 10.000 EUR. Nous avons clôturé ces dossiers sans suite. Le montant de dépassement total de ces dossiers était de 44.156,08 EUR.

Mise en règle

1 dentiste a reçu une lettre le sommant de se mettre en règle avec la nomenclature : des prestations effectuées par des étudiants en master d'art dentaire ne peuvent pas être attestées sous le numéro INAMI du dentiste-chef de clinique. Nous continuerons à suivre ce dossier.

Procédure

Nous avons ouvert 7 dossiers de procédure dans le cadre de cette action de contrôle nationale : 2 dossiers de procédure FD et 5 dossiers de procédure à la Chambre de première instance.

Le montant total qui reste à récupérer s'élève à 525.128,83 EUR.

Suite

Dans 2 dossiers de procédure, le FD s'est déjà prononcé.

- ✦ Dans le 1^{er} dossier, le FD a décidé de retenir les griefs avérés et d'imposer un remboursement assorti d'une amende administrative (50 %) avec sursis de 3 ans. Nous avons constaté un remboursement volontaire de la totalité dès le lancement de la procédure.
- ✦ Dans le 2^e dossier également, le FD a décidé de retenir les griefs avérés et d'imposer un remboursement assorti d'une amende administrative (25 %). Le dentiste a remboursé le montant indu, ainsi que l'amende administrative effective. Il a néanmoins interjeté appel.

Le montant total remboursé dans le cadre de ce projet national s'élève à 678.539,60 EUR.

Chaque année, nous évaluerons le dépassement des limites des valeurs P dans le cadre d'un projet national. Nous avons entretemps ouvert une action de contrôle nationale concernant les dépassements des limites des valeurs P pour les prestations portées en compte en 2017 et 2018.

b) Prestations de soins infirmiers dispensés au domicile ou à la résidence de personnes handicapées

Origine et objectif

Dans le cadre de cette action de contrôle nationale, nous vérifions si les infirmiers à domicile facturent correctement les prestations effectuées au domicile ou à la résidence de personnes handicapées avec les codes de nomenclature prévus pour ce lieu.

La nomenclature pour les prestations effectuées par des praticiens de l'art infirmier est ventilée en fonction du lieu où la prestation est effectuée :

1. Prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire
2. Prestations effectuées durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire
3. Prestations effectuées soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence
- 3° bis Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées**
4. Prestations effectuées dans un centre de jour pour personnes âgées

La différence entre la nomenclature du point 3° bis et la nomenclature des points 1 et 2 est que, dans le cas de la nomenclature pour des prestations effectuées au domicile ou à la résidence, communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées :

- ✦ aucun code de nomenclature n'est prévu pour les prestations du week-end. Il n'y a pas de remboursement plus élevé le week-end ou les jours fériés ;
- ✦ une rémunération moindre s'applique pour les forfaits ;
- ✦ aucun code de nomenclature n'est prévu pour les prestations aux patients en soins palliatifs ;
- ✦ aucun code de nomenclature n'est prévu pour les prestations aux patients diabétiques ;
- ✦ aucun code de nomenclature n'est prévu, par exemple, pour la préparation hebdomadaire des médicaments. Cette disposition ne peut donc pas être appliquée au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées.

Méthode

Au niveau national, nous avons sélectionné de manière aléatoire 40 institutions où résident des personnes handicapées. Nous avons contacté les institutions par téléphone et par courriel afin de les informer du projet et de recueillir les informations nécessaires.

L'enquête menée auprès des directions des établissements et des O.A. a montré que, de janvier 2016 à avril 2018, les infirmiers à domicile ont facturé des prestations pour 2.815 résidents.

Sur la base des données attestées auprès des différents O.A. pour ce groupe d'assurés, nous avons vérifié si le code de nomenclature facturé pour la période du 01.01.2016 au 28.02.2018 (26 mois) était bien celui du domicile ou de la résidence de personnes handicapées.

Résultats

Pour 883 des 2.815 assurés, nous avons constaté que 235 infirmiers à domicile n'avaient pas facturé de code de nomenclature pour des prestations effectuées au domicile ou à la résidence de personnes handicapées. Nous avons réclamé les listes de présence de ces résidents dans les établissements.

Nous avons porté à grief les prestations par infirmier (totalement ou partiellement avec une règle de la différence) pour les jours pendant lesquels le résident a séjourné 24 heures dans l'institution et pendant lesquels le code de nomenclature facturé n'était pas celui du domicile ou de la résidence communautaire pour personnes handicapées.

Actions et propositions

49 praticiens de l'art infirmier ou groupes de praticiens de l'art infirmier ont reçu un PVC avec IRV. Le montant total des facturations incorrectes, c'est-à-dire avec un code de nomenclature d'un autre lieu, s'élevait à 620.634,88 EUR.

Nous avons envoyé 186 lettres d'avertissement lorsque le montant des facturations incorrectes était inférieur à 3.000 EUR.

Nous avons enregistré un remboursement intégral pour 42 PVC. Un seul dispensateur de soins a un plan d'apurement.

Pour les 6 dossiers où aucun remboursement n'a été effectué, nous avons préparé un dossier pour lancer la procédure de remboursement et de sanctions.

Nous avons clôturé les dossiers avec remboursement intégral, et les praticiens de l'art infirmier concernés ont reçu un courrier à cet égard.

La nomenclature des soins infirmiers a été adaptée en décembre 2019. Cette adaptation a donc clarifié quand les prestations peuvent être facturées lorsqu'elles sont effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire. L'énumération claire indique explicitement pour quels lieux concrets les codes des points 1 et 2 peuvent être facturés. Il est donc désormais beaucoup plus clair pour les infirmiers à domicile qu'ils ne sont pas autorisés à facturer les codes NPS des points 1 et 2 pour les prestations qu'ils ont effectuées au domicile ou à la résidence communautaires de personnes handicapées.

En septembre 2020, nous avons à nouveau sélectionné de manière aléatoire un certain nombre de domiciles ou résidences communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées afin de contrôler la même problématique.

c) Autosondage : facturation par les pharmaciens

Origine et objectif

Depuis le 01.11.2017, un nouvel arrêté royal¹⁹ règlemente le remboursement des sondes destinées à l'autosondage au domicile du patient et remplace l'arrêté royal en vigueur jusqu'alors²⁰.

La fourniture et la facturation des sondes sont dorénavant exclusivement réservées aux pharmaciens titulaires d'officine ouverte au public. Ceux-ci sont désormais autorisés à appliquer le régime du tiers-payant. Pour ce faire, ils doivent vérifier que les quantités et la nature des sondes qu'ils fournissent sont bien en adéquation avec les accords octroyés par les médecins-conseils des O.A.

L'objectif de l'action de contrôle était de vérifier si les pharmaciens facturaient correctement les sondes dans le cadre de cette nouvelle réglementation.

Méthode

Nous avons examiné les données de facturation des pharmacies pour la période entre le 01.11.2017 et le 30.06.2019, en ce qui concerne les sondes destinées à l'autosondage :

- ✦ sondes avec lubrifiant intégré et sondes avancées (CR 743396),
- ✦ sondes sèches (CR 743411).

Nous avons constaté

- ✦ d'une part, des montants remboursés anormalement élevés par patient, d'où la suspicion de facturations de sondes non fournies (facturation indue), et
- ✦ d'autre part, de gros écarts de montants facturés entre les 5 premiers pharmaciens et les autres, d'où la suspicion de fournitures non conformes aux règles de remboursement, car effectuées par un tiers qui n'est pas le pharmacien d'officine (prestations par tiers non habilité).

Facturation indue

Afin de déterminer les pharmaciens en infraction potentielle, nous avons établi la sélection des patients pour lesquels les montants remboursés dépassaient les montants maximums autorisés (cas litigieux), selon la méthode de calcul suivante : [montant remboursable maximum par jour²¹] x [nombre de jours entre la date de la première fourniture présumée et la date de fin de l'action de contrôle (30.06.2019)].

Nous avons réalisé un classement des 222 pharmacies concernées par des cas de patients litigieux. Nous avons sélectionné celles dont les montants surfacturés étaient liés à un mauvais encodage de la prescription médicale, c'est-à-dire lorsque le pharmacien avait confondu la quantité à facturer (le nombre de boîtes de sondes) avec le nombre de sondes. Nous avons aussi exclu les pharmacies suivantes :

- ✦ celles concernées par le 2e volet de l'action de contrôle (prestations par tiers non habilité) ;
- ✦ celles qui ont régularisé une partie des montants via Pharmanet après le 30.06.2019 ;
- ✦ celles dont le montant surfacturé était jugé trop faible.

Nous avons constaté que les pharmaciens avaient facturé plus de sondes que celles déclarées fournies. Nous leur avons dressé un PVC, en établissant le montant indu en fonction du nombre de sondes facturées indûment (soit la différence entre le nombre de sondes facturées et le nombre de sondes fournies).

Prestations par tiers non habilité

Du 01.11.2017 au 31.05.2019 et concernant uniquement les sondes avec lubrifiant intégré et sondes avancées, la facturation totale nationale enregistrée s'est élevée à 30.306.042,90 EUR. 5 pharmacies

¹⁹ A.R. du 18.04.2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire, M.B. 08.05.2017.

²⁰ A.R. du 15.05.2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire.

²¹ L'arrêté royal du 18.04.2017 limite l'intervention de l'assurance soins de santé à 8 sondes par jour, soit à 8 x 2,7 EUR (21,6 EUR) pour les sondes avec lubrifiant intégré et sondes avancées et 8 x 1 EUR (8 EUR) pour les sondes sèches.

dépassent chacune le million d'EUR de facturation sur la même période et se partagent plus de 30 % des facturations nationales.

Nous avons analysé les données de facturation de ces 5 pharmacies selon leur place dans notre classement. Nous avons constaté dans les 3 premières une répartition géographique des prescripteurs des sondes en totale discordance avec la localisation des pharmacies concernées. Nous avons auditionné les pharmaciens concernés afin de comprendre les raisons de cette facturation aussi importante et de cette localisation surprenante des prescripteurs.

Résultats

Facturation indue

18 pharmacies ont été sélectionnées sur la base des critères d'exclusion et ont fait l'objet d'un PVC. Le montant indu s'élève à 635.489 EUR.

Tableau 5. Pharmacies ayant facturé des quantités de sondes supérieures aux quantités déclarées fournies

Pharma	Nombre sondes facturées	Nombre sondes fournies	Nombre sondes non fournies	Montant facturé (EUR)	Montant facturable correct (EUR)	Montant indu (EUR)	Nombre prescriptions
1	21.600	360	21.240	58.320	972	57.348	3
2	14.400	240	14.160	14.400	240	14.160	2
3	9.600	160	9.440	9.600	160	9.440	2
4	27.000	450	26.550	72.900	1.215	71.685	8
5	18.000	300	17.700	48.600	810	47.790	1
6	7.200	120	7.080	19.440	324	19.116	1
7	14.640	240	14.400	39.528	648	38.880	1
8	15.300	330	14.970	22.950	585	22.365	2
9	57.600	960	56.640	155.520	2.592	152.928	2
10	10.800	180	10.620	10.800	180	10.620	3
11	9.000	300	8.700	24.300	810	23.490	2
12	48.000	1.380	46.620	48.000	1.380	46.620	2
13	7.320	120	7.200	7.320	120	7.200	2
14	14.400	240	14.160	38.880	648	38.232	2
15	18.000	300	17.700	18.000	300	17.700	1
16	9.000	150	8.850	24.300	405	23.895	1
17	9.000	180	8.820	24.300	486	23.814	1
18	4.200	420	3.780	11.340	1.134	10.206	2
Total	315.060	6.430	308.630	648.498	13.009	635.489	38

Prestations par tiers non habilité

Lors de leur audition, 2 des 3 premiers pharmaciens suspectés ont déclaré sous-traiter à des sociétés de bandagisterie (qui ont perdu leur « part de marché » lors de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 18.04.2017) le choix des sondes, leur commande auprès des firmes, ainsi que leur fourniture effective aux patients, avec les conseils correspondants.

Les remboursements en faveur d'un très grand nombre de patients sont ensuite rétrocédés aux sociétés de bandagisterie dont le personnel a effectué le travail légalement réservé aux seuls pharmaciens.

Actions et propositions

Facturation indue

Après l'envoi des PVC et des IRV,

- ✦ 12 pharmaciens ont remboursé le montant indu constaté (remboursement volontaire), soit au total 349.319 EUR, ce qui représente 54,97 % du montant total indu ;
- ✦ 2 offices de tarification ont régularisé via Pharmanet le montant indu de 5 pharmacies, soit au total 278.970 EUR, ce qui représente 43,9 % du montant total indu ;
- ✦ 1 pharmacie n'a pas remboursé le montant indu constaté, soit 7.200 EUR, ce qui représente 1,13 % du montant total indu.

Prestations par tiers non habilité

À la suite de son audition, un des pharmaciens concernés, employé d'une coopérative et non informé des procédés de son employeur, a déposé une plainte à l'Auditorat du travail de son arrondissement judiciaire.

Tous les actes d'enquête effectués depuis l'ont été sur apostille et pour le compte de l'Auditorat du travail. Les développements sont donc couverts par le secret de l'instruction.

2. Actions de contrôle individuelles

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

Au total, nous avons mené 1.050 auditions lors d'actions de contrôle clôturées en 2020. En outre, nous avons constaté 1.209.573 infractions à la législation en vigueur et nous avons rédigé 304 PVC.

Une même prestation peut faire l'objet de plusieurs infractions. Par exemple, un dispensateur de soins a prescrit un médicament hors indication et n'a pas conservé les attestations nécessaires dans le dossier du patient, alors que la réglementation l'exige. Bien que plusieurs infractions aient été commises, une seule est mise à charge.

a) Par type de décision

Le médecin-inspecteur général de la direction Contrôle décide quelle suite sera donnée à une action de contrôle individuelle. Le tableau 6 décrit les actions de contrôle individuelles pour lesquelles le médecin-inspecteur général a pris une première décision en 2020.

Tableau 6. Actions de contrôle clôturées en 2020, selon la décision

Décision médecin-inspecteur général	Nombre d'actions	%	MDG	MRV
Signalement classé sans suite	23	5	0,00 EUR	0,00 EUR
Négatif	73	15	0,00 EUR	0,00 EUR
Informatif	8	2	0,00 EUR	0,00 EUR
Avertissement	117	24	0,00 EUR	0,00 EUR
Constat sans procédure administrative	159	32	6.125.947,97 EUR	5.943.974,30 EUR
Constat avec procédure administrative	43	9	3.950.163,71 EUR	231.073,60 EUR
Suivi par des tiers	72	14	1.205.834,00 EUR	22.415,58 EUR
Total	495	100	11.281.945,68 EUR	6.197.463,48 EUR

MDG : montant du grief, MRV : montant remboursé volontairement

Explication du tableau 6

- ★ La catégorie *signalement classé sans suite* concerne des signalements pour lesquels nous n'avons pas lancé d'action de contrôle. Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons. Le dossier
 - ◇ ne relève pas de notre compétence ou
 - ◇ n'est pas prioritaire si l'on tient compte des moyens disponibles et des objectifs opérationnels ou
 - ◇ est basé sur un signalement qui est manifestement non fondé
 - ◇ etc.
- ★ La catégorie *négatif* contient les cas pour lesquels l'action de contrôle a montré que les présomptions d'erreur ou de fraude étaient infondées. La raison pour laquelle un signalement est « négatif » est explicitement motivée dans la décision.
- ★ La catégorie *informatif* comprend les actions de contrôle que nous clôturons
 - ◇ après avoir auditionné la personne ayant fait le signalement (dispensateur de soins)
 - ◇ sans avoir constaté d'infraction et
 - ◇ en informant la personne concernée uniquement sur la réglementation qui s'applique.
- ★ La catégorie *avertissement* comprend les actions de contrôle qui sont clôturées et pour lesquelles nous incitons le dispensateur de soins à respecter la réglementation dorénavant. Si le dispensateur de soins avait commis une infraction, nous lui demandons également de régulariser sa situation en remboursant directement à l'O.A. le montant indûment attesté. Dans l'avertissement, il est systématiquement fait référence à la nomenclature ou à la réglementation qui s'applique.
- ★ Pour la catégorie *constat sans procédure administrative*, nous ne lançons pas de procédure auprès du FD ou des juridictions administratives, parce que le dispensateur de soins/l'établissement de soins
 - ◇ a volontairement remboursé la totalité du montant porté à grief. Dans ce cas, nous envoyons un message au dispensateur / à l'établissement de soins. Nous lui confirmons le remboursement volontaire après le PVC et nous lui annonçons que ses attestations pourraient faire l'objet d'un suivi à l'avenir.
 - ◇ respecte un plan d'apurement pour le remboursement du montant mis à charge.
- ★ *Constat avec procédure administrative* : les actions de contrôle pour lesquelles nous avons constaté une infraction et pour lesquelles le dispensateur de soins n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief peuvent être traitées de différentes manières. Nous pouvons
 - ◇ entamer une procédure devant le FD,
 - ◇ lancer une procédure devant la Chambre de première instance (CPI).
- ★ *Suivi par des tiers* : si le SECM n'est pas compétent alors qu'une autre instance l'est, nous transmettons ce dossier à ce tiers compétent, par exemple :
 - ◇ le service du contrôle administratif de l'INAMI,
 - ◇ l'auditeur du travail,
 - ◇ le procureur du Roi,
 - ◇ l'Ordre des médecins,
 - ◇ l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé,
 - ◇ etc.

Une procédure est lancée pour un nombre restreint de dossiers seulement. En 2020, une procédure a été lancée après 44 actions de contrôle, tandis que 72 dossiers ont été transmis à des tiers.

b) Par catégorie professionnelle

299 actions de contrôle individuelles concernaient des dispensateurs de soins. L'illustration 9 montre le nombre d'actions de contrôle individuelles clôturées par catégorie professionnelle.

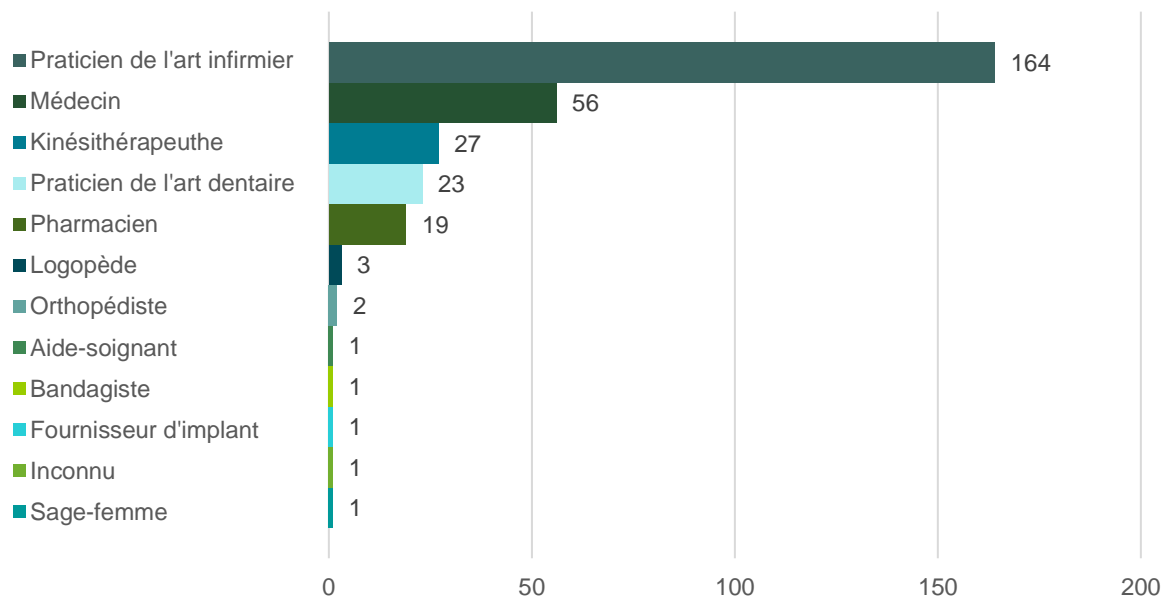


Illustration 9. Nombre d'actions de contrôle avec 1^{re} décision du médecin-inspecteur général en 2020, par catégorie professionnelle

81 actions de contrôle individuelles portaient sur des hôpitaux et 39 sur des résidences communautaires pour personnes souffrant d'un handicap. 50 actions de contrôle concernaient des assurés.

c) Évolution 2016-2020

En 2020, nous avons clôturé 495 actions de contrôle. Le nombre d'actions de contrôle clôturées évolue à la hausse (illustration 10). Cette hausse s'explique surtout par une augmentation de notre capacité d'inspection.

- ✦ Après avoir baissé pendant des années, le nombre de membres du personnel en général et d'inspecteurs sociaux en particulier semble connaître une tendance à la hausse depuis 2019 : nous pouvons à nouveau engager davantage d'inspecteurs.
- ✦ En investissant dans un programme de formation intensif, nous pouvons raccourcir le temps dont ces nouveaux inspecteurs ont besoin pour être opérationnels, ce qui permet de leur confier plus rapidement les différentes missions de notre service.

Nous adaptons nos procédures de travail internes en vue d'accroître l'efficacité de nos actions et leur incidence sur le comportement des dispensateurs de soins en matière d'attestation et de prescription.

D'autres explications sont possibles :

- ✦ les signalements reçus sont mieux analysés et filtrés ;
- ✦ les infractions sont plus souvent examinées à l'échelle nationale ;
- ✦ certaines infractions sont systématiquement contrôlées ;
- ✦ dans le cadre des actions de contrôle individuelles, nous vérifions plus souvent qu'il n'y a pas d'éléments justifiant une approche nationale ;
- ✦ etc.

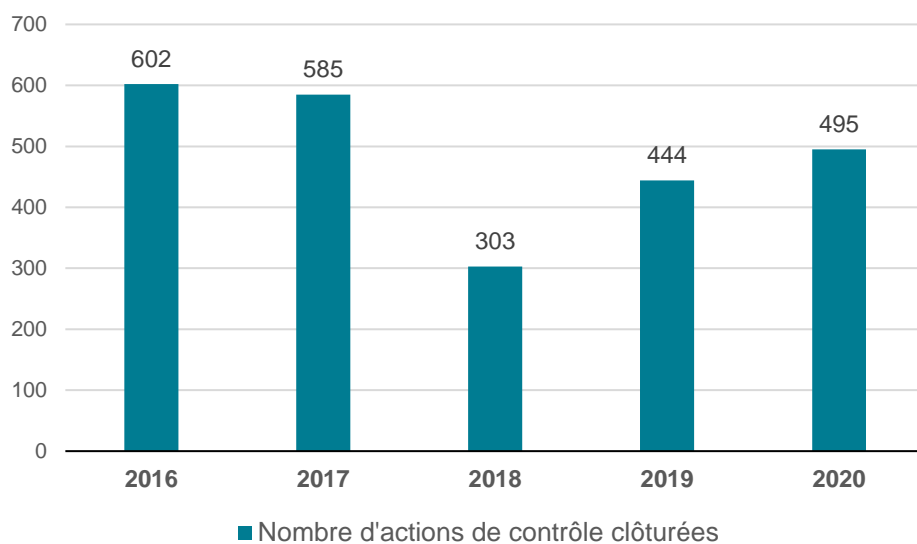


Illustration 10. Évolution du nombre d'actions de contrôle clôturées

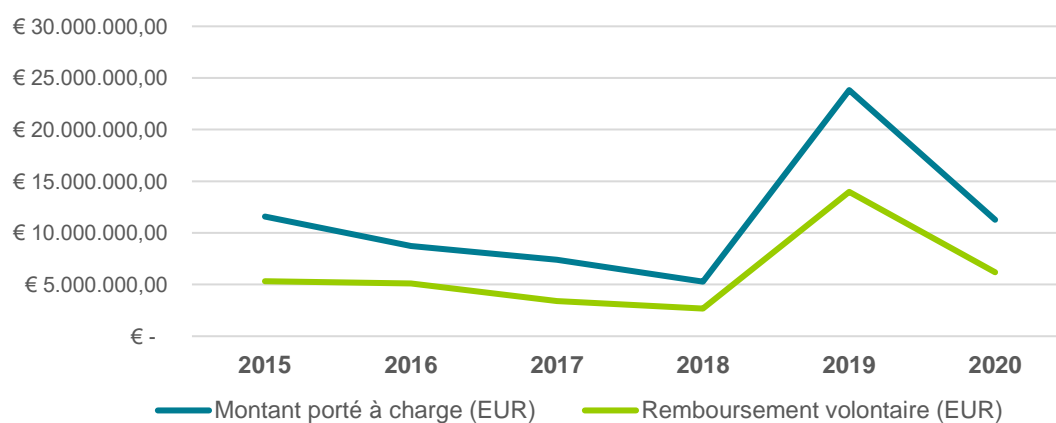


Illustration 11. Évolution des montants portés à grief et remboursements volontaires

En 2020, nous avons porté à charge un montant global de 11.281.945,68 EUR, dont un montant global de 6.197.463,48 EUR a été remboursé volontairement.

d) Suivi des procédures administratives

Quand un dispensateur de soins ne rembourse pas volontairement la somme globale portée à grief, une procédure peut être lancée en vue de récupération. Il existe une possibilité de recours. Ces actions de contrôle clôturées en tant que « constat avec procédure administrative » (celles visées dans le tableau 6) sont lancées par l'instance compétente.

L'instance et le trajet à suivre dépendent de la (des) infraction(s) constatée(s). L'illustration 12 présente sous forme de schéma les trajets possibles.

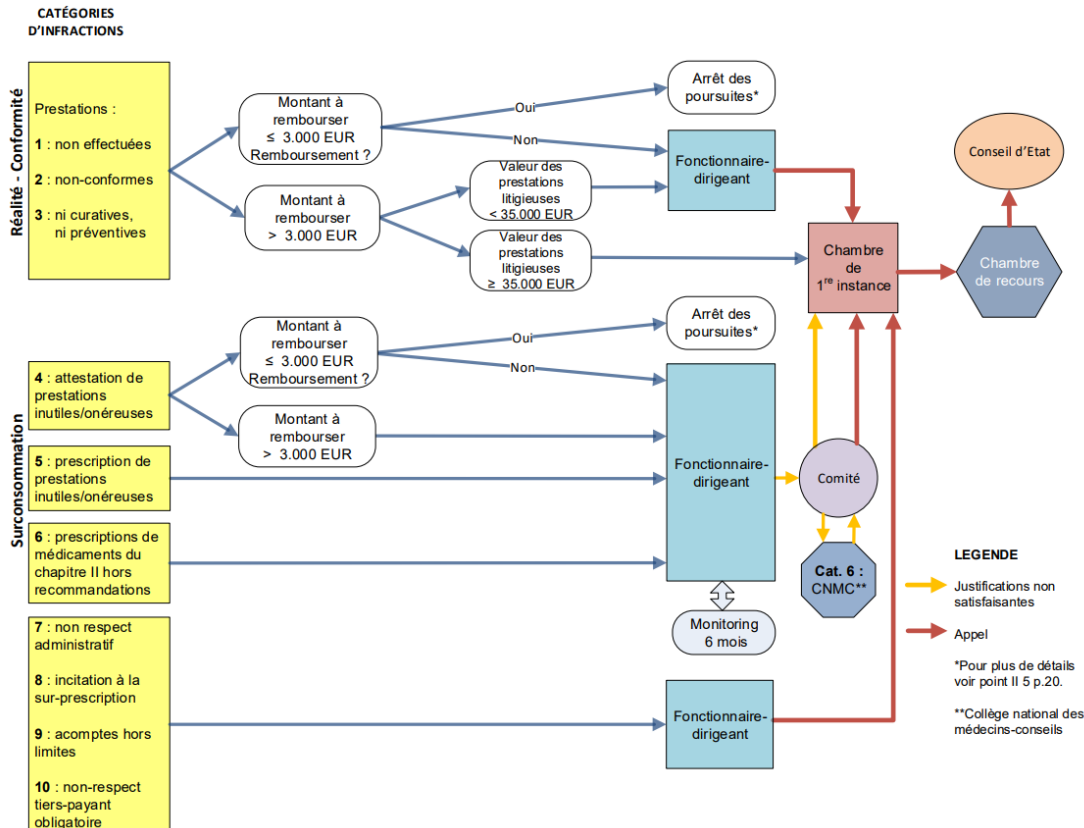


Illustration 12. Procédure suivie en fonction du type d'infraction

Le type d'infraction détermine la procédure administrative à suivre. Le montant indu et la valeur des prestations contestées sont aussi déterminants pour le choix de la procédure à suivre, comme le montre l'illustration ci-dessus.

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

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

Les tableaux ci-dessous présentent le nombre de décisions devenues définitives en 2020 et les données s'y rapportant, par type de décision. À partir de cette année (2020), nous présentons uniquement les **décisions devenues définitives**. Nous considérons une décision « définitive » quand aucun recours n'a été intenté trois mois après la date de la notification de la décision. (Des exceptions sont toutefois possibles.) Vous ne retrouvez donc pas dans ces données une décision prise par le FD pour un constat avec procédure fin 2020, mais avec un recours introduit par l'intéressé auprès de la CPI en 2021.

La date de la décision elle-même peut se situer entre le 01.10.2019 et le 30.09.2020.

En 2020, 11 décisions du FD sont devenues définitives (tableau 7). Le FD décide du montant du remboursement imposé et d'éventuelles amendes effectives et/ou d'amendes avec sursis.

Tableau 7. Décisions du FD considérées comme définitives en 2020 (n = 11)

Dossier	Date de la décision	Date de la notification	Décision	Type d'intéressé	Remboursement imposé	Amende effective	Amende avec sursis	Intégralement payé
1	29-10-2019	31-10-2019	Grief prouvé retenu	Orthopédiste ²²	7.240,67 EUR	7.240,67 EUR	0,00 EUR	14.481,34 EUR
2	17-12-2019	23-12-2019	Grief prouvé retenu	Dentiste	4.698,79 EUR	9.294,42 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
3	14-09-2020	16-09-2020	Grief prouvé retenu	Kinésithérapeute	23.358,01 EUR	11.679,00 EUR	11.679,00 EUR	23.358,01 EUR
4	13-03-2020	19-03-2020	Grief prouvé retenu	Infirmier	64.187,16 EUR	49.807,37 EUR	32.093,58 EUR	56.012,89 EUR
5	20-03-2020	24-03-2020	Grief prouvé retenu	Infirmier	13.672,78 EUR	13.672,78 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
6	28-05-2020	29-05-2020	Grief prouvé retenu	Infirmier	27.753,45 EUR	6.938,36 EUR	0,00 EUR	22.500,00 EUR
7	17-03-2020	19-03-2020	Grief prouvé retenu	Dentiste	13.115,61 EUR	0,00 EUR	6.557,80 EUR	0,00 EUR
8	03-03-2020	09-03-2020	Grief prouvé retenu	Infirmier	23.086,26 EUR	5.771,56 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
9	02-06-2020	05-06-2020	Grief prouvé retenu	Dentiste	33.706,20 EUR	0,00 EUR	16.853,10 EUR	0,00 EUR
10	11-03-2020	12-03-2020	Grief prouvé retenu	Dentiste	46.898,15 EUR	0,00 EUR	23.449,07 EUR	46.898,15 EUR
11	11-03-2020	13-02-2020	Grief prouvé retenu	Pharmacien	7.627,92 EUR	3.813,96 EUR	3.813,96 EUR	11.441,88 EUR

²² Orthopédiste : fournisseur d'appareils orthopédiques, prothèses et chaussures orthopédiques.

Il se peut que le montant du remboursement « imposé » diffère du montant indu initialement fixé par notre service (avant la procédure). Le FD a toujours retenu les griefs prouvés : le montant mis à charge pendant l'action de contrôle est par la suite toujours confirmé comme « remboursement imposé » par le FD dans sa décision. Le remboursement imposé total (hors amendes effectives et amendes avec sursis) dans ces dossiers de procédure correspond donc au montant indu total des actions de contrôle initiales.

Il est possible qu'en plus de payer le montant total après la décision, l'intéressé ait déjà procédé à un remboursement volontaire juste avant le lancement de la procédure et après la réception du PVC. Dans le tableau ci-dessus, le montant effectivement remboursé pour chaque dossier dans la colonne « intégralement payé ». Ce montant peut donc comprendre tant les remboursements volontaires datant d'avant la procédure que les remboursements, imposés ou non, datant d'après le lancement de la procédure.

Dans l'illustration 13, les montants remboursés sont comparés par dossier.

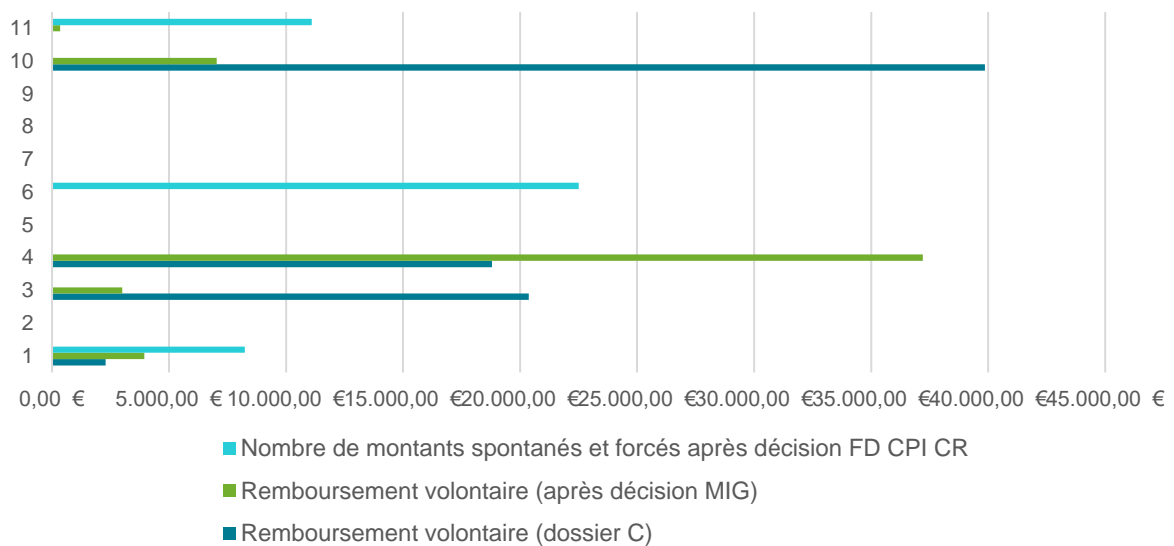


Illustration 13. Montants remboursés par dossier

Tableau 8. Décisions CPI considérées comme définitives en 2020 (n = 12)

	Date décision	Date notification	Décision	Type d'intéressé	Remboursement imposé	Amende effective	Amende avec sursis	Total payé
1	23.10.2019	24.10.2019	RC - griefs prouvés – retenu : remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective	Dispensateur de soins	67.628,96 EUR	90.334,08 EUR	0,00 EUR	41.500,00 EUR
2	21.10.2019	25.10.2019	RC – griefs non prouvés – pas retenu: dossier classé sans suite	Dispensateur de soins	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
3	21.10.2019	25.10.2019	RC – griefs non prouvés – pas retenu: dossier classé sans suite	Dispensateur de soins	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
4	21.10.2019	25.10.2019	RC - griefs prouvés - retenu: remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective avec sursis partiel	Dispensateur de soins	50.783,00 EUR	42.683,89 EUR	16.319,89 EUR	93.466,89 EUR
5	28.11.2019	29.11.2019	Arrêt procédure	Établissement de soins	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	122.357,60 EUR
6	16.12.2019	18.12.2019	RC – griefs non prouvés – pas retenu: dossier classé sans suite	Dispensateur de soins	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
7	08.01.2020	15.01.2020	RC - griefs prouvés - retenu: remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective avec sursis partiel	Dispensateur de soins	38.600,00 EUR	9.650,00 EUR	9.650,00 EUR	37.400,00 EUR
8	16.01.2020	17.01.2020	RC - griefs prouvés - retenu: remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective avec suspension partielle	Dispensateur de soins	50.639,52 EUR	12.659,88 EUR	61.992,00 EUR	0,00 EUR
9	17.02.2020	25.02.2020	RC - griefs prouvés - retenu: remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective avec suspension partielle	Dispensateur de soins	59.148,33 EUR	56.657,67 EUR	6.120,67 EUR	115.806,00 EUR
10	22.01.2020	22.01.2020	RC - griefs prouvés - retenu: remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective avec suspension partielle	Dispensateur de soins	165.076,07 EUR	225.505,81 EUR	44.217,95 EUR	103.073,51 EUR
11	05.03.2020	10.03.2020	RC - griefs prouvés - retenu: remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective avec suspension partielle	Dispensateur de soins	48.826,73 EUR	28.413,13 EUR	24.413,37 EUR	20.500,00 EUR
12	18.05.2020	19.05.2020	RC - griefs prouvés - retenu: remboursement de l'indu AVEC amende administrative effective	Autres (P)	102.945,85 EUR	115.087,13 EUR	0,00 EUR	4.500,00 EUR

Tableau 9. Décisions de la CPI (juridiction d'appel) considérées comme définitives en 2020 (n = 5)

	Date décision	Date notification	Décision	Type d'intéressé	Remboursement imposé	Amende effective	Amende avec sursis	Total payé
1	20.11.2019	22.11.2019	Recours fondé : annulation de la décision contestée	Infirmier	45.395,36 EUR	24.819,47 EUR	24.819,47 EUR	48.514,83 EUR
2	16.12.2019	18.12.2019	Recours fondé : annulation de la décision contestée	Infirmier	33.238,77 EUR	16.824,48 EUR	16.824,48 EUR	50.063,25 EUR
3	16.12.2019	18.12.2019	Recours fondé : annulation de la décision contestée	Infirmier	1.289,17 EUR	660,42 EUR	660,42 EUR	1.949,59 EUR
4	16.12.2019	20.12.2019	Recours fondé : annulation de la décision contestée	Pharmacien	17.299,70 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	17.299,70 EUR
5	18.05.2020	19.05.2020	Recours fondé : annulation de la décision contestée	Kinésithérapeute	7.054,18 EUR	0,00 EUR	352,71 EUR	7.054,18 EUR

Tableau 10. Décisions Chambre de recours considérées comme définitives en 2020 (n = 13)

	Date décision	Date notification	Décision	Type intéressé	Remboursement imposé	Amende effective	Amende avec sursis	Total payé
1	24.09.2019	01.10.2019	Recours fondé - annulation de la décision contestée	Dispensateur de soins	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
2	24.09.2019	01.10.2019	Recours fondé - annulation de la décision contestée	Dispensateur de soins	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
3	30.09.2019	04.10.2019	Recours fondé - annulation de la décision contestée: confirmation du remboursement de l'indu ET réduction de l'amende administrative	Dispensateur de soins	6.606,40 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	6.606,40 EUR
4	22.10.2019	25.10.2019	Recours fondé - annulation de la décision contestée	Dispensateur de soins	11.106,85 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	11.106,85 EUR
5	14.11.2019	19.11.2019	Recours non fondé – confirmation de la décision contestée	Dispensateur de soins	0,00 EUR	15.000,00 EUR	35.000,00 EUR	0,00 EUR
6	14.11.2019	19.11.2019	Recours non fondé – confirmation de la décision contestée	Dispensateur de soins	31.681,76 EUR	5.540,19 EUR	15.840,88 EUR	28.364,40 EUR

7	05.12.2019	09.12.2019	Recours non fondé – confirmation de la décision contestée	Dispensateur de soins	107.509,79 EUR	107.509,79 EUR	53.754,90 EUR	0,00 EUR
8	09.01.2020	10.01.2020	Recours fondé - annulation de la décision contestée: confirmation du remboursement de l'indu ET réduction de l'amende administrative	Dispensateur de soins	96.245,45 EUR	1.833,34 EUR	916,66 EUR	45.200,00 EUR
9	31.03.2020	07.04.2020	Recours fondé - annulation de la décision contestée: confirmation du remboursement de l'indu ET réduction de l'amende administrative	Dispensateur de soins	78.805,54 EUR	70.282,84 EUR	23.427,62 EUR	100.000,00 EUR
10	08.05.2020	11.05.2020	Recours non fondé – confirmation de la décision contestée	Dispensateur de soins	24.066,98 EUR	16.107,44 EUR	12.033,50 EUR	11.876,05 EUR
11	08.06.2020	11.06.2020	Recours fondé - annulation de la décision contestée: confirmation du remboursement de l'indu ET réduction de l'amende administrative	Dispensateur de soins	6.437,68 EUR	3.874,04 EUR	3.874,04 EUR	1.780,45 EUR
12	05.02.2020	10.02.2020	Recours fondé - annulation de la décision contestée: confirmation du remboursement de l'indu ET réduction de l'amende administrative	Dispensateur de soins	160.608,02 EUR	80.304,01 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
13	08.06.2020	11.06.2020	Recours fondé - annulation de la décision contestée: confirmation du remboursement de l'indu ET réduction de l'amende administrative	Dispensateur de soins	134.319,32 EUR	45.985,61 EUR	100.739,49 EUR	180.304,93 EUR

e) Récupération des sommes dues via l'article 206bis

L'article 206bis de la loi SSI²³ organise la récupération des sommes dues à l'INAMI par les dispensateurs de soins. Dans le cadre des missions du SECM, lorsqu'un dispensateur de soins a fait l'objet d'une décision définitive du FD ou des juridictions administratives compétentes, il peut être tenu de rembourser des sommes indûment portées en compte à l'assurance soins de santé, ainsi que de payer une amende éventuelle. Lorsque le dispensateur de soins en cause n'exécute pas spontanément la décision, le SECM doit prendre des initiatives pour faire exécuter les décisions et récupérer les créances de l'INAMI.

L'article 206bis prévoit deux possibilités pour ce faire. Le SECM peut s'adresser soit à l'Administration générale de la perception et du recouvrement pour la charger de cette exécution, soit aux O.A. pour mettre en œuvre le mécanisme de compensation. Sur cette base, toute somme qui doit être payée par les O.A. à un dispensateur de soins peut être utilisée de plein droit par ces O.A. pour le paiement par compensation des montants indûment perçus par ce dispensateur de soins ou pour le règlement de toute autre créance qui trouve son origine dans la loi SSI, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords pris en vertu de celle-ci.

Afin d'assurer une récupération effective et rapide des créances résultant de ses actions de contrôle, le SECM a décidé d'envisager systématiquement la mise en œuvre de cette mesure de compensation avant de communiquer éventuellement les dossiers à l'Administration générale de la perception et du recouvrement. Au-delà du souci d'efficacité, l'application de cette mesure est destinée à éviter qu'un dispensateur qui ne rembourse pas les sommes dues à l'INAMI puisse dans le même temps continuer à percevoir des revenus sans restriction en portant en compte des prestations à l'assurance soins de santé. Cette situation serait indéfendable vis-à-vis de la collectivité.

Concrètement, cette compensation ne peut être organisée de manière adéquate que moyennant certaines conditions. Il faut que le dispensateur ait encore une dette vis-à-vis de l'INAMI et qu'il refuse de l'acquitter. Si un dispensateur de soins rembourse spontanément ou dans le cadre d'un plan de paiement, la mesure n'est pas justifiée. Il faut que le dispensateur de soins soit encore actif et porte en compte à l'assurance soins de santé dans le régime du tiers-payant.

Lorsqu'une décision définitive a été rendue à l'encontre d'un dispensateur, le SECM invite ce dernier à s'acquitter volontairement des sommes dues. S'il ne réagit pas dans un délai donné ou refuse explicitement, le SECM l'avertit de la possibilité de recourir à la compensation. De même, lorsqu'un dispensateur de soins ne respecte plus le plan de paiement négocié avec le SECM, nous l'avertissons que nous pourrions initier cette mesure s'il ne respecte pas ses engagements.

Sans réaction après cet avertissement, le SECM vérifie si les conditions requises sont bien réunies. Si c'est le cas, les O.A. sont invités à mettre en œuvre l'article 206bis, § 2.

En conclusion, la compensation n'est jamais mise en place sans avertissement préalable et toujours pour des débiteurs en défaut. Elle permet d'améliorer l'effectivité des décisions rendues par le FD et les juridictions administratives. Elle renforce en outre notre crédibilité vis-à-vis des dispensateurs et de la collectivité. Enfin, c'est un incitant important, car nous avons pu constater à plusieurs reprises que nos courriers d'avertissement amenaient les dispensateurs en cause à accepter ou à reprendre les remboursements des sommes dues à l'INAMI.

²³ « Art. 206bis. § 1^{er}. Dans le cadre de l'assurance soins de santé, toute somme qui doit être payée par les organismes assureurs à un dispensateur de soins, peut être utilisée de plein droit par ces organismes assureurs pour le paiement par compensation des montants indûment perçus par ce dispensateur de soins ou pour le règlement de toute autre créance qui trouve son origine dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords pris en vertu de la présente loi.

§ 2. En cas de défaillance du débiteur l'Institut peut charger l'Administration générale de la perception et du recouvrement, conformément à l'article 94 des lois sur la comptabilité de l'État, coordonnée le 17 juillet 1991, de la récupération des sommes dues.

§ 3. Les montants récupérés constituent une recette de l'assurance soins de santé comme visée à l'article 191 et sont versés sur le compte de l'Institut. »

En 2020, nous avons mis en œuvre l'article 206bis dans 29 dossiers de procédure et récupéré 71.074 EUR via les O.A. Les dispensateurs de soins ont volontairement remboursé 122.659 EUR suite à l'avertissement reçu.

f) Lutte contre la fraude

Dans cette partie, nous décrivons brièvement les principales activités de notre service en 2020 dans le cadre de la lutte contre la fraude dans le secteur des soins de santé. Nous travaillons avec d'autres services de l'INAMI, avec les O.A. et avec le Collège intermutualiste national pour les actions de contrôle concrètes en matière de fraude et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude.

Il s'avère, après analyse, que seule une petite partie des actions de contrôle portent sur la fraude telle qu'elle est définie ci-après.

Définition de la fraude

Le 19.04.2017, la Commission anti-fraude de l'INAMI a élaboré des directives concernant la définition de la notion « indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies de la loi SSI²⁴. La directive précise la notion de « fraude » :

- ✦ la fraude implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers et cela au détriment de l'assurance obligatoire soins de santé ; de simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion ;
- ✦ le caractère délibéré est donc essentiel pour pouvoir parler de fraude mais, dans la pratique, il n'est pas aussi simple de l'établir.

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

Étant donné que des dispensateurs de soins ou des assurés fraudeurs ont par définition l'intention de frauder, nous pouvons nous attendre, dans une plus large mesure, à une récurrence dans le chef de ceux-ci. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière proactive.

Quand nous clôturons une action de contrôle, nous vérifions s'il y a des indices clairs de facturation illégale intentionnelle, et donc de fraude.

Pour concrétiser le suivi des fraudeurs, nous utilisons la [Waste Typology Matrix](#) du Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans le secteur des soins de santé (EHFCN) pour classer les infractions constatées en catégories. Les dossiers dont la décision est « constat sans procédure administrative », « constat avec procédure administrative » et « suivi ultérieur par des tiers » peuvent se voir attribuer l'un des codes suivants en cas de suspicion de fraude ou de corruption (tableau 11).

Tableau 11. Waste typology matrix pour fraude et corruption (EHFCN)

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

²⁴ Directives du 19.04.2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. 15.09.2017.

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

Lors du classement des infractions constatées suivant le *Waste typology matrix* de l'EHFCN, nous constatons parfois des attestations indues qui ne sont pas frauduleuses, mais qui résultent plutôt de fautes administratives ou d'une réglementation peu claire. Ces abus et fautes administratives tombent d'office en dehors du scope de la détection de fraude.

Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2020

Des 495 actions de contrôle clôturées, 60 portent sur des dossiers de fraude pour un montant total à charge de 3.373.404,00 EUR (tableau 12). 66,67 % du montant total imputé pour les actions de contrôle en matière de fraude en 2020 concerne des dossiers de fraude avec principalement des prestations non effectuées.

En 2020, nous n'avons classé aucune action de contrôle dans la catégorie « corruption ».

Tableau 12. Aperçu des action de contrôle en matière de fraude achevées en 2020, selon le type de fraude

Type de fraude	Nombre d'actions	MDG	MRV
F1 - Fraude - non conforme	18	781.405,02 EUR	315.878,85 EUR
F2 - Fraude - non effectué	40	2.591.998,98 EUR	36.755,84 EUR
F3 - Fraude - surconsommation	2	- EUR	- EUR
Total	60	3.373.404,00 EUR	352.634,69 EUR

Les actions de contrôle en matière de fraude représentent 12,12 % du nombre d'actions de contrôle clôturées, 29,90 % du montant imputé et 5,74 % du montant remboursé volontairement (illustration 14).

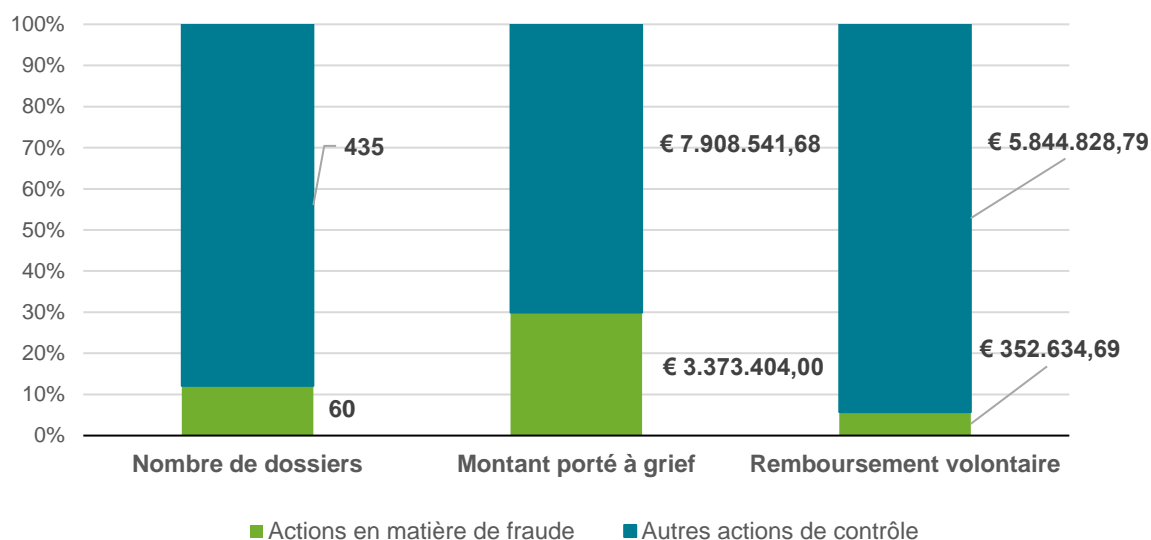


Illustration 14. Actions de contrôle en matière de fraude vs autres actions de contrôle en 2020

Le nombre total de toutes les actions de contrôle clôturées (fraude et non fraude) a augmenté par rapport à 2019. Malgré l'augmentation du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude, le montant total imputé a diminué en 2020 (illustrations 15 et 16).

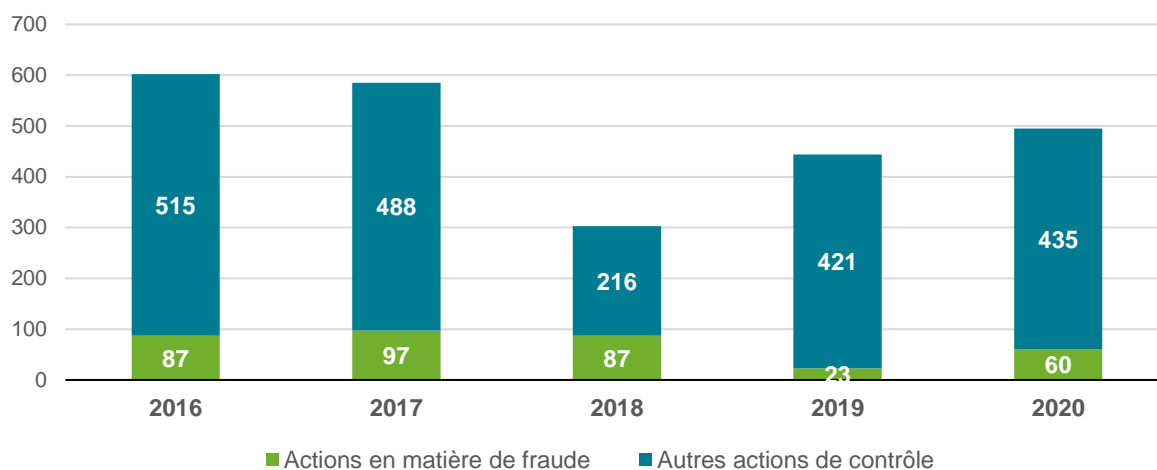


Illustration 15. Nombre d'actions de contrôle en matière de fraude vs autres actions de contrôle en 2016-2020

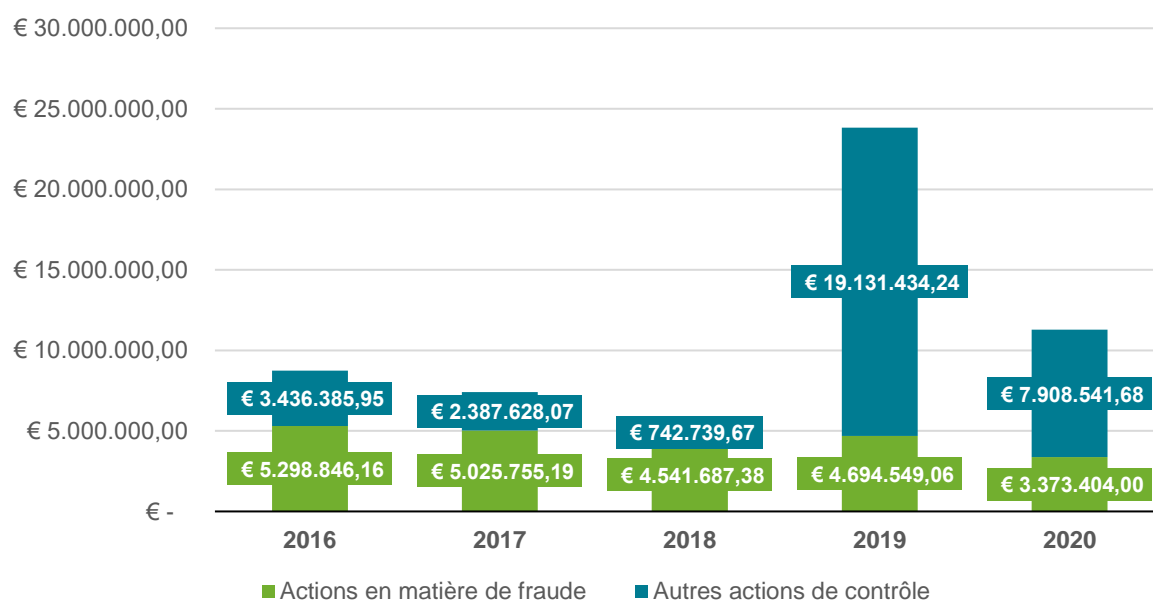


Illustration 16. Montant imputé dans les actions de contrôle en matière de fraude vs autres actions de contrôle 2016-2020

Qui fraude ?

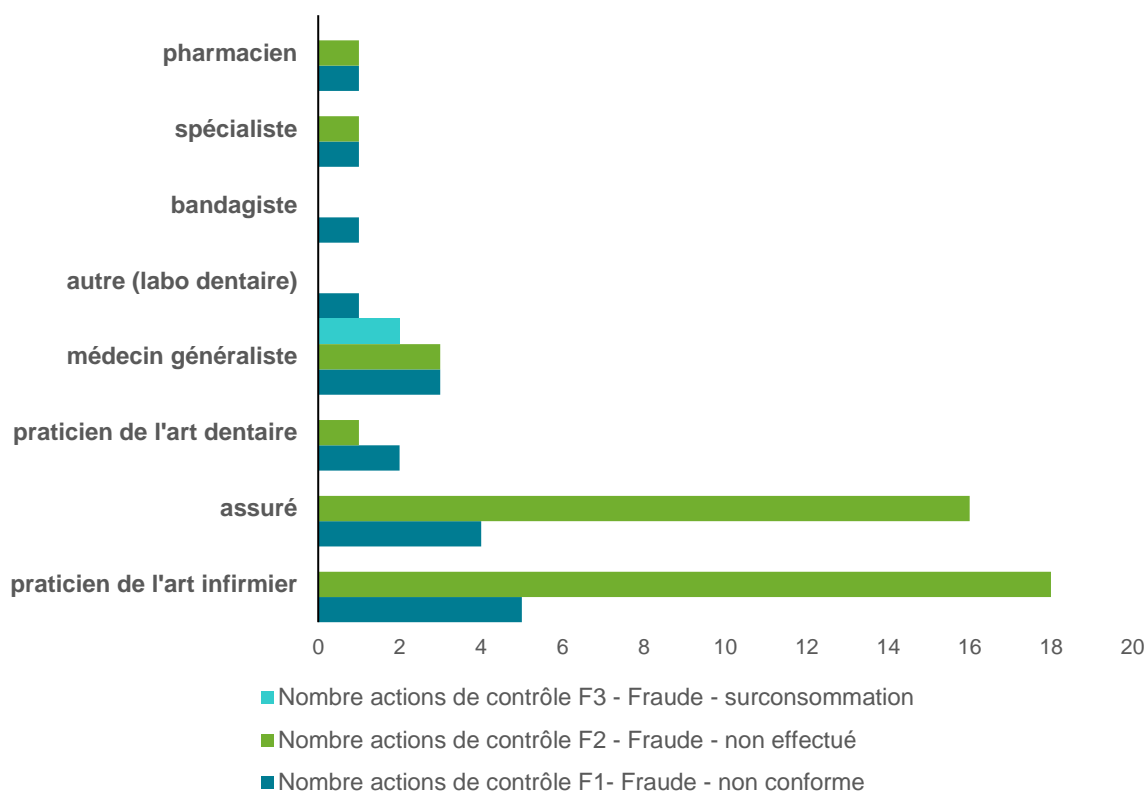


Illustration 17. Nombre d'actions de contrôle en matière de fraude suivant le type d'intéressé par catégorie en 2020

38,33 % du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude et 74,70 % du montant imputé dans toutes les actions de contrôle en matière de fraude concernent 23 praticiens de l'art infirmier à domicile (tableau 13). Même si ce groupe professionnel représente la part la plus importante de nos actions de contrôle en matière de fraude, nous soulignons qu'il s'agit uniquement d'une petite fraction (< 0,1 %) du nombre d'infirmiers à domicile actifs en Belgique (\pm 32.000 en 2019).

20 actions de contrôle en matière de fraude portent sur des assurés (falsification de prescriptions et d'attestations de soins donnés), mais, dans chaque cas, le montant imputé est relativement faible, voire nul. L'action de contrôle sur un spécialiste dont la catégorie est « non conforme » concernait un radiologue qui faisait lui-même les prescriptions, alors que les prescriptions radiologiques doivent être réalisées par un médecin traitant²⁵.

Les 2 dossiers de surconsommation avaient trait à la surprescription de stupéfiants. Nous avons transmis ces dossiers au Parquet en raison de leur relation avec un autre dossier. Aucun montant n'a été porté à charge.

²⁵ Art. 17, § 12, 1°, chapitre V Nomenclature des prestations de santé – Prestations techniques médicales spéciales – Imagerie médicale – Médecin spécialiste en radiodiagnostic.

Tableau 13. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2020, suivant le type de fraude et le type d'intéressé

Type de fraude	Nombre d'actions de contrôle	MDG	MRV (au 31.12.2020)
F1 - Fraude – non conforme			
Infirmier	5	279.682,12 EUR	9.000,00 EUR
Assuré	4	0,00 EUR	0,00 EUR
Dentiste	2	99.879,06 EUR	0,00 EUR
Médecin généraliste	3	246,15 EUR	246,15 EUR
Autre (labo technico-dentaire)	1	0,00 EUR	0,00 EUR
Bandagiste	1	96.754,07 EUR	1.789,08 EUR
Spécialiste	1	292.688,26 EUR	292.688,26 EUR
Pharmacien	1	12.155,36 EUR	12.155,36 EUR
	18	781.405,02 EUR	315.878,85 EUR
F2 - Fraude – non effectué			
Pharmacien	1	0,00 EUR	0,00 EUR
Infirmier	18	2.240.419,13 EUR	8.000,00 EUR
Assuré	16	18.138,98 EUR	0,00 EUR
Dentiste	1	185.631,88 EUR	0,00 EUR
Médecin généraliste	3	119.053,15 EUR	0,00 EUR
Spécialiste	1	28.755,84 EUR	28.755,84 EUR
	40	2.591.998,98 EUR	36.755,84 EUR
F3 - Fraude – surconsommation			
Médecin généraliste	2	0,00 EUR	0,00 EUR
	2	0,00 EUR	0,00 EUR
Total	60	3.373.404,00 EUR	352.634,69 EUR

Suivi proactif des fraudeurs : impact

Nous suivons proactivement les fraudeurs identifiés (dispensateurs de soins) via les profils annuels. Cela signifie que, pour chacun d'entre eux, nous évaluons le total annuel des prestations attestées.

Nous comparons le montant de prestations attestées de l'année après un constat avec le montant de prestations attestées avant le constat. Si ce montant n'a pas diminué, cela peut indiquer que le dispensateur de soins n'a pas modifié son comportement et fraude encore/à nouveau.

Nous avons ajouté les données de 2020 et disposons entretemps des données de 226 dispensateurs de soins fraudeurs (tableau 14). Les chiffres reflètent l'attestation cumulative des fraudeurs, où le constat le plus ancien remonte à 2013. Nous constatons que leur attestation globale baisse de 14.101.756,40 EUR l'année après le constat par rapport à l'année avant le constat.

L'année du constat, nous pouvons également observer une baisse de 8.303.237,26 EUR (par un constat en début d'année et un impact financier par des auditions antérieures).

Tableau 14. Aperçu de l'impact financier des actions de contrôle sur le groupe de fraudeurs

Nombre fraudeurs	Attestation annuelle à l'INAMI (EUR)						
	1 an avant le constat	année du constat	1 an après le constat	2 ans après le constat	3 ans après le constat	4 ans après le constat	5 ans après le constat
226	58.985.857,06	49.458.186,77					
212	55.844.342,37	47.541.105,11	41.742.585,97				
179	43.474.714,23	37.215.529,14	31.129.835,49	28.986.894,27			
135	34.212.890,33	29.428.988,19	24.502.454,30	22.545.341,31	20.171.369,70		
83	22.208.513,31	19.207.775,83	16.398.381,51	15.014.016,02	13.786.310,57	12.281.276,93	
36	6.933.401,52	6.174.101,78	5.178.335,02	4.544.496,61	4.123.923,10	3.980.112,30	4.101.513,95

Sur les 226 fraudeurs que nous suivons de façon proactive, 179 ont déjà fait l'objet d'un suivi 2 ans après le constat et 135, 3 ans après le constat. Pour 36 fraudeurs, nous avons même un suivi jusqu'à 5 ans après le constat. Sur la base des données de facturation, nous pouvons supposer que l'impact financier sur le groupe des fraudeurs dure plusieurs années. Étant donné que le nombre de fraudeurs pour lequel nous disposons des données jusqu'à 5 ans après le constat est encore relativement faible, nous ne tirons pas de conclusions définitives de cet aperçu.

Suspension du paiement via le régime du tiers payant

L'article 77sexies de la loi SSI offre la possibilité de suspendre temporairement le paiement de prestations via le régime du tiers payant pour une période maximale de 12 mois, s'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins.

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

En 2020, le FD du SECM a suspendu temporairement le paiement de 12 numéros de tiers payant concernant 8 fraudeurs. Il s'agit principalement de praticiens de l'art infirmier à domicile (tableau 15). Ce groupe de dispensateurs de soins facture principalement via le régime du tiers payant, sans demander de ticket modérateur.

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

Tableau 15. Aperçu des suspensions du paiement via le régime du tiers payant (art. 77sexies)

Suspension	Début suspension	Fin suspension	Type	Responsable présumé
1	23.04.2020	22.04.2021	Médecin généraliste	A
2	22.05.2020	21.05.2021	Praticien de l'art infirmier à domicile	B
3	15.06.2020	14.06.2021	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	C
4	15.06.2020	14.06.2021	Praticien de l'art infirmier à domicile	C
5	23.06.2020	22.06.2021	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	D
6	23.06.2020	22.06.2021	Praticien de l'art infirmier à domicile	D
7	04.08.2020	03.08.2021	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	E
8	04.08.2020	03.08.2021	Praticien de l'art infirmier à domicile	E
9	04.08.2020	03.08.2021	Praticien de l'art infirmier à domicile	F

10	30.09.2020	29.09.2021	Praticien de l'art dentaire	G
11	28.12.2020	27.12.2021	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	H
12	28.12.2020	27.12.2021	Praticien de l'art infirmier à domicile	H

* Les fraudeurs responsables présumés ont parfois plusieurs numéros de tiers payant à leur nom. Dans la dernière colonne de ce tableau, chaque lettre reflète un fraudeur individuel différent.

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

Notre objectif est d'évaluer à long terme l'impact de la suspension temporaire sur le comportement de facturation. Ce faisant, nous pouvons suivre de plus près les fraudeurs existants et détecter plus rapidement toute nouvelle fraude éventuelle. Nous discuterons des premiers résultats significatifs de ce suivi dans notre prochain rapport annuel.

Partie 4 – Impact

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

Nous mesurons surtout l'impact à l'aide d'indicateurs financiers, mais également non financiers. Outre les montants concrets des remboursements volontaires, éventuellement complétés par des amendes administratives, nous souhaitons dans ce chapitre clarifier les différentes formes d'impact. Nous ne pourrions évaluer l'impact des activités de 2020 que dans les années à venir.

En 2020, nous avons pu mesurer l'impact d'un certain nombre d'activités des années précédentes. Nous les montrons dans les tableaux suivants. Pour plusieurs actions nationales, nous ne disposons pas de mesures d'impact. Elles ne sont donc pas reprises dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 16. Paiements directs en 2020

Action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Remboursement volontaire après introduction de la procédure administrative	229	6.197.463,48	2017, 2018, 2019, 2020
Paiement après un jugement définitif (FD, CPI, CR)	41	1.223.416,90	2020
Récupération via SPF Finances	43	408.499,40	2020
Remboursement volontaire après avertissement (art. 206bis)	19	122.659,00	2020
Récupération via art. 206bis	18	71.074,00	2020
Total		8.023.112,78	

Cela concerne les remboursements volontaires résultant de constats faits lors d'actions de contrôle que le SECM a clôturées en 2020, ainsi que le remboursement imposé de décisions définitives (indu + sanctions administratives) et par compensation en application de l'article 206bis.

Tableau 17. Facturation diminuée de fraudeurs en 2020 suite aux actions du SECM

Action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Suivi des fraudeurs	226	14.101.756,40	2016, 2017, 2018, 2019, 2020

Cela concerne le suivi proactif de 226 dispensateurs de soins pour lesquels le Service a remarqué des infractions intentionnelles, en ne prenant en compte qu'une seule année d'impact financier, tandis que l'impact persiste pendant plusieurs années.

Tableau 18. Facturation diminuée de praticiens de l'art infirmier en 2020 suite à un courrier de sensibilisation

Action	Dispensateurs de soins concernés	Montant (EUR)	Année de l'action
Double subventionnement des handicapés français dans les institutions belges	74	7.200.000,00	2019, 2020

Cela concerne 74 praticiens de l'art infirmier, auxquels la réglementation a été rappelée dans un courrier de sensibilisation²⁶. Le montant de 7.200.000 EUR a été obtenu en considérant la diminution de 600.000 EUR par mois pour les prestations infirmières dispensées aux handicapés français dans les institutions belges, pendant un an. En effet, dans le mois suivant l'envoi du premier courrier de sensibilisation, nous avons observé une diminution des facturations de ces prestations, à hauteur de 600.000 EUR.

Bilan

Sur la base des données susmentionnées, nous avons pu chiffrer l'impact financier pour l'année 2020 à plus de **29 millions d'EUR**.

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

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

²⁶ Voir résumé, p. 27.

Partie 5 – Vers une meilleure réglementation

I. FONCTION D'AVIS

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

1. Apport du représentant du SECM

Il y a 3 types d'apport différents, à savoir :

- ✦ **proposition élaborée et motivée de changements de nomenclature** (suppression / modification / ajout de code de nomenclature, modification d'une règle d'application ou création d'une nouvelle règle interprétative, etc.) Une proposition fait toujours suite aux résultats d'une action de contrôle ou d'une étude réalisée par le SECM.
Les propositions peuvent être
 - ✧ acceptées,
 - ✧ toujours en cours de discussion avec demande d'analyse complémentaire,
 - ✧ refusées.
- ✦ **aide active à l'étude des propositions concrètes des différents projets soumis à la réflexion ou à l'étude du groupe de travail.** Le SECM donne des conseils concernant les propositions concrètes qui ont été mises à l'agenda du groupe de travail. Ils sont basés sur la connaissance du terrain et l'analyse des données.
- ✦ **voix consultative lors de la séance plénière du CTM ou lors des différentes commissions de convention.** Toutes les décisions des groupes de travail sont soumises à la séance plénière du CTM ou des commissions de conventions pour approbation définitive. Le représentant du SECM y a une voix consultative. Toutes ses remarques doivent être consignées dans les procès-verbaux de réunion. Elles sont ainsi visibles par toutes les parties concernées, y compris le ministère des Affaires sociales, le Conseil d'État, etc.

2. Conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail

Les conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail (GT) auxquels le SECM participe avec voix consultative sont :

- ✦ Conseil technique médical
 - ✧ GT Médecine générale
 - ✧ GT Médecine interne
 - ✧ GT Chirurgie
 - ✧ GT Imagerie médicale
 - ✧ GT Biologie clinique
 - ✧ GT Réforme du financement des hôpitaux
 - ✧ GT général
 - ✧ GT COM had hoc
- ✦ Conseil technique dentaire
- ✦ Commission de conventions des infirmiers
- ✦ Conseil technique de l'hospitalisation
- ✦ Commission de conventions des kinésithérapeutes
- ✦ Commission de conventions des logopèdes

- ✦ Commission de conventions des bandagistes et orthopédistes
 - ✧ GT Bandagistes
 - ✧ GT Orthopédistes
- ✦ Commission de conventions des audiciens
- ✦ Commission de conventions des safes-femmes
- ✦ Conseils technique de la kinésithérapie
- ✦ Conseil technique pharmaceutique
- ✦ Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins
 - ✧ GT Nutrition médicale
 - ✧ GT Aversion alimentaire
 - ✧ GT Soins ambulatoire alimentation parentérale
- ✦ Commission de conventions des pharmaciens O.A.
 - ✧ GT Offices de tarification
- ✦ Conseil technique des isotopes
- ✦ Commission de remboursement des médicaments
- ✦ Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI)
 - ✧ GT CRIDMI-CTM mixte ad hoc
- ✦ Conseil fédéral des professions paramédicales

3. Fonction d'avis du SECM en 2020

Voici 3 exemples d'intervention du SECM dans le cadre de la fonction d'avis en 2020.

a) CRIDMI : remboursement des valves endobronchiques

Le remboursement des valves endobronchiques est réglementé par une convention. Seuls les hôpitaux remplissant certaines conditions peuvent adhérer à la convention et obtenir le remboursement de ces valves.

Une expérience en bronchoscopie interventionnelle par bronchoscopie rigide est requise. Le problème est que les hôpitaux ne peuvent pas prouver cette expérience, car il n'existe aucun numéro de nomenclature pour la bronchoscopie rigide.

La solution proposée consistait à s'appuyer sur la facturation de 2 numéros de nomenclature qui s'en rapprochent en guise de remplacement, à savoir 471796-471800 : bronchoscopie avec extraction de corps étrangers ou mise en place d'un élément prothétique, et également bronchoscopie par la méthode au laser YAG. Les membres de la CRIDMI ont supposé que l'utilisation d'un bronchoscope rigide était plutôt courante dans ces prestations.

Les hôpitaux devaient pouvoir démontrer 40 prestations au cours de la période 2017-2018. Il leur a été demandé de transmettre leur nombre de prestations au SdSS lorsqu'ils pensaient pouvoir prétendre à un remboursement des valves endobronchiques. Dans le même temps, le SdSS a demandé à sa direction Recherche, développement, promotion de la qualité (RDQ) de lui transmettre leurs données de facturation.

Le SdSS a découvert des différences entre les chiffres communiqués par les hôpitaux et ceux rapportés par la direction RDQ, et nous a demandé d'examiner la question plus en détail.

Nous avons réalisé les activités suivantes :

- ✦ Nous avons visité plusieurs hôpitaux ou téléphoné à leur service de pneumologie pour demander leurs rapports de bronchoscopie et leurs données de facturation pour l'analyse.
- ✦ Nous avons constaté ce qui suit :
 - ✧ les deux prestations susmentionnées (qui se rapprochent de la bronchoscopie interventionnelle par bronchoscopie rigide) ne peuvent pas toujours être utilisées pour les interventions où l'utilisation d'un bronchoscope rigide est effectivement possible ;
 - ✧ ces deux prestations peuvent également être utilisées pour des interventions sans utilisation d'un bronchoscope rigide ;

- ✧ les listes transmises par les hôpitaux contiennent généralement toutes les prestations pour lesquelles ces deux prestations ont été facturées, sans tenir compte de l'utilisation ou non d'un bronchoscope rigide ;
- ✧ Seuls quelques centres ont facturé une utilisation du laser YAG (utilisation abandonnée, car trop traumatisante), et ce généralement de manière incorrecte (intervention sans utilisation du laser YAG).
- ✦ Après avoir contacté les hôpitaux par téléphone, nous leur avons demandé de se mettre en règle au niveau des prestations non conformes : ils ont tous accepté sans problème.
- ✦ Nous avons encouragé les pneumologues à faire usage de leur connaissance du terrain pour une nomenclature plus précise des interventions bronchoscopiques.
- ✦ Nous avons rendu un avis à la CRIDMI dans lequel nous prôtons une adaptation de la convention sur la base de nos constats sur le terrain.

b) Commission de conventions des logopèdes : autisme

Le SECM a attiré l'attention sur les conséquences potentielles de la règle interprétative que la Commission de convention des logopèdes souhaitait élaborer et publier sur la rééducation en cas de troubles du langage. Cette règle aurait ouvert la porte à un remboursement important et n'aurait pas été parfaitement conforme à la réglementation existante. Grâce à notre intervention, un groupe de travail a été constitué pour proposer une nouvelle indication diagnostique.

c) GT Biologie clinique du CTM : anatomopathologie

Nous avons présenté le rapport de notre analyse sur les prestations en anatomopathologie au groupe de travail Biologie clinique du CTM. Cette analyse figurait parmi les points d'action du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé. Nous y avons formulé plusieurs propositions :

- ✦ modification des instructions de facturation : champ relatif pour l'intervention initiale ; champ relatif avec code norme pour l'intervention correspond toujours à la date du prélèvement de l'échantillon ; champ pour l'antisérum utilisé ;
- ✦ modification de la nomenclature avec précision des règles de cumul ;
- ✦ proposition de suppression des prestations 588232-588243 et 588114-588125.

Le groupe de travail a décidé de supprimer uniquement la prestation 588232-588243 et était d'accord de toujours considérer la date de prélèvement de l'échantillon comme étant la date de la prestation. Ces modifications seront prises en compte dans le cadre de la modification en cours de la nomenclature des anatomopathologistes.

À notre demande, le KCE réalisera une étude sur l'efficacité des tests immunohistochimiques et de l'examen au microscope électronique. Le KCE a planifié cette étude pour mai 2021.

II. CONTROLE PRIMAIRE DES O.A.

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

Depuis 2004, 10 % du montant qu'un O.A. reçoit annuellement est lié à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ce pourcentage de 10 % (près de 100 millions d'EUR) est connu sous le nom de « frais d'administration variables ». Le 11.04.2019, l'article 195 de la loi SSI a été adapté. À partir de 2019, les frais d'administration variables seront augmentés annuellement de 2,5 % jusqu'à ce qu'ils atteindront un maximum de 20 % en 2022.

Tous les services de l'INAMI et de l'Office de contrôle des mutualités réalisent des analyses qui portent sur la qualité de la façon dont les O.A. remplissent leur mission légale. L'INAMI transmet les résultats de ces analyses à l'Office de contrôle des mutualités. Au moyen d'échelles de scores, ils convertissent

les résultats des analyses en valeurs pécuniaires et diminuent par O.A. les frais d'administration variables de cette valeur pécuniaire.

Il est à noter que cette responsabilisation des O.A. est un système de sanction. Si les O.A. obtiennent de mauvais scores, une partie des 10 % de frais variables est retenue. En revanche, si les O.A. obtiennent de bons scores, ils profitent des 10 % complets. Il ne s'agit donc pas de récompenses.

L'évaluation de la performance des O.A. est décrite dans l'arrêté royal du 10.04.2014 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration

En 2020, notre service était impliqué dans l'évaluation des indicateurs suivants. En raison de la période de recours, nous ne pouvons pas encore communiquer de résultats définitifs.

1. Un contact précoce et intensif avec un patient en incapacité de travail est crucial pour lui donner toutes les chances de réintégration. La réintégration des patients en convalescence ne peut réussir que si tous les acteurs, en tant qu'équipe soudée, accompagnent et suivent le patient et son environnement de travail. Par acteurs, nous entendons aussi bien les médecins-conseils que les thérapeutes, les psychologues et, dans le cas des salariés, les médecins du travail. Le contact intensif et l'accompagnement du médecin-conseil sont essentiels, vu sa fonction-clé dans l'assurance invalidité du travail. Le SECM a examiné si les personnes nouvellement reconnues comme invalides, qui ont été traitées en ambulatoire pour une dépression ou un syndrome d'épuisement professionnel, ont eu au moins 2 contacts avec le médecin-conseil ou avec un psychologue de son équipe au cours des 12 premiers mois d'incapacité de travail primaire.

Les résultats sont très variables. Dans certains O.A., tous les patients ont au moins 2 contacts avec le médecin-conseil, dans d'autres moins de 50 %.

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

Le SECM a examiné s'ils ont envoyé ces données dans les délais. Puisque les O.A. ne sont pas responsables de tous les retards, le Comité de gestion générale de l'INAMI a introduit une marge de tolérance ou d'immunité de 7,5 %. Si le nombre de dossiers en retard est inférieur à 7,5 %, aucun score d'erreur ou de retard n'est attribué.

Les résultats varient considérablement et se situent entre 2 % et 15 %.

3. Certaines prestations (codes de (pseudo)nomenclature) ne sont remboursables que sur prescription par un dispensateur de soins. En général, il s'agit d'un médecin, quelle que soit sa qualification. Parfois c'est limité à un certain nombre de qualifications. Avant de rembourser des prestations, les O.A. doivent vérifier le numéro INAMI du prescripteur et ensuite l'introduire dans leurs banques de données. Une liste de toutes les prestations pour lesquelles un prescripteur doit obligatoirement être mentionné se trouve sur le site web de l'INAMI. Cette liste est régulièrement mise à jour.

Pour un certain nombre de ces prestations, le SECM a vérifié si le prescripteur était bien mentionné. Certains aspects de notre analyse sont contestés et sont actuellement traités par notre service.

4. Tout comme en 2019, nous avons évalué la qualité des données que les O.A. envoient au SECM via la plateforme NewAttest.

Nous avons effectué un contrôle de qualité des zones qui concernent :

- ✦ les médicaments délivrés lors d'une hospitalisation,
- ✦ le régime du tiers-payant,
- ✦ le code des prestations,
- ✦ l'identification d'établissements et/ou services de soins,
- ✦ l'identification de l'endroit et/ou du service de la prestation,

- ✦ l'appareil d'imagerie médicale,
- ✦ le numéro de dent.

Contrairement à l'année précédente, notre service a sélectionné certaines prestations d'une manière plus réfléchie.

Là où nous n'avons pas constaté d'erreurs l'année dernière, la répartition de scores d'erreurs se situe maintenant entre 7 et 21 % d'erreurs.

Nous ne disposons pas encore des résultats définitifs, car certaines analyses sont revenues à notre service pour traitement suite à des contestations.

Partie 6 – Collaborations

I. AUDIT HOPITAUX

L'Audit des hôpitaux a vu le jour en exécution du programme de Redesign des administrations fédérales des soins de santé. Ce programme vise notamment à renforcer la collaboration entre l'INAMI, le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

1. Audit soins à basse variabilité

a) Origine et objectif

Le financement prospectif global a été instauré à partir du 01.01.2019 pour les hospitalisations de 57 groupes de patients « Soins à basse variabilité » (SBV). Il s'agit des séjours hospitaliers classiques et/ou de séjours en hospitalisation de jour.

La réalisation d'audits annuels dans le cadre de ce nouveau financement (SBV) est l'une des actions à mener pour l'Audit des hôpitaux.

L'objectif spécifique de cet audit portant sur les soins à basse variabilité est de déceler un éventuel changement de comportement (sur le plan du codage, de la facturation, de la pratique médicale, etc.) dans les hôpitaux depuis l'instauration du nouveau système de financement.

b) Méthodologie

Le but est de comparer, pour chacun des 57 groupes, la proportion des séjours forfaitarisés pour l'année 2019 avec la proportion des séjours des années précédentes (2016, 2017 et 2018) qui auraient été forfaitarisés si la réglementation avait été d'application pour ces années.

En 2020, les données liées (nomenclature, données médicales du résumé hospitalier minimal) pour 2019 n'étaient pas encore disponibles.

c) Résultats

La méthodologie qui permet une comparaison entre différentes années avait déjà été développée, mise au point et testée.

Les premiers résultats SBV ne pourront être publiés qu'après que les données liées pour 2019 auront été mises à disposition et analysées.

d) Actions et propositions

Les conclusions peuvent servir, entre autres :

- ✦ à des propositions d'amélioration des SBV, là où c'est possible ;
- ✦ de base de réflexion pour d'autres financements prospectifs ;
- ✦ à la sélection de thèmes à auditer.

2. Audit COVID-19 1^{re} et 2^e vague

a) Origine et objectif

À partir du 14.03.2020, en réponse à la pandémie de COVID-19, le comité HTSC a édicté des directives visant à annuler tous les examens électifs, toutes les consultations et interventions électives dans les hôpitaux généraux et universitaires. Une attention particulière a été demandée pour les interventions ayant un impact sur la capacité de l'hôpital en matière de soins intensifs. Tous les examens, consultations et interventions urgents et nécessaires pouvaient toujours avoir lieu, de même que toutes les thérapies vitales en cours ou la revalidation quotidienne indispensable. Dans ce contexte, le comité HTSC a demandé à l'unité Audit des hôpitaux de formuler une réponse aux questions suivantes :

- ★ Quelle a été l'ampleur de la charge sur les hôpitaux belges résultant du traitement de patients COVID-19 pendant la 1^{re} vague en 2020 ?
 - ✧ Répartition de la charge sur les services USI et non-USI. Facteurs ayant une incidence sur l'occupation
 - ✧ Représentation géographique de la charge COVID-19
 - ✧ Extension de capacité et occupation des services USI. Combinaison des activités liées et non liées au COVID-19
- ★ Dans quelle mesure les hôpitaux généraux et universitaires ont-ils suivi les directives fédérales en matière de gestion des prestations non-COVID-19 ?
 - ✧ Impact sur les admissions
 - ✧ Impact sur les prestations
- ★ Y a-t-il un lien entre la charge COVID-19 et la quantité de médicaments du stock stratégique que les hôpitaux ont acceptée ?
 - ✧ Acceptation de médicaments selon le système « *push & pull* »

Après une présentation intermédiaire des résultats relatifs à la première vague, le comité HTSC a formulé les questions supplémentaires suivantes concernant la 2^e vague :

- ★ degré de répartition (in)égale de la charge des patients COVID-19 entre les hôpitaux dans notre pays ;
- ★ respect des directives édictées par le comité HTSC par les hôpitaux généraux et universitaires ;
- ★ examen de la possibilité d'établir une estimation des temps d'attente accumulés pour d'autres pathologies.

b) Méthode

Pour surveiller l'évolution des inscriptions en hospitalisation classique, un modèle a été développé qui offre la possibilité de comparer la 1^{re} vague de COVID-19 avec la même période de l'année précédente, en tenant compte des jours de semaine / de week-end / fériés / de vacances scolaires et du mois. Pour effectuer une comparaison analogue en ce qui concerne les prestations facturées, une distinction a été établie entre prestations essentielles, non essentielles et essentielles mixtes. La variation dans la fourniture de données via le flux comptable a été prise en compte également.

Pour l'estimation de la pression sur les hôpitaux en USI, deux approches différentes ont été employées : la première met l'accent sur une comparaison au sein de l'hôpital, la deuxième se focalise sur une comparaison entre les hôpitaux.

Pour déterminer la pression locale et l'incidence cumulée des contaminations par le COVID-19 au niveau des communes, des arrondissements et des hôpitaux, un indicateur a été défini sur la base de coordonnées spatiales. Celui-ci permet d'indiquer l'ampleur de l'incidence cumulée dans les environs immédiats de chaque hôpital.

c) Résultats

Les résultats seront publiés lorsque toutes les analyses seront terminées et validées. Une partie des résultats a déjà été publiée par le biais du [rapport 335 du KCE](#)²⁷.

d) Actions et propositions

Les conclusions peuvent notamment servir au suivi de la politique menée et à l'optimisation d'une politique future du comité HTSC.

²⁷ KCE, Rapport 335 : *Assessing The Management Of Hospital Surge Capacity In The First Wave Of The COVID-19 Pandemic In Belgium*, pp. 159-163 : « 6.5 Federal inter-administration hospital audit cell : impact on hospital activity in the first wave of the COVID-19 pandemic ».

II. AFFAIRES INTERNATIONALES

L'objectif de la Cellule « Affaires internationales » est de sensibiliser le SECM à la coopération internationale et de mettre en valeur la plus value de celle-ci pour le Service. La Cellule partage en outre les connaissances et bonnes pratiques du SECM avec ses partenaires externes.

1. EHFCN

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

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

Par ailleurs, l'EHFCN organise des séminaires sur des thèmes spécifiques liés à la fraude, la corruption, le gaspillage, le développement d'instruments de mesure de risques, ainsi que des conférences internationales.

a) Digitalisation des activités

À la suite de la pandémie de la COVID-19, l'EHFCN a fait le pari de digitaliser des pans entiers de son fonctionnement. En effet, les instances décisionnelles de l'EHFCN ont décidé de privilégier l'usage de plateformes numériques internes pour communiquer et échanger entre membres pendant la pandémie, ainsi que d'organiser des webinaires internes via une plateforme spécifique. Toutes les réunions de l'EHFCN, y compris les conférences et l'assemblée générale, ont eu lieu en ligne à partir de mars 2020.

3 webinaires ont été organisés en 2020, à destination des membres de l'EHFCN. L'objectif est de discuter des sujets actuels dans le domaine de la lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé et de fournir des réponses aux questions des membres. Les webinaires sont animés par des experts du secteur de la santé, issus des membres de l'EHFCN. Les sujets des webinaires étaient les suivants :

- ✦ *Évaluer l'impact de la prévention des infractions* (octobre 2020) : les services d'inspection qui s'attaquent aux erreurs, aux abus et aux fraudes dans le domaine des soins de santé utilisent un large éventail d'actions. Certaines sont principalement mises en œuvre pour prévenir les infractions. La question posée était de savoir comment estimer l'impact de ces actions à l'avenir. L'expérience recueillie suggère que ces effets sont encore sous-estimés ;
- ✦ *Abus (et fraude) d'opioïdes* (novembre 2020) : ce webinaire a donné un aperçu de l'utilisation (abus) des opioïdes en Belgique et en France, en mettant l'accent sur le cas spécifique du Tramadol. Différents schémas de fraude et d'abus ont été présentés avec une évaluation des actions pour s'attaquer de manière plus efficace à ce problème ;
- ✦ *Approche méthodologique pour quantifier et comprendre la fraude dans le domaine des soins de santé* (décembre 2020) : les montants identifiés de la fraude dans le domaine des soins de santé augmentent chaque année. La fraude est par nature dissimulée et donc difficile à évaluer. Pourtant, les organismes de protection sociale doivent s'engager à davantage identifier le risque de fraude.

Les webinaires se poursuivront en 2021, au rythme d'une session par mois.

b) Création de groupes de travail

Lors de l'assemblée générale de septembre 2020, l'EHFCN a approuvé la création de 3 groupes de travail :

- ✦ l'intelligence artificielle dans le domaine des soins de santé. Ce groupe de travail a pour objectif d'évaluer si les technologies d'intelligence artificielle existantes dans la détection de la fraude dans le domaine de la santé sont applicables, ainsi que de partager les bonnes pratiques et les nouvelles méthodologies de détection des fraudes à l'aide d'algorithmes d'intelligence artificielle. Le groupe de travail examinera aussi la mise en œuvre potentielle de la détection des fraudes par l'intelligence artificielle dans différents systèmes de santé ;
- ✦ le portail web européen pour promouvoir l'intégrité dans le secteur de la santé. Ce groupe travaillera à la mise en place d'un nouveau réseau de communication entre tous les principaux acteurs de la santé via un nouveau portail web innovant. Ce dernier rassemblera des ressources (documents, analyses scientifiques, etc.) pour encourager le développement de modèles de gestion et de soins axés uniquement sur la poursuite des objectifs de santé, c'est-à-dire en rejetant et en combattant toute forme de corruption, ainsi que les comportements connexes tels que la fraude et le gaspillage. L'approche sera globale et inclusive, afin de s'adresser à l'ensemble de la société civile, notamment en encourageant la dénonciation des abus.
- ✦ la coopération durable des systèmes de santé. L'objectif principal est de développer un programme-cadre qui, à l'avenir, pourra être adapté à un pays ou une région spécifique. Les différents types de systèmes de santé seront analysés et regroupés, pour identifier les menaces internes et externes. Un autre objectif est d'identifier des méthodes et des procédures pour prévenir la corruption, la fraude et le gaspillage dans les soins de santé. La finalité est de définir des mesures et des actions pour atténuer les risques de corruption, de fraude et de gaspillage dans différents types d'établissements de santé.

c) Autres activités

Outre la digitalisation, 2020 a été marqué par la préparation du lancement du plan stratégique de l'EHFCN d'une durée de 3 ans, lié à un plan d'action d'un an, renouvelable chaque année. Ce plan stratégique implique une vision sur le long terme, des objectifs clairs et mesurables avec des indicateurs de qualité. Ce plan vise aussi à se rapprocher davantage des membres, à les impliquer et les informer davantage des activités du réseau.

Enfin, l'EHFCN a décidé de communiquer davantage vers l'extérieur sur ses activités et ses missions. 2 vidéos institutionnelles ont été préparées en 2020 et seront publiées en 2021. L'objectif est d'assurer la promotion du réseau à l'égard des professionnels de la santé et du grand public.

2. Réunions bilatérales

La Cellule organise également des réunions bilatérales, des ateliers et des conférences dans un contexte international, pour promouvoir le partage des connaissances et la concertation. En 2020, la Cellule a organisé une réunion bilatérale entre l'INAMI et la *Nederlandse Zorgautoriteit*, organisme de soins de santé situé aux Pays-Bas. Cette réunion s'est déroulée en janvier 2020, dans les locaux de l'INAMI. Cette journée a consisté en une séance plénière sur l'organisation et le financement de soins infirmiers à domicile aux Pays-Bas et en Belgique, ainsi qu'en plusieurs sessions parallèles sur la surveillance, le contrôle et les mécanismes de financement à l'avenir.

En mai 2020, a eu lieu une réunion bilatérale entre le SECM et la Caisse nationale de l'assurance maladie (France).

III. PLAN D'ACTION EN MATIERE DE CONTROLE DES SOINS DE SANTE 2018-2020

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

Ce premier plan d'action (2016-2017) comportait :

- ✦ 15 mesures structurelles en matière de contrôle,
- ✦ 10 mesures dans le cadre de la lutte contre la fraude et
- ✦ 9 mesures de promotion de l'efficacité des soins de santé.

Certaines mesures du premier plan qui n'étaient pas encore achevées ont été reprises dans le [plan d'action 2018-2020](#). En outre, le 2^e plan d'action contient un chapitre relatif à :

- ✦ la collaboration avec les divers partenaires dans le domaine des soins de santé,
- ✦ l'échange et la gestion des données.

Tant l'INAMI que les O.A. ont formulé des propositions via leurs activités dans la Commission anti-fraude créée au sein de l'INAMI. Ces propositions ont été intégrées dans le Plan d'action 2018-2020, en collaboration étroite avec le SPF Santé publique.

Compte tenu de notre mission, nous contribuons dans une large mesure à l'utilisation performante des ressources dans le domaine des soins de santé. Nos actions de contrôle et nos études d'évaluation²⁸, dont nous avons présenté les résultats au Comité du SECM, font partie de ce plan d'action, ainsi que les activités de la cellule Audit des hôpitaux²⁹.

Concernant l'exécution de méniscectomies arthroscopiques³⁰ (§ 7.2.10 du Chapitre Thèmes spécifiques « soins efficaces »), nous avons proposé en 2020 au CTM de limiter – dans la nomenclature – le remboursement des méniscectomies chez les personnes âgées de plus de 50 ans souffrant d'une affection dégénérative. Cette proposition n'a pas été retenue, mais les chirurgiens orthopédiques ont annoncé leurs propres initiatives.

IV. SCIENSANO

Dans la lutte contre la COVID-19, il est important que les organismes de surveillance puissent disposer rapidement de données correctes concernant les tests de réaction en chaîne par polymérase (PCR) détectant le SARS-CoV-2 réalisés. À la demande de Sciensano, le SECM a participé au suivi de trois indicateurs dans la communication des tests PCR par les laboratoires agréés sur Healthdata :

- ✦ le délai entre la validation du résultat et la réception du résultat sur Healthdata : dans l'heure qui suit la validation,
- ✦ le NISS correct de l'assuré : présent dans 100 % des résultats,
- ✦ le délai entre le prélèvement et la réception du résultat du test sur Healthdata : dans les 48 heures qui suivent le prélèvement, à terme dans les 24 heures (nouvel indicateur suivi à partir du 28.08.2020).

²⁸ Voir les résumés, pp. 12-25 et 32-38.

²⁹ Voir pp. 63-64.

³⁰ Voir p. 29.

1. Action de sensibilisation du 31.08.2020

Pour la première action de sensibilisation, nous avons envoyé un courrier aux laboratoires qui, pendant la semaine du 17.08.2020 au 23.08.2020 :

- ✦ ont rapporté au moins 5 % des résultats des tests PCR plus de 4 heures après leur validation (25),
- ✦ n'ont pas mentionné un NISS correct pour au moins 5 % des résultats de test PCR (13).

14 laboratoires ont reçu les 2 courriers de sensibilisation. L'objectif était de sensibiliser les laboratoires à l'importance du respect de ces indicateurs. Nous leur avons demandé de nous fournir les raisons du non-respect de ceux-ci.

Nous avons également envoyé un courrier à tous les laboratoires agréés (98) pour les informer de l'introduction d'un nouvel indicateur et de son suivi.

2. Action de sensibilisation du 25.09.2020

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation supplémentaire aux 7 laboratoires qui, entre le 31.08.2020 et le 20.09.2020, n'avaient pas mentionné un NISS correct pour au moins 5 % des résultats de test PCR et n'avaient pas répondu à notre premier courrier. Nous leur avons fourni un feedback personnalisé et leur avons rappelé la possibilité de créer un numéro BIS pour un patient sans numéro de registre national.

3. Action de sensibilisation du 28.09.2020

Comme annoncé dans le premier courrier, nous avons envoyé un feedback aux laboratoires sur le respect du nouvel indicateur pendant la semaine du 14.09.2020 au 20.09.2020 :

- ✦ 35 laboratoires avaient envoyé au moins 90 % des résultats de test PCR dans les 24 heures qui suivent le prélèvement de l'échantillon et ont été remerciés ;
- ✦ 54 laboratoires avaient envoyé plus de 10 % des résultats de tests PCR plus de 24 heures après le prélèvement de l'échantillon et ont été sensibilisés à l'importance du respect de cet indicateur.

4. Réponses des laboratoires

Les laboratoires ont formulé diverses raisons pour expliquer le non-respect des indicateurs :

- ✦ certains laboratoires ont indiqué qu'ils avaient complété/ajusté des données administratives après une communication antérieure des résultats sur Healthdata, ce qui a entraîné un nouveau rapport « tardif »,
- ✦ il y a eu des situations pendant lesquelles, selon les laboratoires, il était difficile d'avoir un NISS :
 - ✦ pas de formulaire en ligne (patients ayant un code SMS, analyses externes à l'INAMI),
 - ✦ travailleurs saisonniers étrangers – cueilleurs de fruits,
 - ✦ étudiants étrangers,
 - ✦ demandeurs d'asile/illégaux,
 - ✦ personnes travaillant au sein d'organisations internationales,
 - ✦ autres étrangers non résidentiels,
 - ✦ etc.

5. Impact des actions de sensibilisation

Le tableau 19 montre l'évolution du nombre total de tests PCR et des 3 indicateurs pour l'ensemble des laboratoires. Dans la période du 20.07 au 25.10.2020, le nombre total de tests PCR a été multiplié par 4.

Tableau 19. Évolution du nombre total de tests PCR et des 3 indicateurs sur base hebdomadaire (le marquage vert indique l'envoi des lettres de sensibilisation)

S30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40*	S41	S42	S43
Nombre total de tests PCR													
94.196	130.406	148.001	119.006	122.901	144.711	145.219	189.859	240.242	225.697	152.314	259.769	349.602	385.003
% de tests sans NISS correct													
8,48 %	4,81 %	6,29 %	6,48 %	4,98 %	5,09 %	4,85 %	3,83 %	3,89 %	3,94 %	3,88 %	3,76 %	3,33 %	3,00 %
% de tests avec > 4h entre la validation du résultat et l'envoi du résultat à Sciensano													
69,79 %	47,34 %	37,60 %	18,92 %	17,68 %	19,35 %	11,56 %	11,47 %	10,24 %	8,35 %	8,12 %	5,71 %	7,81 %	9,05 %
% de tests avec > 24h entre le prélèvement de l'échantillon et l'envoi du résultat à Sciensano													
							42,38 %	45,49 %	42,85 %	38,56 %	42,65 %	54,34 %	58,76 %

* pas de donnée disponible pour les 28 et 29.09.2020 (concerne donc uniquement la période du mercredi au dimanche compris)

Nous avons observé une amélioration générale de l'indication d'un NISS correct et du délai entre la validation du résultat et la réception du résultat sur Healthdata. Cette amélioration s'était déjà produite en partie durant la période qui a précédé la sensibilisation. À partir de la semaine du 12.10.2020 au 18.10.2020, nous observons une forte hausse du nombre total de tests PCR. Cela est à mettre en relation avec l'évolution de l'épidémie et s'accompagne d'une hausse des pourcentages pour le premier et le troisième indicateur.

6. Actions et conclusion

Nous avons discuté des réactions et des questions supplémentaires des laboratoires après l'action de sensibilisation menée avec Sciensano.

Bien que nous ayons observé une amélioration globale pour les deux premiers indicateurs, l'impact de notre action de sensibilisation semble plutôt limité. Nous devons également interpréter ces résultats dans le contexte en constante évolution de la pandémie de COVID-19. Dans le contexte de la résurgence de l'épidémie et de la stratégie de test modifiée dans la seconde quinzaine du mois d'octobre, nous n'avons plus prévu d'actions supplémentaires en 2020.

Liste des abréviations

A.R.	Arrêté royal
BOD	Beslissingsorgaan / organe décisionnel
FD	Fonctionnaire dirigeant
CPI	Chambre de première instance
CTM	Conseil technique médical
CRIDMI	Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs
EBM	Evidence-based medicine
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
GT	Groupe de travail
HTSC	Hospital & Transport Surge Capacity
ICE	Directions Information, Contrôle, Évaluation du SECM
IHC	Immunohistochimique
IRV	Invitation au remboursement volontaire
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
Loi SSI	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994
MDG	Montant du grief
ME	Microscopie électronique
MRV	Montant remboursé volontairement
NPS	Nomenclature des prestations de santé
O.A.	Organisme assureur
PVC	Procès-verbal de constat
SBV	Soins à basse variabilité
SdSS	Service des soins de santé
SHA	Séjours hospitaliers anonymes
TAVI	Transcatheter Aortic Valve Implantation
Test PCR	Test de réaction en chaîne par polymérase
USI	Unité de soins intensifs

Plus d'informations ?

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

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