



INAMI

Rapport annuel du SECM

Activités en 2023



Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Avant-propos

Nous parcourons dans ce rapport annuel les résultats que le SECM est parvenu à atteindre en 2023. Dans la lignée des mesures d'impact désormais bien connues, nous présentons également cette année, pour la première fois, la plus-value financière (retour sur investissement) de nos inspecteurs sociaux. Notre impact financier (remboursement des facturations indues, paiement des amendes et diminution des dépenses à la suite de nos actions) reste élevé. Cependant, la fraude grave augmente aussi, avec un préjudice financier de plus en plus élevé. Nos sentiments sont donc mitigés, mais cela nous donne aussi de nouveaux défis, que nous relèverons volontiers.

Nous avons la mission légale de veiller à ce que les moyens de l'assurance soins de santé soient utilisés de manière optimale. Nous nous concentrons surtout sur la partie du budget qui n'apporte pas de valeur ajoutée à notre santé. Nous voulons empêcher les dépenses pour des prestations que les représentants des dispensateurs de soins (dans le cadre du modèle de concertation) ne considèrent eux-mêmes pas comme prioritaires ou remboursables. Nous voulons également éviter que de l'argent soit dépensé pour des soins facturés, mais non effectués.

Nous réalisons cette mission, d'une part, en contrôlant le respect de la réglementation et, d'autre part, en incitant les dispensateurs de soins à utiliser les moyens de manière plus efficiente (*appropriate care*). En 2023, nous avons traduit l'évidence scientifique en indicateurs clairs avec des seuils. Lorsqu'ils ont été formalisés, nous avons sensibilisé les dispensateurs de soins concernés à leur sujet.

Ces dernières années, nous avons réalisé d'importants gains d'efficacité grâce à une détection plus sélective des infractions (par la priorisation des signalements externes et des analyses de risques systématiques), à une diversification plus ciblée des actions (analyse, information et contrôle), à des stratégies davantage nationales (au lieu d'approches individuelles) et à une classification des infractions en fonction de leur gravité (erreurs, abus, fraude).

Néanmoins, nous atteignons nos limites. En juillet 2023, nous avons dû interrompre temporairement nos analyses de risques, car nous avons détecté plus de risques que ceux sur lesquels nous pouvions ouvrir une action de contrôle. Nous devons en outre de plus en plus souvent faire des choix entre des cas de fraude grave.

Malgré ces sources de frustration, notre personnel se montre très résilient. Le SECM a même obtenu de très bons résultats par rapport à d'autres équipes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'INAMI, lors d'une enquête relative au bien-être.

Les résultats que nous avons obtenus n'ont été possibles que grâce à l'attitude positive et aux efforts de l'ensemble du personnel du SECM, ainsi que, par extension, de tous ceux avec qui nous collaborons de manière constructive, à l'intérieur et à l'extérieur de l'INAMI. Un grand merci à tous !

Philip Tavernier
Médecin-directeur général du SECM

Survol des activités du SECM en 2023

Impact financier
p. 90

27,35 M€

3

3 analyses de risques
(groupes professionnels)
p. 17



3

3 indicateurs
proposés au CNPQ
p. 39



871

871 actions de contrôle
clôturées
p. 23

18,3 M€

5



5 mesures d'impact
p. 81

77k

77.203 courriers de
sensibilisation envoyés
p. 18



65

Fraude : 65 actions
de contrôle
p. 34

8 M€



806

Non-fraude : 806 actions
de contrôle
p. 24

10,3 M€



16

16 rapports de mission nationale
présentés au Comité du SECM
p. 42



10

10 conférences pour
dispensateurs de soins
p. 19



273

ROI moyen des inspecteurs
sociaux : 273 %
p. 13



Table des matières

Avant-propos	2
Survol des activités du SECM en 2023	3
Partie 1 – Présentation du SECM	7
I. Mission.....	7
1. Missions légales	7
2. Plan stratégique 2022-2025.....	8
II. Structure organisationnelle	10
III. Méthode de travail	10
IV. Personnel et formation.....	12
Partie 2 – Origine de nos actions	15
I. Signalements externes.....	16
II. Propositions internes.....	17
Partie 3 – Actions	18
I. Sensibilisation et information.....	18
1. Actions de sensibilisation par courrier.....	18
2. Conférences	19
3. Brochures d’information.....	20
II. Propositions d’amélioration de la réglementation.....	20
1. Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités	20
2. Réforme structurelle de la nomenclature	21
3. Adaptations de la nomenclature	22
III. Contrôle et récupérations	23
1. Décisions du médecin-inspecteur général.....	24
2. Concernés	25
3. Évolution 2019-2023	26
4. Suivi des procédures administratives	28
5. Lutte contre la fraude	34
IV. <i>Appropriate care</i>	39
1. Proposition d’indicateurs.....	40
2. Information sur les nouveaux indicateurs	41
V. Missions nationales	42
1. Médecins généralistes aux profils de facturation en augmentation par le circuit du tiers payant électronique (eFact)	42
2. Facturation de consultations et visites urgentes par les médecins généralistes	44

3.	Facturation d'IRM ambulatoires urgentes.....	46
4.	Facturation de l'imagerie médicale du rachis.....	47
5.	Facturation du forfait PET.....	48
6.	Facturation non conforme de ponctions lombaires lors d'infiltrations antalgiques.....	50
7.	Facturation indue de la procédure Rezum en tant que TURP.....	52
8.	Surcodage de l'appendicectomie.....	54
9.	Facturations aberrantes en milieu hospitalier.....	56
10.	Facturation du code de nomenclature pour 8 séances de cryothérapie.....	57
11.	Facturation « à l'acte » par des dispensateurs de soins liés à une maison médicale.....	58
12.	Collaboration des infirmiers à domicile avec des aides-soignants dans les équipes structurelles.....	61
13.	Facturation de prestations de kinésithérapie pour les patients en institution pour moins valides.....	64
14.	Facturation de codes-barres uniques identiques dans plusieurs pharmacies.....	65
15.	Augmentation de la délivrance de prégabaline.....	67
16.	Contrôle primaire des organismes assureurs.....	69
Partie 4 – Collaborations.....		72
I.	Passerelle : Audit des hôpitaux.....	72
1.	Audit COVID-19.....	72
2.	Audit imagerie médicale lourde.....	72
3.	Audit prothèse de hanche.....	73
4.	Audit insuffisance rénale chronique.....	74
5.	Audit chirurgie complexe.....	74
II.	Affaires internationales : EHFCN.....	74
1.	Conférence internationale.....	74
2.	Conférence commune avec l'Association internationale de la mutualité.....	75
3.	Webinaires.....	76
4.	Groupe de travail sur l'intelligence artificielle.....	77
5.	Assemblée générale et plan stratégique.....	77
III.	Évaluation des performances de gestion des organismes assureurs.....	77
1.	Communication via IDES de propositions de motivation de l'état d'incapacité.....	78
2.	Respect des règles de remboursement de certaines prestations.....	78
3.	Qualité des données via NewAttest.....	79
IV.	Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023.....	79

Partie 5 – Impact.....	81
I. Impact de nos actions de 2020.....	81
1. Méthodologie globale.....	81
2. Impact des procès-verbaux de constat sur la facturation.....	82
3. Impact des missions nationales.....	85
II. Impact financier total en 2023.....	90
1. Remboursements et amendes.....	90
2. Dépenses diminuées.....	91
3. Impact financier global.....	91
Liste des abréviations.....	92
Plus d’informations ?.....	93

Partie 1 – Présentation du SECM

I. MISSION

En vue d'une utilisation optimale du budget public destiné à l'assurance soins de santé, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM¹) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) veille entre autres à ce que les acteurs concernés remplissent correctement leurs obligations dans le cadre légal et réglementaire. Le SECM suit en outre l'évolution des connaissances scientifiques en vue de davantage d'*appropriate care* (soins nécessaires, scientifiquement étayés et efficaces). Les acteurs concernés sont notamment les dispensateurs de soins, les gestionnaires des institutions de soins, les organismes assureurs (O.A.) et les assurés sociaux. Le rôle sociétal du SECM est aujourd'hui d'autant plus pertinent : en période d'économies en particulier, il faut préserver un système de soins de santé financièrement accessible et de qualité tel que le nôtre.

Concrètement, nous voulons avoir un impact sur le comportement de prescription et de facturation² d'un maximum de dispensateurs de soins. Notre processus de travail se caractérise de plus en plus par 3 étapes successives : analyse de risques systématique, action et mesure d'impact. En dépit des ressources restreintes en personnel, ce mode de travail a influencé de façon positive notre impact.

Sur la base de signalements émanant de l'extérieur et de nos propres analyses de risques, nous examinons la façon dont les dispensateurs de soins exercent leur activité, tant sur le plan de la conformité et de la réalité (réglementation) que de l'efficacité (évidence scientifique).

Grâce à ces analyses, nous sommes à même de faire des choix parmi un large éventail d'actions possibles : une action de contrôle individuelle ou nationale, un courrier de sensibilisation, des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé, une invitation à se conformer à la réglementation, une suspension provisoire du paiement des prestations via le tiers payant, etc. Les directions Information, Contrôle et Évaluation (ICE) coordonnent ces actions transversales. Cette stratégie à multiples axes, aussi appelée « stratégie ICE », résulte d'une meilleure harmonisation mutuelle des actions de ces directions.

Enfin, nous pouvons évaluer l'utilité des actions entreprises par des mesures d'impact et suivre proactivement les dispensateurs de soins obstinés.

1. Missions légales

Le législateur a notamment confié les missions suivantes³ au SECM :

- ✦ fournir des informations aux dispensateurs de soins afin d'éviter toute infraction 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 ;

¹ Une [liste des abréviations utilisées](#) se trouve à la fin du rapport, p. 92.

² Par « facturation », nous entendons la facturation (ou attestation) à l'assurance soins de santé.

³ Art. 139 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

- ✦ contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité, conformément aux dispositions de la loi, et sur le plan de l'*appropriate care* ;
- ✦ exécuter les décisions du Fonctionnaire dirigeant, des chambres de première instance et de recours.

2. Plan stratégique 2022-2025

a) Utilisation efficace des moyens disponibles

Afin de remplir sa mission, le SECM a défini 4 domaines de vision. Toutes les équipes y ont identifié des actions clés et des points d'attention, que nous avons traduits en 11 objectifs stratégiques, dans le cadre d'un plan stratégique pour le SECM de 2022 à 2025.

Un tel plan stratégique avec des priorités claires augmente l'efficacité et la transparence des activités d'inspection. Il clarifie également l'utilisation des fonds publics. En outre, il s'agit d'une main tendue à l'intérieur et à l'extérieur de l'INAMI pour assumer collectivement notre responsabilité d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles en matière de soins de santé.

b) Vision

Dans ce rapport annuel, nous nous concentrons sur les 2 premiers domaines de vision : d'une part, le fonctionnement et, d'autre part, la relation avec les partenaires et les parties prenantes. Les 2 autres domaines de vision concernent le fonctionnement interne et nos collaborateurs.

En tant que service d'inspection, il est important que le fonctionnement donne des résultats concrets et ait un impact mesurable. Dans le cadre de la sécurité sociale, cela concerne principalement les résultats financiers, sans oublier pour autant l'accessibilité et la qualité des soins. L'accent mis sur les résultats financiers doit en effet être en équilibre avec la gravité des infractions. Il est donc important que le SECM soit à la fois orienté vers les résultats et juste.

La relation du SECM avec ses partenaires et les parties prenantes doit être efficace. Cela ne peut se faire qu'en travaillant ensemble et en recherchant des synergies dans un contexte où tous les intéressés partagent les données de manière transparente afin que chacun puisse assumer sa responsabilité.

c) Objectifs stratégiques

6 des 11 objectifs stratégiques du SECM sont liés aux 2 premiers domaines de vision, à savoir le fonctionnement et la relation avec les partenaires et les parties prenantes.

1. Analyses de risques systématiques et étendues avec des priorités claires

Le SECM reçoit chaque année suffisamment de signalements externes pour avoir un réel impact avec les effectifs actuels. En filtrant ces signalements dès le départ grâce à des analyses supplémentaires, le SECM peut se concentrer sur les infractions les plus importantes et les indications de fraude. Cela nous permet de consacrer plus de temps à nos propres analyses de risques, afin de détecter d'autres fraudes et infractions.

Depuis 2022, ces analyses de risques sont effectuées systématiquement – sur une période de 3 à 4 ans – pour chaque partie du budget des soins de santé pour laquelle le SECM est compétent.

2. Impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins

Ce n'est pas nouveau, mais c'est essentiel. Chaque action du SECM a pour objectif d'avoir un impact concret et mesurable sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins. Cela signifie également que le SECM recherche l'action la plus appropriée pour avoir le même impact avec des activités qui prennent moins de temps.

3. Prévention structurelle des erreurs administratives, de la réglementation peu claire et des violations intentionnelles de la réglementation (fraude)

Mettre un emplâtre sur une jambe de bois ne sert pas à grand-chose. Il est essentiel de prévenir les infractions, mais en tant que SECM, nous n'avons qu'un rôle partiel à jouer dans ce domaine. Les différents types d'infraction requièrent également une approche différente. Une *erreur administrative* peut souvent être évitée grâce à une adaptation du logiciel de facturation, en rendant impossible ce qui n'est pas autorisé. L'*utilisation abusive d'une réglementation peu claire* doit être traitée au niveau de la réglementation elle-même, par le biais d'une modification de la nomenclature ou d'une règle interprétative. Les *infractions intentionnelles* (fraude) concernent un groupe très restreint de dispensateurs de soins qui facturent souvent des montants très élevés de manière frauduleuse. Ils sont toujours à la recherche de failles et, trop souvent, les systèmes sont conçus pour la majorité des dispensateurs de soins bien intentionnés sans tenir compte du risque de fraude.

4. Sentiment d'équité de la part du SECM parmi les dispensateurs de soins et les assurés

Les infractions intentionnelles (fraude) sont plus graves qu'une erreur administrative et doivent être traitées plus sévèrement. Un dispensateur de soins ayant fraudé fera l'objet d'un suivi proactif de son comportement de facturation. Le paiement effectif du montant porté à grief et de la sanction administrative après une décision définitive est également un point d'attention majeur.

5. Implication et responsabilisation des assurés et des dispensateurs de soins

Les dispensateurs de soins et les assurés doivent prendre leurs responsabilités. Toutefois, ils ne peuvent le faire pleinement que s'il y a transparence et qu'ils sont aussi entièrement impliqués. Pour le dispensateur de soins, cela signifie avoir une vue sur son comportement de facturation par rapport aux dispensateurs de soins avec une patientèle similaire. Pour les assurés, il s'agit d'avoir une visibilité sur ce qui a été facturé en leur nom (par des attestations de soins donnés, mais aussi directement auprès des O.A. par le régime du tiers payant).

6. Utilisation efficace de l'expertise externe et des moyens d'inspection dans le cadre de la collaboration/synergie, de l'échange d'information et développement d'une expertise commune/partage des connaissances

Il s'agit en particulier d'améliorer la coopération avec les autres services au sein de l'INAMI, avec les O.A. et les dispensateurs de soins. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et le Centre belge pour l'evidence-based medicine (CEBAM) sont également des partenaires importants dans le cadre de l'*appropriate care*.

Pour assurer le suivi de ces objectifs, ainsi que des autres objectifs stratégiques, le SECM a établi des indicateurs clés de performance (*key performance indicators – KPI*), qui sont suivis dans un tableau de bord.

II. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Le SECM est organisé selon la structure suivante.

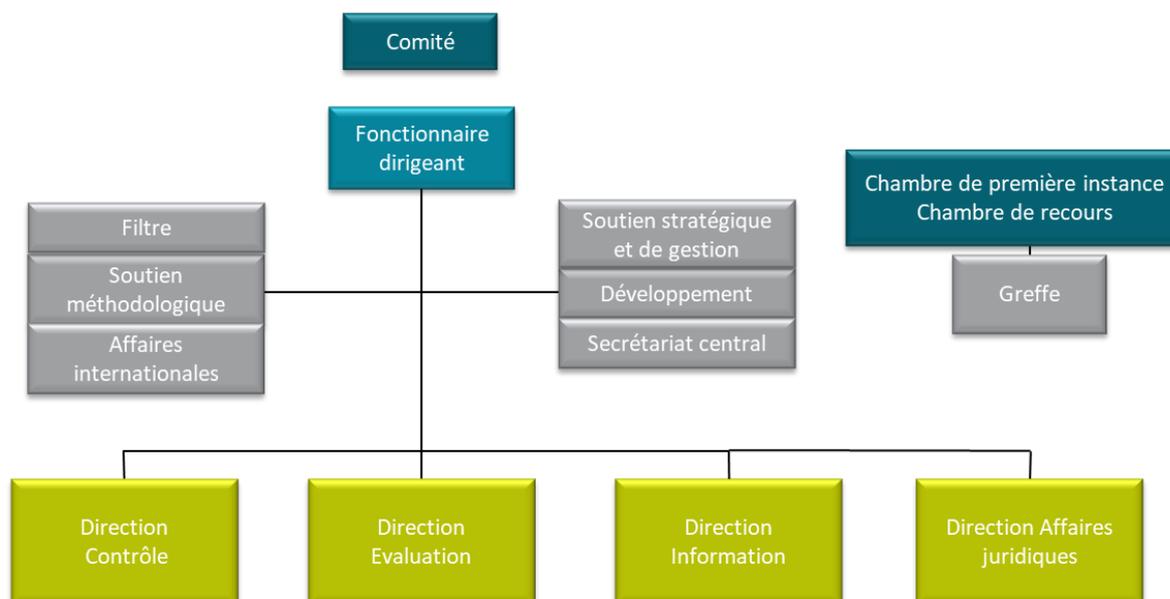


Illustration 1. Structure organisationnelle du SECM

III. MÉTHODE DE TRAVAIL

Une action du SECM peut résulter d'un signalement externe ou d'une proposition interne sur la base d'analyses de risques systématiques. Un signalement externe correspond à une plainte, une requête ou une mission venant de l'extérieur. Une proposition interne provient de nos propres analyses de risques. Nous réalisons celles-ci depuis 2022 de manière systématique pour tous les groupes professionnels (sur une période de 3 à 4 ans).

Une équipe centralisée, appelée « 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. Elle émet ensuite un avis à l'attention du *Beslissingsorgaan*/organe décisionnel (BOD). Le BOD est composé de responsables du Filtre et des directions Information, Contrôle, Évaluation et Affaires juridiques. Il décide quelle action le SECM entreprendra et quels moyens devront être mis en œuvre à cette fin.

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

Le BOD thématique confie des missions d'action à portée générale ou nationale à une équipe multidisciplinaire généralement composée de représentants des directions Information, Contrôle et Évaluation. Cette équipe est soutenue par la cellule data, qui analyse les données de facturation et apporte une aide technique aux inspecteurs sociaux (notamment pour les échantillonnages et les extrapolations). Elle est également soutenue par la cellule Soutien méthodologique. Les missions décidées par le BOD peuvent impliquer diverses actions telles qu'une analyse supplémentaire, une communication d'informations et/ou une action de contrôle nationale. Le SECM mène en l'occurrence

une stratégie à multiples axes : informer, contrôler et évaluer (ICE). Les actions peuvent être menées simultanément ou successivement. Les circonstances factuelles indiquent généralement quelles actions sont appropriées et dans quel ordre.

Les collaborateurs du SECM analysent le comportement de prescription et 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]) dans le cadre de l'*appropriate care*.

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 ;
- ✦ conférences pour des groupes cibles bien définis ;
- ✦ publication d'informations sur le site web de l'INAMI ;
- ✦ réponses aux questions de la 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.

Les actions susmentionnées sont menées par une équipe multidisciplinaire dont la méthodologie est suivie, sur la base de projets, par le comité de pilotage ICE. La cellule Soutien méthodologique assiste également l'équipe dans l'élaboration de sa méthodologie. L'équipe fait ensuite rapport au BOD thématique et peut formuler des propositions d'actions supplémentaires.

L'illustration ci-dessous présente schématiquement le processus de travail interne du SECM.

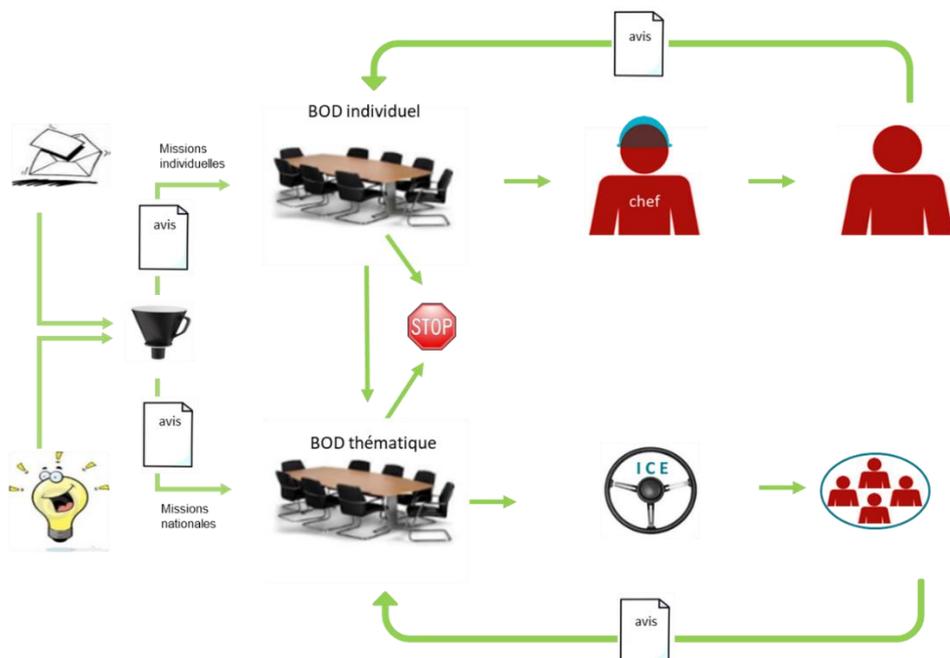


Illustration 2. Processus de travail du SECM

IV. PERSONNEL ET FORMATION

Le SECM comptait 243 membres du personnel au 31 décembre 2023. Le tableau ci-dessous présente la répartition des membres du personnel selon leur profil, leur résidence administrative et leur rôle linguistique.

Tableau 1. Répartition des membres du personnel du SECM au 31 décembre 2023

		Services centraux		Bureaux provinciaux		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant/médecin-directeur général		1				1
Médecins-inspecteurs généraux		1	1			2
Directeurs		1	1	4	2	8
Responsables et coordinateurs		5	3			8
Inspecteurs sociaux :	médecins	2	1	30	20	53
	pharmaciens			4	3	7
	dentistes			1	2	3
	infirmiers			16	17	33
	attachés scientifiques	1		5	4	10
Auditeurs		9	7			16
Juristes		5	6			11
ICT, développement, gestion des connaissances		3	2			5
Collaboration internationale		1	1			2
Analystes de données		4	7			11
Personnel administratif :	attachés et conseillers	4	3	1		8
	experts	2	3	6	3	14
	assistants	5	8	12	16	41
	collaborateurs	3	2	4	1	10
TOTAL		47	45	83	68	243

Le personnel d'inspection, les auditeurs, les analystes de données et les juristes ont une mission opérationnelle. Les évolutions numériques et technologiques amènent une diminution de la demande de soutien administratif. C'est pourquoi nous faisons de plus en plus appel au personnel administratif pour réaliser certaines tâches opérationnelles, et non plus uniquement de support.

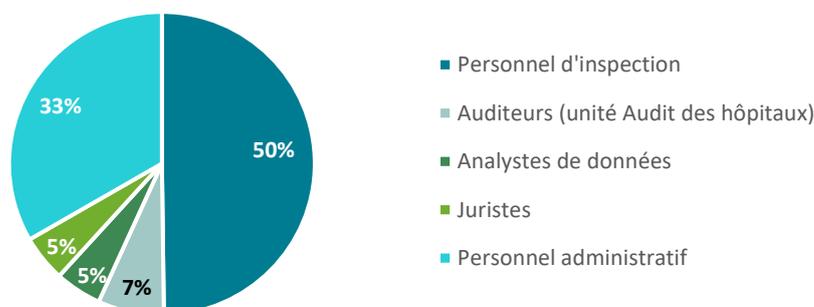


Illustration 3. Répartition des membres du personnel du SECM selon leur fonction en 2023

Pour garantir la continuité du fonctionnement de notre service, nous avons recruté 15 nouveaux collaborateurs en 2023. La majorité d'entre eux ont été engagés comme inspecteurs sociaux. Malgré ces engagements et en raison des départs en pension, nous n'avons pas réussi à augmenter le nombre de membres du personnel. C'est pourtant nécessaire pour accomplir notre mission légale.

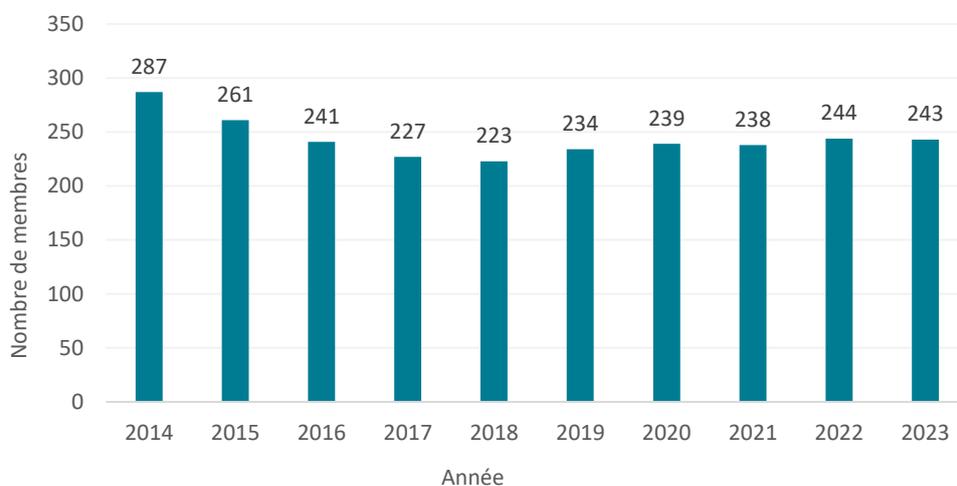


Illustration 4. Évolution du nombre de membres du personnel du SECM

Il est vrai que nous avons réussi à mieux détecter les fraudeurs présentant des profils de facturation irréalistes ces dernières années. Il y a plusieurs explications à cela : notre approche multidisciplinaire, plus de stratégie d'inspection nationale, une meilleure collaboration avec d'autres services d'inspection et avec le ministère public, une transmission plus rapide des données de facturation par les O.A., une priorisation plus efficace de nos missions d'inspection, des analyses de données plus performantes, etc.

Cependant, cette meilleure détection des fraudeurs ne suffit pas à prouver leur fraude et à obtenir le remboursement à l'assurance soins de santé des facturations indues. Il s'agit là de processus laborieux qui nécessitent un personnel d'inspection suffisant.

Le recrutement d'inspecteurs sociaux est le meilleur investissement dans la lutte contre la fraude : leur retour sur investissement s'élève à 273 % en 2023. Cela signifie concrètement qu'ils rapportent au moins 2,7 fois leur coût brut. Par « retour sur investissement », nous entendons le bénéfice rapporté par l'inspecteur social à l'assurance soins de santé, après déduction de son coût salarial. Pour calculer ce retour sur investissement, nous avons analysé les montants portés à grief par les inspecteurs⁴ et l'impact de leurs actions⁵ par rapport à leur coût salarial moyen.

⁴ Montants portés à grief dans les actions de contrôle clôturées en 2023. Voir « [Contrôle et récupérations](#) », p. 23.

⁵ Voir « Impact financier total en 2023 – [Dépenses diminuées](#) », p. 91.

Tableau 2. Retour sur investissement (ROI) moyen des inspecteurs sociaux du SECM en 2023

Inspecteurs sociaux	Montant moyen porté à grief par inspecteur (€) (a)	Impact moyen par inspecteur (€) (b)	Coût salarial moyen par inspecteur (€) (c)	ROI moyen (%) $(\frac{a+b}{c} * 100)$
Médecins	229.102,15	201.029,47	161.549,98	266
Pharmaciens	196.139,91	57.302,96	104.459,43	243
Dentistes	275.215,40	-	105.343,67	261
Infirmiers	99.841,27	145.207,79	69.524,64	352
MOYENNE	200.074,68	100.885,06	110.219,43	273

Nous tenons à assurer le transfert des connaissances, aptitudes et attitudes aux nouveaux collaborateurs. Cela est d'autant plus important qu'environ un tiers de notre personnel d'inspection a 3 ans d'expérience ou moins au sein du SECM. Nous avons donc continué à organiser une formation intensive de base pour tous les nouveaux collaborateurs. Les nouveaux inspecteurs sociaux bénéficient aussi d'un coaching individuel et d'un suivi personnel lors de journées de bilan.

Outre le trajet de formation pour les nouveaux arrivants, nous avons également poursuivi le programme de formation continue initié en 2020, tant en ligne qu'en présentiel. Ces formations s'adressent à l'ensemble du personnel du SECM et portent sur des sujets liés à la mission du Service, sur l'utilisation d'outils informatiques internes ou sur des missions récemment clôturées par nos inspecteurs sociaux.

Partie 2 – Origine de nos actions

En 2023, nous avons reçu 1.602 signalements provenant de l'extérieur du SECM. Les signalements sont entre autres des déclarations de fraude possible, des questions, des plaintes et des missions obligatoires.

En outre, les collaborateurs du SECM ont eux-mêmes formulé 88 propositions d'action en se basant sur leurs propres analyses de risques.

Le nombre de signalements et le nombre de propositions internes ont tous deux augmenté par rapport aux années précédentes.

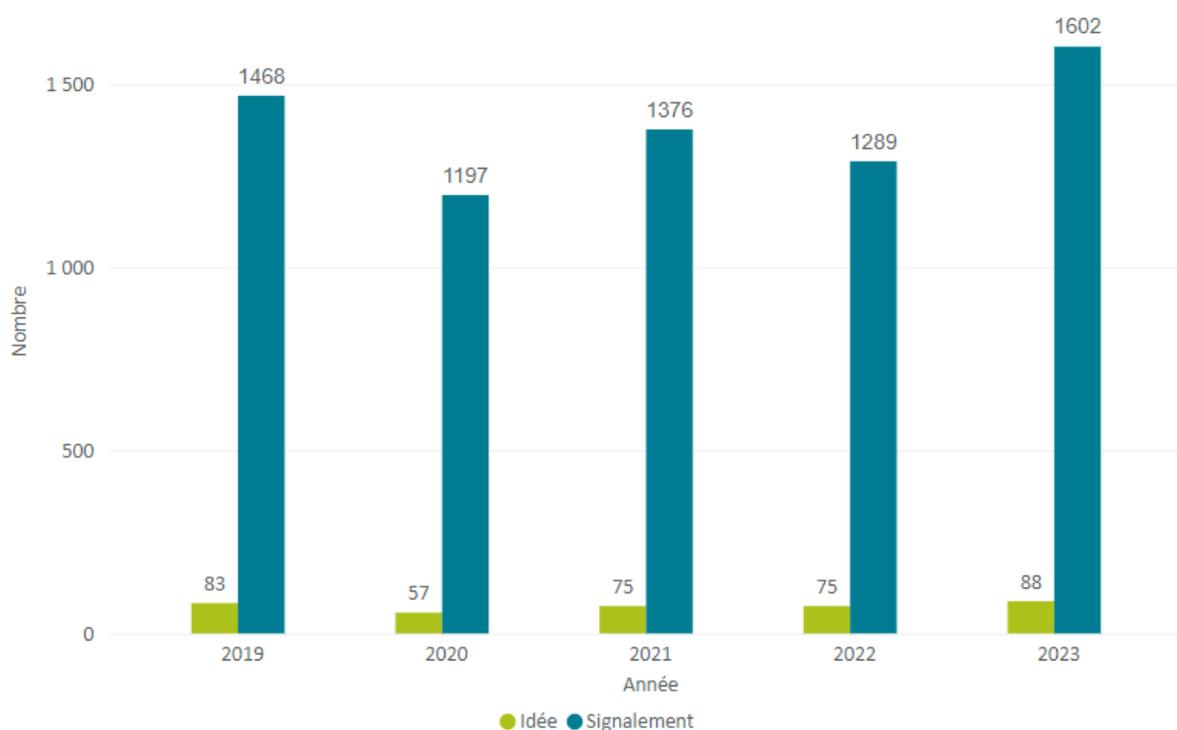


Illustration 5. Évolution du nombre de signalements externes et de propositions internes (idées)

Bien que les propositions internes soient minoritaires par rapport aux signalements, elles donnent plus souvent lieu à des actions ayant un impact important. En 2023, 76 % des propositions internes ont donné lieu à une mission ou à l'extension d'une mission existante. Ce n'est le cas que pour 9 % des signalements. De nombreux signalements sont néanmoins utiles au SECM afin de détecter des fraudeurs ou des systèmes de fraude.

I. SIGNALEMENTS EXTERNES

Les signalements que nous recevons sont d'abord analysés par le Filtre. Il s'agit d'un groupe de collaborateurs qui examinent tous les signalements en vue d'un suivi correct ou d'une orientation rapide vers la personne ou le service le plus indiqué, au sein de l'INAMI ou en dehors. Nous recevons des signalements d'assurés, de dispensateurs et d'institutions de soins, d'O.A., d'instances officielles comme la Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé et l'Ordre des médecins, ainsi que des parquets, auditorats du travail et services de police.

Les signalements externes que nous avons reçus en 2023 concernaient aussi bien des dispensateurs de soins et des assurés que des institutions de soins.

Parmi les 1.602 signalements reçus, le Filtre a :

- ✦ traité administrativement la majorité des signalements (1.185). Cela signifie que les collaborateurs du Filtre ont immédiatement formulé une réponse correcte ou transmis le signalement à l'instance compétente, après en avoir accusé réception ;
- ✦ transmis directement 93 signalements à un collaborateur du SECM, car il s'agissait de missions obligatoires : généralement une mission de contrôle, parfois une mission d'évaluation ou d'information ;
- ✦ ajouté 1 signalement à une action de contrôle en cours ;
- ✦ remis 338 avis au BOD pour 322 signalements afin que cet organe de décision dispose des informations nécessaires pour décider de la suite à donner au signalement. En se basant sur ces avis, le BOD a pris les décisions suivantes :
 - ✧ traitement administratif⁶ (58),
 - ✧ attribution d'une nouvelle mission⁷ (contrôle, évaluation ou information) (100),
 - ✧ ajout du signalement à une mission en cours (40),
 - ✧ classement sans suite (138).
 - ✧ 2 avis sont encore en cours de traitement.
- ✦ 1 signalement est encore en cours de traitement.

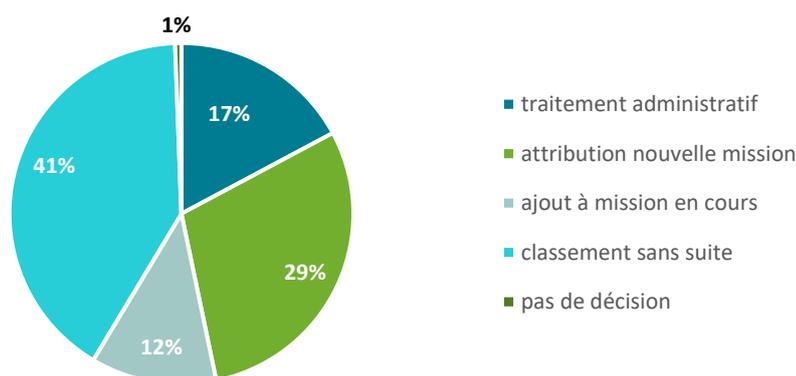


Illustration 6. Décisions du BOD concernant les signalements externes d'après les avis du Filtre en 2023

⁶ Le BOD charge le Filtre de traiter le dossier administrativement selon les procédures prévues (réponse au plaignant, transmission à des tiers, etc.).

⁷ La création d'une nouvelle mission peut concerner plusieurs dispensateurs ou institutions de soins. Cela veut dire qu'une mission peut donner lieu à plusieurs dossiers individuels.

II. PROPOSITIONS INTERNES

Nous encourageons les membres de notre personnel à formuler des propositions d'action. En 2023, ils ont formulé 88 propositions. Les propositions approuvées sont ensuite généralement soumises à une préanalyse par la cellule data afin de confronter l'hypothèse de l'inspecteur social aux données de facturation enregistrées. Si nous développons la proposition de mission, nous effectuons aussi une analyse de données plus approfondie. Selon les dossiers, nous examinons les informations disponibles avec différents angles d'approche, afin d'établir la base des étapes suivantes (information, contrôle ou évaluation).

Les actions menées sur la base de nos propositions internes ont un impact plus important. Par conséquent, il est primordial de conserver une offre d'idées suffisante et de qualité. C'est pourquoi nous avons débuté en 2022 des analyses de risques systématiques et spécifiques pour chaque groupe professionnel. Ces analyses de risques périodiques basées sur les données se focalisent sur les tendances et les évolutions. Nous avons l'ambition de parvenir à une répartition proportionnelle de ces analyses des différents domaines de l'assurance soins de santé. L'analyse de chaque domaine s'articule autour de 3 axes principaux : le contrôle primaire des O.A., l'efficacité et le contrôle de la réglementation.

En 2023, nous avons mené 3 projets d'analyse de risques concernant :

- ✦ l'imagerie médicale facturée par les radiologues ;
- ✦ l'art dentaire ;
- ✦ la chirurgie du thorax, des vaisseaux sanguins, de l'abdomen, l'urologie et la gynécologie, y compris les consultations/avis, les actes techniques, et l'imagerie (articles 17ter & 17quater de la nomenclature).

Nous avons identifié 11 actions possibles dans le domaine de l'imagerie médicale facturée par les radiologues. Nous avons réalisé 2 analyses plus approfondies en vue de définir les actions suivantes et entamé 3 missions individuelles.

Dans le domaine de l'art dentaire, nous avons sélectionné 10 propositions d'action. Une analyse plus approfondie est en cours. Nous réaliserons également d'autres missions ultérieurement.

Dans le domaine de la chirurgie et de l'imagerie, 10 actions possibles ont été proposées. Nous avons retenu 2 analyses plus approfondies (dans le cadre du contrôle primaire des O.A.) et 2 missions individuelles.

Nous avons dû interrompre temporairement nos analyses de risques systématiques en juillet 2023, en raison d'un manque de moyens et car nous détectons plus de risques que ceux que nous pouvons suivre sur le terrain.

Partie 3 – Actions

I. SENSIBILISATION ET INFORMATION

Nous informons les dispensateurs et institutions de soins sur les réglementations pertinentes par différents canaux : par courrier ou courriel, par des conférences, sur le site web de l'INAMI et par des brochures d'information. Nous les informons aussi des résultats de nos études d'évaluation et de nos actions de contrôle nationales. Notre objectif est de prévenir les infractions par ignorance et de sensibiliser les dispensateurs de soins à l'importance de l'utilisation optimale du budget de l'assurance soins de santé pour la durabilité de l'accès aux soins. Enfin, nous renseignons également la presse sur les résultats de nos actions et répondons à ses questions.

1. Actions de sensibilisation par courrier

En 2023, nous avons mené 10 actions de sensibilisation par courrier ou courriel auprès de différents groupes professionnels de dispensateurs de soins, au sujet de :

- ✦ la vigilance accrue quant à l'usage inapproprié de prégabaline⁸ ;
- ✦ la publication au Moniteur belge de 6 nouveaux indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales⁹ sur :
 - ✧ la ménisectomie arthroscopique en cas de lésion dégénérative du genou,
 - ✧ les examens d'IRM ambulatoires urgents,
 - ✧ l'intervalle entre la première consultation et l'intervention bariatrique,
 - ✧ les antibiotiques (3 indicateurs) ;
- ✦ la facturation de la procédure Rezum en cas de traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate¹⁰ ;
- ✦ la fraude avec les numéros INAMI inactifs¹¹ ;
- ✦ la facturation de l'imagerie médicale du rachis¹² ;
- ✦ la qualité de la transmission des données par les logiciels de gestion du dossier médical pour les médecins généralistes¹³ ;
- ✦ la facturation de ménisectomie arthroscopique en cas de lésion dégénérative du genou (par rapport à l'indicateur de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales¹⁴).

⁸ Voir « Missions nationales – [Augmentation de la délivrance de prégabaline](#) », p. 67.

⁹ Voir « *Appropriate care* – [Information sur les nouveaux indicateurs](#) », p. 41.

¹⁰ Voir « Missions nationales – [Facturation induite de la procédure Rezum en tant que TURP](#) », p. 52.

¹¹ Voir « [Brochures d'information](#) », p. 20.

¹² Voir « Missions nationales – [Facturation de l'imagerie médicale du rachis](#) », p. 47.

¹³ Voir « Missions nationales – [Médecins généralistes aux profils de facturation en augmentation par le circuit du tiers payant électronique \(eFact\)](#) », p. 42.

¹⁴ Voir « *Appropriate care* – [Information sur les nouveaux indicateurs](#) », p. 41.

2. Conférences

Nous donnons des conférences sur la réglementation de l'assurance soins de santé, notre fonctionnement général et des sujets d'actualité spécifiques. Nos groupes cibles sont principalement les institutions d'enseignement, les organismes professionnels agréés et les GLEM (groupes locaux d'évaluation médicale).

a) Le dispensateur de soins et le SECM de l'INAMI

L'objectif de cette conférence est de présenter le SECM, sa mission et sa stratégie (ICE), ainsi que de sensibiliser les dispensateurs de soins au respect de la loi SSI, en particulier la nomenclature et la réglementation spécifique à chaque groupe professionnel. Nous expliquons également le déroulement d'une action de contrôle, les sanctions et les procédures en cas d'infraction à la loi SSI. Enfin, nous dispensons des conseils pratiques en cas d'action de contrôle. Nous adaptons cette formation au groupe professionnel auquel nous nous adressons.

En 2023, nous avons présenté la conférence « L'orthopédiste, le bandagiste et le SECM de l'INAMI » en français et en néerlandais à la demande de l'Union professionnelle belge des technologies orthopédiques.

Nous avons également présenté à plusieurs reprises la conférence relative aux infirmiers en néerlandais, à la demande de ZorgConnect, Care-Support, e-Vita-kartel, ainsi que Wit-Gele Kruis.

La conférence relative aux dentistes a été présentée en français à l'invitation de la Chambre de médecine dentaire.

Enfin, nous avons présenté la conférence « Comment bien appliquer la réglementation en facturant des interventions gastro-entérologiques ? » en néerlandais lors d'un GLEM organisé à l'hôpital AZ Maria Middelaers, à destination des chirurgiens abdominaux et des gastroentérologues.

b) Contrôle renforcé des consultations oncologiques multidisciplinaires par les organismes assureurs

Lors d'une réunion du Conseil supérieur des médecins-directeurs, nous avons présenté une conférence sur le contrôle des prestations COM (consultations oncologiques multidisciplinaires) par les O.A. Nous avons en effet constaté que des COM sont facturées pour des affections bénignes et que des COM de suivi sont fréquemment facturées sans que les conditions de remboursement ne soient remplies. Nous avons donc recommandé un contrôle renforcé de ces prestations par les O.A. et donné des astuces pour le réaliser facilement.

c) Immunothérapie dans le traitement de l'asthme

Dans le cadre du congrès de l'Union européenne de médecine d'assurance et de sécurité sociale, consacré à la médecine d'assurance 2.0 dans un monde qui change, nous avons présenté une conférence en anglais sur l'utilisation de l'immunothérapie dans le traitement de l'asthme. Nous y avons exposé les résultats de notre étude d'évaluation à ce sujet¹⁵, les actions entreprises (sensibilisation des prescripteurs, contrôle renforcé par les O.A., suivi par le biais d'une étude similaire), ainsi que la mesure d'impact du courrier de sensibilisation.

¹⁵ Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2021](#), p. 16-18.

3. Brochures d'information

Nous réalisons des brochures d'information à destination des dispensateurs de soins, ciblées vers certains groupes professionnels.

En 2023, nous avons rédigé un dépliant à l'attention des infirmiers, intitulé « [Mon numéro INAMI d'infirmier, j'en prends soin !](#) ». Le dépliant s'adresse en particulier aux infirmiers débutants et a pour objectif de les sensibiliser à la fraude par usurpation de leur numéro INAMI. En effet, certains numéros INAMI inactifs sont utilisés à l'insu des infirmiers concernés pour facturer indûment en leur nom à l'assurance soins de santé. Dans ce dépliant, nous expliquons dans quels cas un numéro INAMI est nécessaire pour exercer en tant qu'infirmier et comment protéger son numéro INAMI de la fraude.

Le grand nombre de numéros INAMI d'infirmiers inactifs s'explique en partie par le fait que certaines écoles demandent systématiquement un numéro INAMI pour tous leurs étudiants diplômés, sans que ceux-ci n'en aient forcément besoin, par exemple lorsqu'ils choisissent de travailler en hôpital. C'est pourquoi nous avons envoyé ce dépliant aux écoles d'infirmiers demandant systématiquement un numéro INAMI pour leurs étudiants, accompagné d'un courrier de sensibilisation en insistant sur qu'ils :

- ✦ ne demandent plus systématiquement un numéro INAMI pour tous les nouveaux diplômés ;
- ✦ informent ceux-ci de la procédure pour obtenir un numéro INAMI ;
- ✦ leur fournissent le dépliant joint au courrier.

Par ailleurs, ce dépliant est également envoyé par le Service des soins de santé lors de toute demande de numéro INAMI.

II. PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DE LA RÉGLEMENTATION

Nous constatons régulièrement lors de nos analyses et actions de contrôle des facturations indues causées par de mauvaises interprétations de la réglementation ou des ambiguïtés de celle-ci. Nous souhaitons prévenir ces infractions en contribuant à une réglementation la plus claire et univoque possible. Pour ce faire, nous proposons des modifications de la loi SSI, ainsi que de la nomenclature dans les organes de concertation du Service des soins de santé.

1. Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

La loi SSI évolue constamment afin d'améliorer l'efficacité de certains de ses dispositifs. Elle a été modifiée par la loi du 6 novembre 2023 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé¹⁶. Les modifications les plus pertinentes pour le SECM sont les suivantes.

Le délai d'introduction des dossiers devant la Chambre de première instance a été réduit à 2 ans (il s'agissait auparavant de 3 ans). Le délai est donc à présent le même que pour les procédures introduites auprès du Fonctionnaire dirigeant.

¹⁶ M.B. 23 novembre 2023.

Les membres des juridictions administratives ne peuvent ni être nommés ni rester en fonction s'ils :

- ✦ ont été condamnés par le Fonctionnaire dirigeant ou les juridictions administratives dans les 5 années précédant leur nomination ;
- ✦ ont encore une dette à payer à l'INAMI.

La possibilité de compensation prévue entre les O.A. et les dispensateurs de soins a été étendue à l'INAMI. Cela signifie que toute somme qui doit être payée par les O.A. ou l'INAMI à un dispensateur de soins peut être utilisée pour le remboursement des montants indûment perçus par ce dispensateur de soins ou pour le règlement de toute autre créance due à l'INAMI. Par exemple, un dispensateur de soins ayant encore une dette envers l'INAMI pourrait ne pas recevoir de prime télématique, car elle servirait au remboursement de cette dette.

2. Réforme structurelle de la nomenclature

Dans le cadre de la réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé, le médecin coordinateur de l'INAMI (Service des soins de santé) a demandé que les travaux d'analyse réalisés par l'équipe mixte INAMI-GEDIS¹⁷ en vue de la standardisation des libellés des actes techniques médico-chirurgicaux puissent bénéficier d'avis complémentaires du SECM. En effet, nous possédons une certaine expérience en matière de règles d'application de la nomenclature.

Les ± 2.800 actes de la nomenclature actuelle ont fait l'objet d'une standardisation triaxiale (topographie, action, moyen) et ont été soumis pour avis à des experts de chaque spécialité. Il en résulte un nouveau classement commun des actes comprenant désormais environ 4.000 actes conformes aux standards internationaux et basé sur une logique médicale.

La phase de « finition » du classement est en cours, spécialité par spécialité. Les spécialités finalisées en 2023 sont :

- ✦ la chirurgie abdominale (article 14d de la nomenclature) ;
- ✦ la chirurgie thoracique (article 14e) ;
- ✦ la chirurgie vasculaire (article 14f) ;
- ✦ l'ophtalmologie (article 14h) ;
- ✦ l'imagerie médicale (articles 17, 17bis, 17ter et 17quater) ;
- ✦ la pneumologie (article 20b) ;
- ✦ la chirurgie cardiaque (article 20e) ;
- ✦ la gastro-entérologie (article 20c) ;
- ✦ la rhumatologie (article 20g) ;
- ✦ la médecine physique et la réadaptation (articles 22 et 23) ;
- ✦ la néphrologie et l'hématologie.

Certains codes de nomenclature de ces spécialités pourraient être supprimés. Le SECM a établi la liste de ces codes par article, en mentionnant :

- ✦ la motivation de leur suppression ;
- ✦ le nombre de prestations facturées en 2019, 2020 et 2021 ;
- ✦ les dépenses correspondantes ;
- ✦ ainsi que la somme totale pouvant être dégagée pour l'utiliser de façon plus efficiente.

¹⁷ GEDIS asbl – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé.

3. Adaptations de la nomenclature

Le SECM siège avec voix consultative dans plusieurs conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail. Nous avons pour mission d'y proposer des adaptations de la nomenclature et d'autres textes réglementaires. Nous faisons usage de notre 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.

Voici quelques demandes d'adaptation de la nomenclature soumises au Conseil technique médical (CTM) et aux commissions de conventions en 2023.

a) Orthopédie : problématique du remboursement de prestations non fournies

À la suite de signalements concernant la délivrance de vêtements compressifs, nous avons réalisé une analyse dans le secteur de l'orthopédie. Nous avons constaté plusieurs problèmes :

- ✦ certains orthopédistes délivrent du matériel non remboursable par l'assurance soins de santé, qu'ils facturent néanmoins indûment en utilisant des codes de nomenclature très onéreux. Le matériel prescrit et facturé à l'assurance soins de santé n'est donc pas fourni. Le matériel délivré ne correspond quant à lui pas aux besoins du patient ;
- ✦ les libellés des prescriptions sont trop vagues, ce qui conduit à de mauvaises interprétations ;
- ✦ le personnel qui fournit le matériel n'est souvent pas habilité et n'est pas dispensateur de soins, ce qui va à l'encontre des dispositions réglementaires.

Cette fraude représente un coût très important pour l'assurance soins de santé et pose également des problèmes en termes de qualité des soins.

Nous avons exposé ces problèmes au groupe de travail Orthopédie de la Commission de conventions des bandagistes et orthopédistes, à travers l'exemple des vêtements compressifs fournis à des patients atteints du syndrome d'Ehlers-Danlos.

L'organisation professionnelle présente dans le groupe de travail mènera une action de sensibilisation auprès de ses membres. Si le problème persiste, le groupe de travail examinera la possibilité de modifier la nomenclature.

b) Ophtalmologie : modification des conditions de remboursement de la plastie pour dermatochalasis de la paupière supérieure, par paupière

Nous avons proposé une modification des conditions de remboursement de la plastie pour dermatochalasis de la paupière supérieure¹⁸, afin :

- ✦ d'exclure le remboursement des interventions purement esthétiques ;
- ✦ de rendre les résultats des périmétries communiquées aux O.A. plus qualitatifs ;
- ✦ d'actualiser le texte de la nomenclature par rapport aux dernières évolutions techniques.

Cette modification devrait réduire les dépenses pour l'assurance soins de santé, ainsi que les disparités régionales actuellement observées pour la facturation de ce code de nomenclature. Le CTM a approuvé cette modification.

¹⁸ Codes de nomenclature 245733-245744.

c) Surveillance des bénéficiaires hospitalisés : modification de la 5^e règle d'application de l'article 25

La 5^e règle d'application de l'article 25 de la nomenclature précise que :

« Les honoraires pour le rapport écrit prévu à la description des prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 ou 590811 sont inclus dans les honoraires pour la prise en charge dans une fonction reconnue pour les soins d'urgence spécialisés. Le rapport fait partie du dossier médical du patient. Selon le libellé de la prestation, le rapport est transmis au médecin généraliste traitant et/ou au médecin généraliste d'envoi. »

Nous avons proposé de clarifier et compléter cette règle d'application. En effet, celle-ci prévoit que le rapport doit être inclus dans le dossier médical, mais n'est pas suffisamment précise quant à l'envoi de celui-ci au médecin généraliste : les libellés des prestations ne prévoient pas cet envoi.

Nous avons donc proposé de supprimer la mention « *selon le libellé de la prestation* », afin que le rapport doive être ajouté au dossier médical du patient et transmis au médecin généraliste. Nous avons aussi ajouté que, si le patient n'a pas de médecin généraliste traitant ou qui gère son dossier médical, le rapport doit être conservé dans le dossier et transmis dès que l'identité du médecin généraliste est connue. L'objectif de cette modification est d'augmenter la qualité des soins et la communication entre les médecins dans l'intérêt du patient.

Le CTM a approuvé cette modification.

d) Groupe de travail Interprétation de la nomenclature : réunions informelles

Le groupe de travail Interprétation de la nomenclature du CTM a été réactivé en 2022 par le Service des soins de santé, avec des membres du SECM, des syndicats médicaux et des O.A. L'objectif est de répondre aux questions adressées à l'INAMI sur l'application de la nomenclature de façon concertée. Les réponses seront ensuite publiées sur le site web de l'INAMI.

En 2023, des réunions informelles entre le Service des soins de santé et le SECM ont été organisées, en attendant l'organisation de réunions régulières du groupe de travail complet, qui n'ont pas encore eu lieu.

III. CONTRÔLE ET RÉCUPÉRATIONS¹⁹

Nos actions de contrôle sont menées soit dans le cadre d'une mission nationale, soit de façon individuelle pour un dispensateur de soins spécifique, à la suite d'un signalement externe ou d'une proposition interne. Elles ont pour objectif de contrôler le respect des dispositions légales par les dispensateurs et institutions de soins.

En 2023, nous avons clôturé 871 actions de contrôle, pour un montant total porté à grief de 18.331.122,30 euros. Dans le cadre de ces actions de contrôle, nous avons constaté 683.802 infractions à la réglementation et établi 272 procès-verbaux de constat.

¹⁹ Les résultats de nos actions de contrôle clôturées en 2023 sont basés sur les données disponibles au 31 janvier 2024.

1. Décisions du médecin-inspecteur général

Le médecin-inspecteur général de la direction Contrôle décide quelle suite sera donnée à une action de contrôle. Le tableau ci-dessous présente les décisions prises par le médecin-inspecteur général pour les actions de contrôle clôturées en 2023.

Tableau 3. Actions de contrôle clôturées en 2023, par décision du médecin-inspecteur général

Décision	Nombre d'actions	%	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
Négatif	164	19	0,00	0,00
Informatif	341	39	0,00	0,00
Avertissement	64	7	0,00	0,00
Constat sans procédure administrative	141	16	8.085.213,92	8.085.212,22
Constat avec procédure administrative	89	10	9.084.779,82	3.685.408,87
Sans suite par le SECM	72	8	1.161.128,56	5.500,00
TOTAL	871	100	18.331.122,30	11.776.121,09

Explication du tableau 3

- ✦ *Négatif* : actions de contrôle que nous clôturons sans avoir constaté d'infraction.
- ✦ *Informatif* : actions de contrôle dans lesquelles nous :
 - ✧ relevons une irrégularité limitée, qui ne justifie ni procès-verbal de constat, ni avertissement, ni demande de régularisation, et
 - ✧ informons la personne concernée de la réglementation applicable.
- ✦ *Avertissement* : actions de contrôle dans lesquelles nous avons relevé une infraction, mais pour laquelle nous n'avons pas dressé de procès-verbal de constat. Nous informons le dispensateur ou l'institution de soins de l'infraction constatée et l'incitons à respecter dorénavant la réglementation. Nous lui demandons aussi parfois de régulariser la situation en remboursant directement aux O.A. le montant indûment facturé.
- ✦ *Constat sans procédure administrative* : actions de contrôle pour lesquelles nous n'introduisons pas de procédure devant le Fonctionnaire dirigeant ou les juridictions administratives, car le dispensateur ou l'institution de soins a commis une infraction peu importante et a volontairement remboursé la totalité du montant porté à grief. Dans ce cas, nous envoyons un message au dispensateur ou à l'institution de soins en lui confirmant la réception du remboursement volontaire après le procès-verbal de constat et en l'informant que ses facturations pourraient à nouveau faire l'objet d'un suivi à l'avenir.
- ✦ *Constat avec procédure administrative* : actions de contrôle dans lesquelles le dispensateur ou l'institution de soins n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief et actions de contrôle dans lesquelles des infractions importantes et/ou volontaires ont été constatées²⁰. Nous pouvons introduire une procédure :
 - ✧ devant le Fonctionnaire dirigeant ou
 - ✧ devant la Chambre de première instance.

²⁰ Voir « [Suivi des procédures administratives](#) », p. 28.

- ✦ *Sans suite par le SECM* : actions de contrôle qui ne donnent pas lieu à des poursuites au sein du SECM. La suite est donnée par une autre instance, par exemple par :
 - ✦ le Service du contrôle administratif,
 - ✦ l'auditorat du travail,
 - ✦ le Parquet du procureur du Roi,
 - ✦ l'Ordre des médecins,
 - ✦ l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

En ce qui concerne les dossiers envoyés à l'auditorat du travail ou au Parquet, nos inspecteurs continuent souvent à réaliser des audits et des actions à la demande des magistrats. Si les faits dénoncés donnent lieu à une procédure judiciaire, l'INAMI peut en principe se constituer partie civile en vue de la récupération des montants indûment remboursés par l'assurance soins de santé.

2. Concernés

705 actions de contrôle (sur 871, soit 81 %) portaient sur des dispensateurs de soins, pour un montant total porté à grief de 11.273.248,93 euros (soit 61 % du montant total). L'illustration ci-dessous présente le nombre d'actions de contrôle clôturées par groupe professionnel. 63 % des actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins portaient sur des infirmiers.

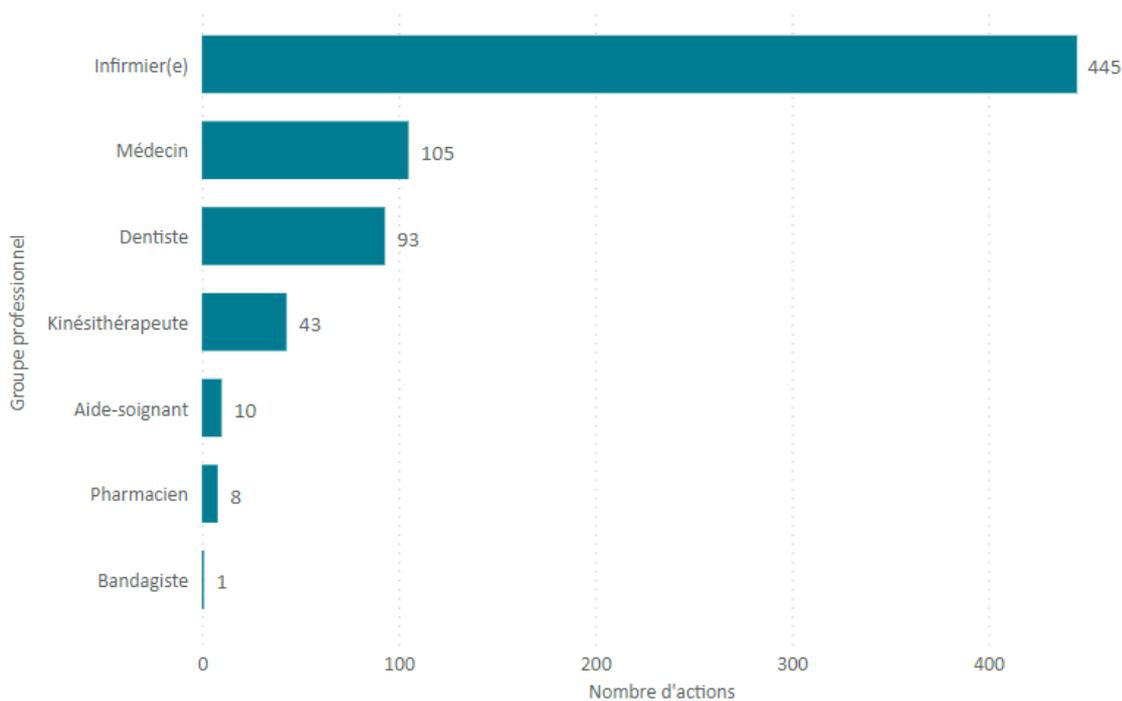


Illustration 7. Nombre d'actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2023, par groupe professionnel

Le montant porté à grief s'élève à 4.511.739,36 euros pour les médecins (soit 40 % du montant total des actions de contrôle relatives à des dispensateurs), à 2.981.856,01 euros pour les infirmiers (soit 26 %) et à 2.167.780,27 euros pour les dentistes (soit 19 %).

Tableau 4. Actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2023, par groupe professionnel

Groupe professionnel	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
Infirmier	445	2.981.856,01	681.691,92
Médecin	105	4.511.739,36	3.134.008,44
Dentiste	93	2.167.780,27	1.200.287,27
Kinésithérapeute	43	643.479,34	475.036,10
Aide-soignant	10	0,00	0,00
Pharmacien	8	968.393,95	527.151,28
Bandagiste	1	0,00	0,00
TOTAL	705	11.273.248,93	6.018.175,01

Par ailleurs, 159 actions de contrôle portaient sur des institutions et organisations de soins (dont 95 sur des institutions pour personnes moins valides²¹ et 47 sur des hôpitaux), pour un montant total porté à grief de 7.057.535,63 euros. Enfin, 7 actions portaient sur des assurés, pour un montant total porté à grief de 337,74 euros.

3. Évolution 2019-2023²²

En 2023, nous avons clôturé 871 actions de contrôle, pour un montant porté à grief de 18.331.122,30 euros. 11.776.121,09 euros ont été remboursés volontairement. Le nombre d'actions de contrôle clôturées et le montant porté à grief ont tous deux fortement augmenté par rapport à l'année précédente. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Davantage d'anomalies ont été détectées grâce à nos investissements dans l'analyse de données ces dernières années. Nous avons aussi clôturé en 2023 plusieurs actions de contrôle concernant des facturations de prestations coûteuses, ainsi que des dossiers dans lesquels de grands montants avaient été frauduleusement facturés.

En outre, le pourcentage du remboursement volontaire a également augmenté, de 10 % : 64 % du montant porté à grief en 2023 a été volontairement remboursé, contre 54 % en 2022.

²¹ Voir « Missions nationales – [Facturation de prestations de kinésithérapie pour les patients en institution pour moins valides](#) », p. 64. 82 actions de contrôle concernaient des soins infirmiers et 13 des prestations de kinésithérapie facturées dans ces institutions.

²² Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes.

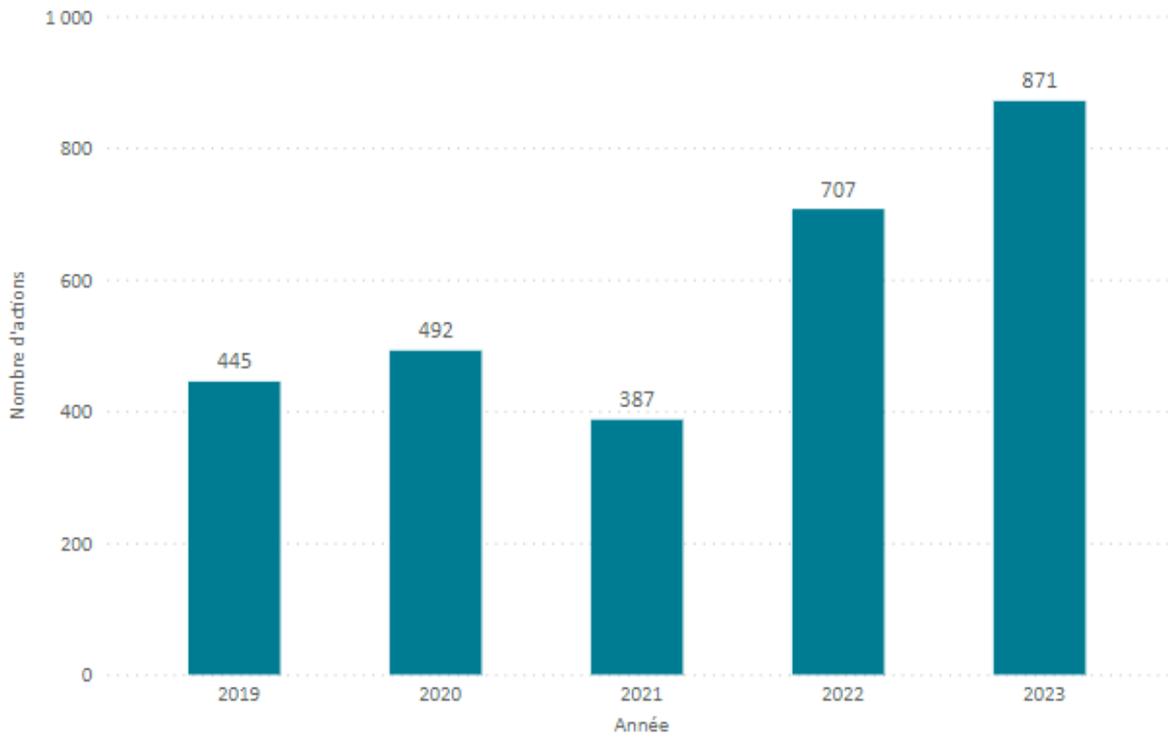


Illustration 8. Évolution du nombre d'actions de contrôle clôturées

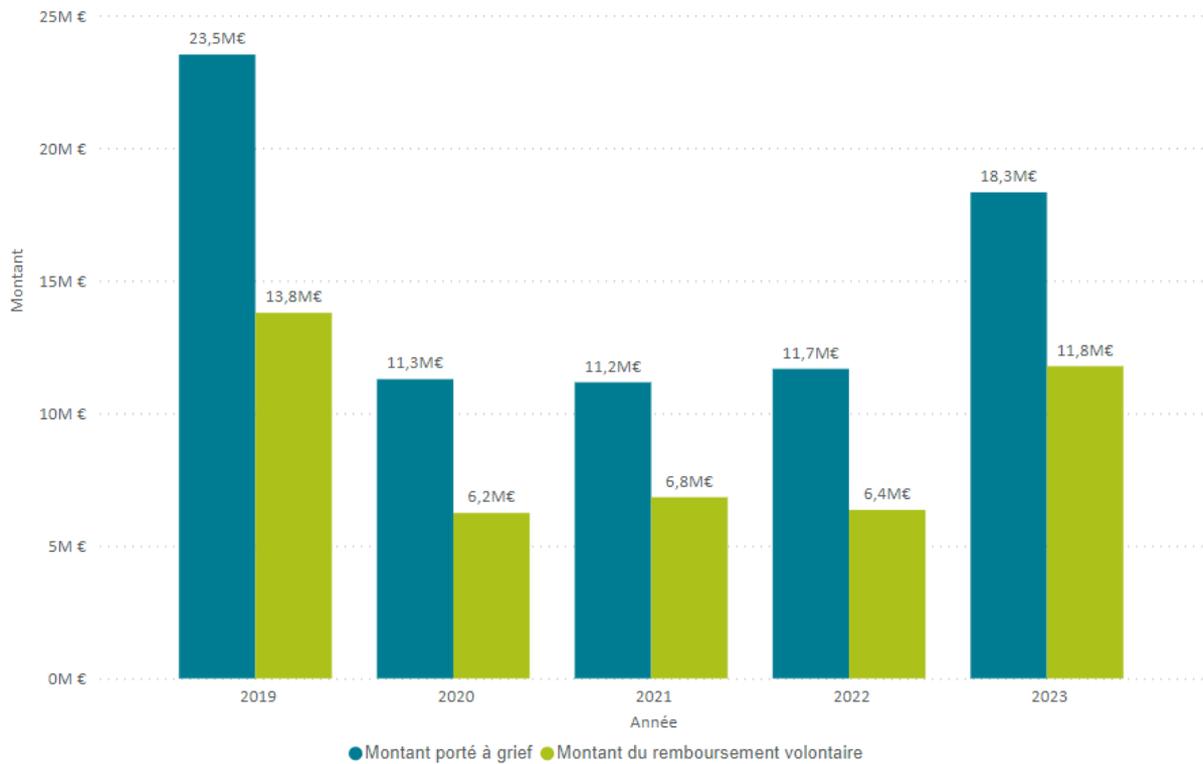


Illustration 9. Évolution des montants portés à grief et des remboursements volontaires

4. Suivi des procédures administratives

Nous pouvons introduire une procédure à l'encontre d'un dispensateur ou d'une institution de soins en fonction de la gravité des faits. Si un dispensateur de soins ne rembourse pas volontairement l'entièreté de la somme portée à grief, une procédure sera d'office introduite. Celle-ci peut être introduite auprès du Fonctionnaire dirigeant ou de la Chambre de première instance. Les dispensateurs et institutions de soins peuvent introduire un recours auprès de la Chambre de première instance contre la décision du Fonctionnaire dirigeant ou auprès de la Chambre de recours contre la décision de la Chambre de première instance.

La procédure à suivre est déterminée par plusieurs critères, comme le montre l'illustration ci-dessous : le type d'infraction, le montant porté à grief et la valeur des prestations litigieuses. Nous entendons par « valeur des prestations litigieuses » le montant des prestations indûment facturées que le dispensateur de soins n'a pas encore remboursé au moment où la procédure est introduite.

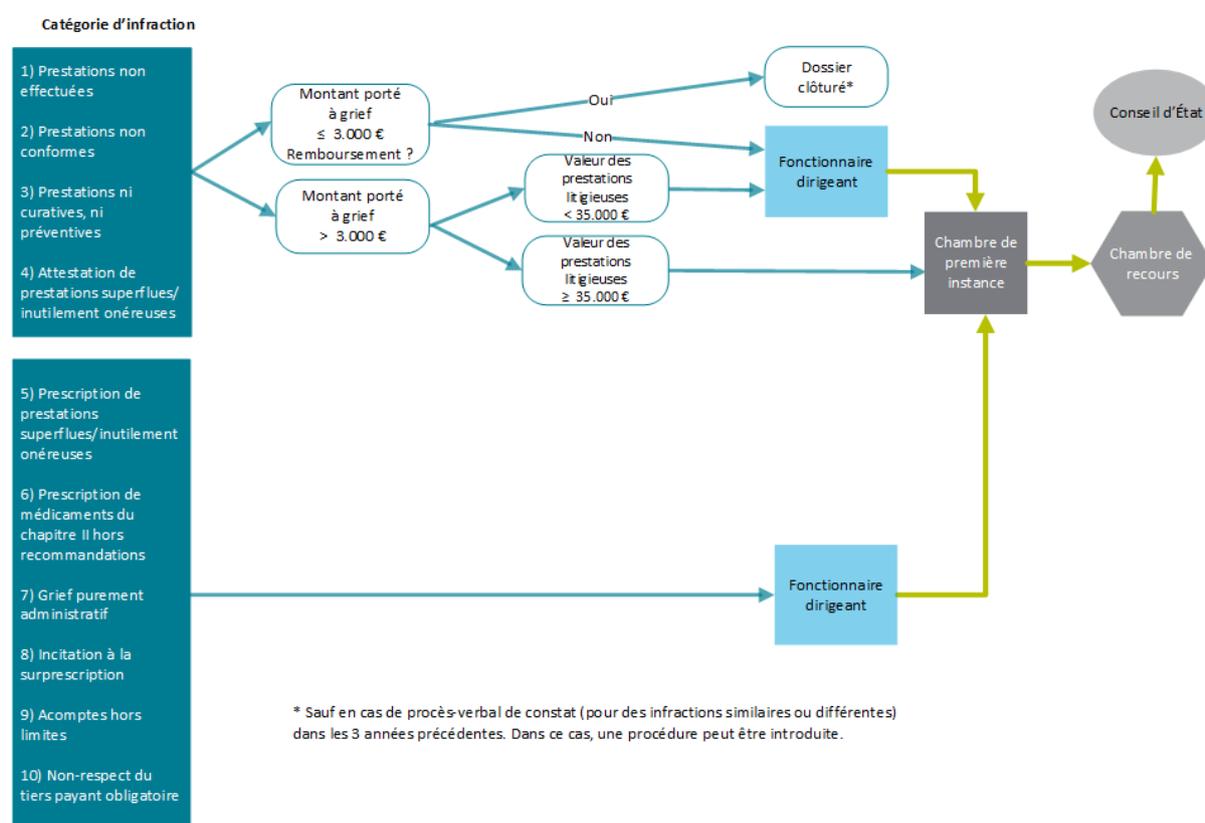


Illustration 10. Procédure suivie en fonction du type d'infraction, du montant porté à grief et de la valeur des prestations litigieuses

Si le montant porté à grief est inférieur ou égal à 3.000 euros et qu'il a été entièrement remboursé dans les 2 mois suivant le jour de la notification du procès-verbal de constat, nous n'introduisons pas de procédure administrative, et le dossier est clôturé. Cependant, si le dispensateur de soins avait déjà reçu un procès-verbal de constat (pour des infractions similaires ou différentes) dans les 3 années précédentes, une procédure administrative peut être introduite.

Les tableaux ci-dessous présentent les décisions devenues définitives en 2023 et les données s'y rapportant, par type de dispensateur de soins. Nous considérons une décision comme « définitive » lorsqu'elle n'est plus susceptible de recours.

Lorsqu'une décision est devenue définitive, nous disposons d'un titre exécutoire à l'encontre du dispensateur de soins condamné. Si ce dernier ne peut pas rembourser la somme due en une fois et exécuter la décision prononcée, il peut demander un plan de paiement, établi selon un échéancier et des conditions arrêtés avec nous.

Si le dispensateur de soins ne rembourse pas les sommes dues, nous disposons de 2 possibilités pour faire exécuter le titre exécutoire.

Nous pouvons utiliser la possibilité de compensation prévue à l'article 206*bis*, § 1^{er}, de la loi SSI. Toute somme qui doit être payée par les O.A. ou l'INAMI à un dispensateur de soins peut être utilisée dans ce cadre pour le remboursement des montants indûment perçus par ce dispensateur de soins ou pour le règlement de toute autre créance due à l'INAMI. Par exemple, un dispensateur de soins ayant encore une dette envers l'INAMI pourrait ne pas recevoir de prime télématique, car elle servirait au remboursement de cette dette.

Nous pouvons également charger l'Administration générale de la perception et du recouvrement de la récupération des sommes dues à l'INAMI. Il s'agit de la possibilité que nous utilisons le plus fréquemment.

Tableau 5. Décisions du Fonctionnaire dirigeant devenues définitives en 2023, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ²³ (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ²⁴ (€)	Montant total à payer ²⁵ (€)
Pharmacien	4	1.244.571,26	1.244.571,26	1.237.105,34	618.552,67	1.231.893,41	1.855.658,01
Hôpital général	2	471.984,52	461.766,89	471.984,52	117.996,12	346.325,17	589.980,64
Médecin	6	433.362,21	400.886,73	433.362,21	197.497,26	276.582,42	630.859,47
(Groupement) Infirmier	12	404.783,08	359.234,14	404.783,11	228.063,92	173.576,39	632.847,03
Kinésithérapeute	22	350.975,80	197.567,63	350.975,80	170.368,00	34.310,91	521.343,80
Dentiste	4	72.656,49	66.082,99	72.656,49	34.619,32	9.074,92	107.275,81
Centre de soins de jour	1	25.823,58	25.373,65	25.115,23	10.376,52	12.557,61	35.491,75
TOTAL	51	3.004.156,94	2.755.483,29	2.995.982,70	1.377.473,81	2.084.320,83	4.373.456,51

²³ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

²⁴ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

²⁵ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

Tableau 6. Décisions de la Chambre de première instance devenues définitives en 2023, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ²⁶ (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ²⁷ (€)	Montant total à payer ²⁸ (€)
Infirmier	4	572.074,35	3.488,67	572.074,35	139.497,10	39.091,69	711.571,45
Dentiste	4	385.078,17	15.162,50	369.915,67	333.668,97	61.901,79	703.584,64
Hôpital général	1	248.933,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kinésithérapeute	1	202.837,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	10	1.408.922,88	18.651,17	941.990,02	473.166,07	100.993,48	1.415.156,09

²⁶ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

²⁷ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

²⁸ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

Tableau 7. Décisions de la Chambre de première instance (en tant que juridiction d'appel) devenues définitives en 2023, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ²⁹ (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ³⁰ (€)	Montant total à payer ³¹ (€)
Kinésithérapeute	4	176.998,65	115.442,80	176.998,65	22.501,62	114.020,63	199.500,27
Infirmier	5	69.923,10	0,00	69.923,10	16.971,71	0,00	86.894,81
Médecin	1	25.278,17	0,00	25.000,44	12.500,22	12.500,22	37.500,66
TOTAL	10	272.199,92	115.442,80	271.922,19	51.973,55	126.520,85	323.895,74

²⁹ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

³⁰ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

³¹ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

Tableau 8. Décisions de la Chambre de recours devenues définitives en 2023, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ³² (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ³³ (€)	Montant total à payer ³⁴ (€)
(Groupement) Infirmier	14	2.343.994,06	255.823,32	2.003.800,73	1.427.424,61	485.738,60	3.431.225,34
Médecin	2	917.447,28	0,00	8.990,00	1.561,25	0,00	10.551,25
Hôpital général	1	682.878,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dentiste	2	298.820,39	54.000,00	298.820,39	46.407,97	98.475,37	345.228,36
Pharmacien	1	237.177,03	0,00	229.405,21	206.464,69	206.464,69	435.869,90
Aide-soignant	2	172.558,62	0,00	114.277,74	40.513,30	51.460,98	154.791,04
Sage-femme	1	49.241,58	1.701,23	1.701,23	0,00	0,00	1.701,23
Kinésithérapeute	1	24.441,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	24	4.726.559,75	311.524,55	2.656.995,30	1.722.371,82	842.139,64	4.379.367,12

³² Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

³³ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

³⁴ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

5. Lutte contre la fraude

Nous travaillons avec d'autres services de l'INAMI, avec les O.A. et avec le Collège intermutualiste national (CIN) pour les actions de contrôle en matière de fraude dans le secteur des soins de santé et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude.

Seule une petite partie des actions de contrôle portent sur la fraude telle qu'elle est définie ci-après.

a) Définition de la fraude

La Commission anti-fraude (CAFC) de l'INAMI a élaboré en 2017 des directives concernant la définition de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies de la loi SSI³⁵. Ces directives précisent 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, au détriment de l'assurance soins de santé ;
- ✦ de simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion.

L'intention frauduleuse est donc un élément essentiel de la fraude, mais n'est pas simple à démontrer dans la pratique.

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

Étant donné que des fraudeurs ont par définition l'intention de frauder, nous pouvons nous attendre, dans une large mesure, à une récurrence de leur part. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière proactive. Au terme d'une action de contrôle, nous évaluons donc 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 différentes catégories. Les dossiers dont la décision est « constat avec procédure administrative » ou « sans suite par le SECM » peuvent se voir attribuer l'un des codes suivants en cas de suspicion de fraude ou de corruption.

Tableau 9. Waste typology matrix pour fraude et corruption (EHFCN)

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

³⁵ Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi SSI.

La fraude dans le cadre des prestations non conformes (catégorie F1) 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 délibérément pas effectuées, nous pouvons classer ces dossiers dans la catégorie F2.

b) Types de fraude

Sur les 871 actions de contrôle clôturées en 2023, 65 étaient des dossiers concernant la fraude pour un montant total porté à grief de 8.006.105,89 euros. Le montant porté à grief dans ces dossiers pour des prestations non effectuées représente 63 % du montant total porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude.

Tableau 10. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2023, par type de fraude

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
F1 – fraude : non conforme	34	2.947.530,34	1.151.940,40
F2 – fraude : non effectué	30	5.058.575,55	1.860.968,39
C1 – corruption : non conforme	1	0,00	0,00
TOTAL	65	8.006.105,89	3.012.908,79

Le dossier concernant la corruption est une mission de l'auditorat du travail, qui recouvrera lui-même les montants indus.



Illustration 11. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées en 2023

c) Concernés

La majorité de nos actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2023 concernaient des dispensateurs de soins (60 actions sur 65, soit 92 %), pour un montant porté à grief de 6.878.098,97 euros (soit 86 % du montant total). 3 actions concernaient des institutions de soins pour un montant porté à grief de 1.127.669,18 euros (soit 14 % du montant total). 2 actions concernaient des assurés pour un montant porté à grief de 337,74 euros.

28 % des actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2023 portaient sur des médecins, principalement pour des prestations non effectuées. 43 % des actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2023 portaient sur des dentistes et des kinésithérapeutes (respectivement 22 % environ par groupe professionnel), principalement pour des prestations non conformes. Ces dispensateurs de soins sont minoritaires au sein de leur groupe professionnel, mais facturent indûment des montants très élevés à l'assurance soins de santé, au détriment de la durabilité de celle-ci.

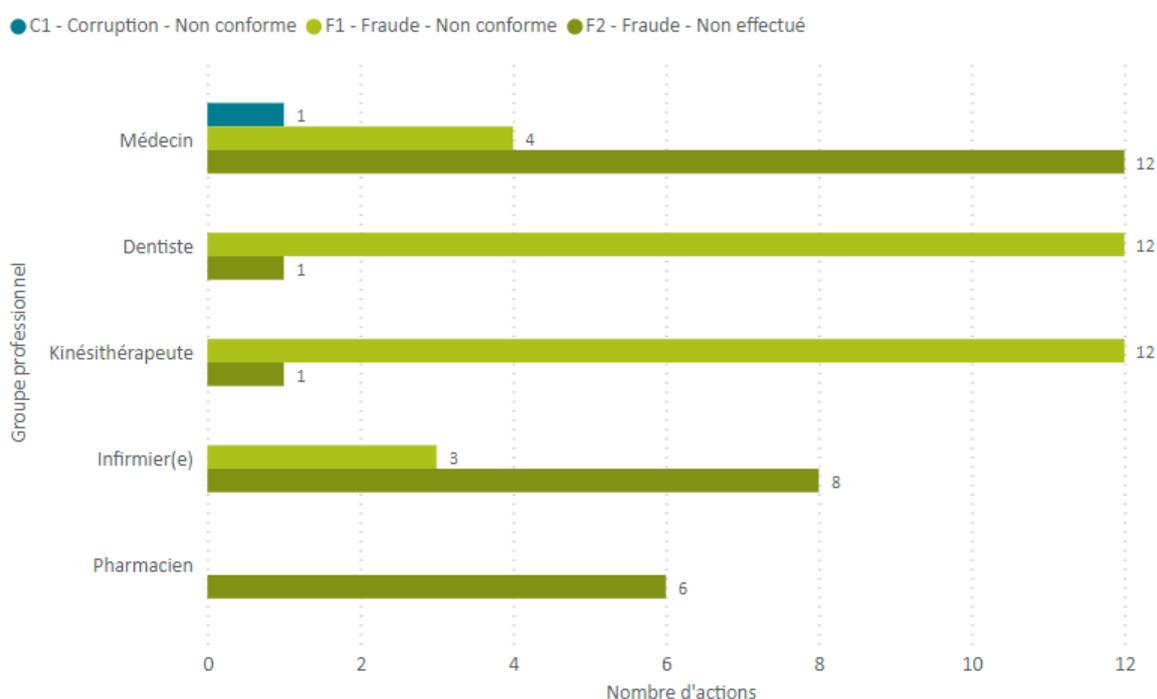


Illustration 12. Nombre d'actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2023, par groupe professionnel et par type de fraude

Le montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2023 s'élève à 2.610.271,57 euros pour les médecins (soit 38 % du montant total des actions en matière de fraude relatives à des dispensateurs) et à 1.951.964,76 euros pour les infirmiers (soit 28 %).

Tableau 11. Actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2023, par type de fraude et par groupe professionnel

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
F1 – fraude : non conforme	31	2.485.425,71	690.173,51
Infirmier	3	862.695,50	5.000,00
Dentiste	12	826.988,23	204.837,64
Kinésithérapeute	12	441.194,06	329.404,82
Médecin	4	354.547,92	150.931,05
F2 – fraude : non effectué	28	4.392.673,26	1.860.968,39
Médecin	12	2.255.723,65	1.243.507,23
Infirmier	8	1.089.269,26	36.000,00
Pharmacien	6	950.504,17	509.261,50
Dentiste	1	69.929,07	69.929,07
Kinésithérapeute	1	27.247,11	2.270,59
C1 – corruption : non conforme	1	0,00	0,00
Médecin	1	0,00	0,00
TOTAL	60	6.878.098,97	2.551.141,90

2 groupements infirmiers et 1 hôpital sont concernés par des actions de contrôle en matière de fraude. Le montant porté à grief pour les groupements infirmiers (pour des prestations non effectuées) s'élève à 665.902,29 euros, soit 59 % du montant total des actions en matière de fraude relatives à des institutions de soins. Le montant porté à grief pour un hôpital (pour des prestations non conformes) s'élève à 461.766,89 euros.

d) Évolution 2019-2023³⁶

En 2023, le nombre total d'actions de contrôle a augmenté par rapport à 2022, mais le nombre d'actions de contrôle en matière de fraude a légèrement diminué. Le montant porté à grief a quant à lui augmenté tant pour l'ensemble des actions de contrôle que pour les actions de contrôle en matière de fraude.

³⁶ Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes.

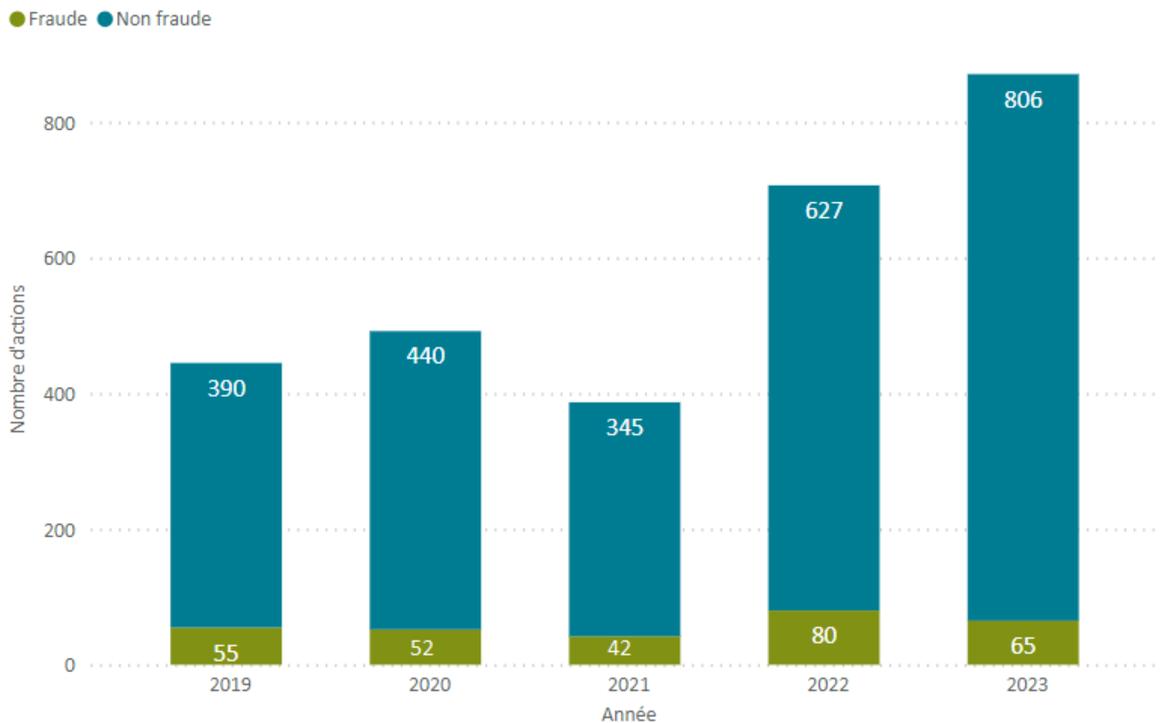


Illustration 13. Évolution du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées

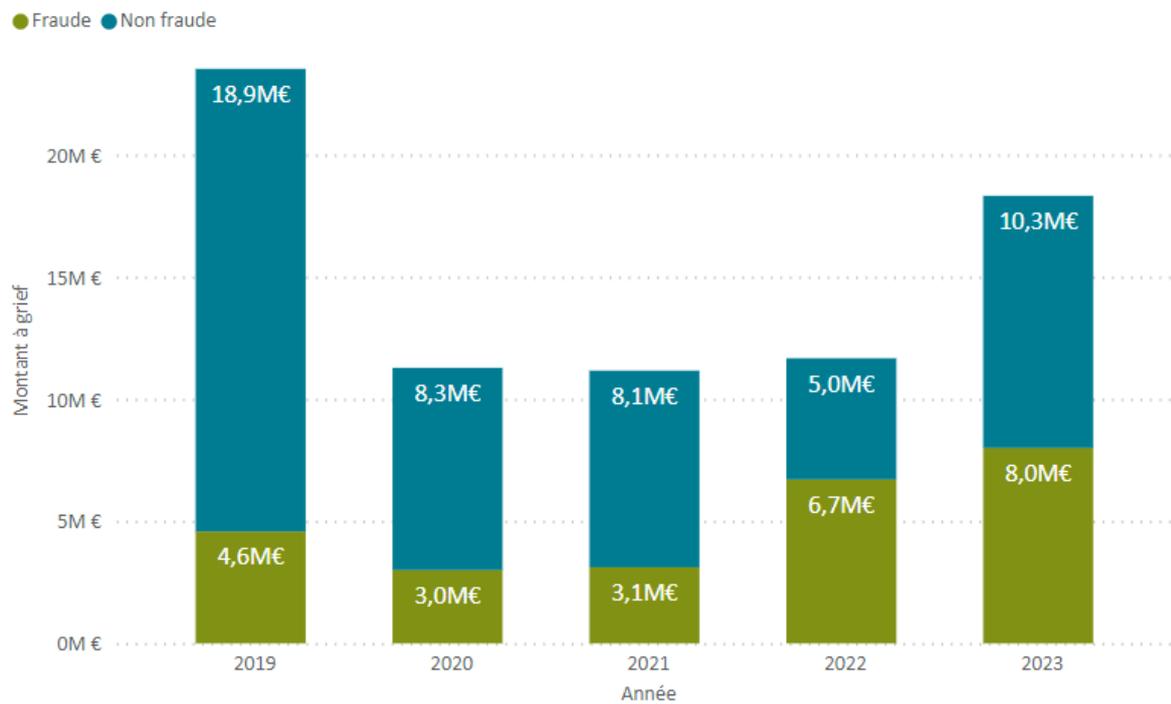


Illustration 14. Évolution du montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées

e) Suspension du paiement via le régime du tiers payant

L'article 77sexies de la loi SSI permet 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 obstinés qui abusent du régime du tiers payant, pendant que le personnel d'inspection mène l'action de contrôle sur le fond et formule, le cas échéant, un grief formel.

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

En 2023, le Fonctionnaire dirigeant du SECM a pris une décision de suspension pour 9 numéros de tiers payant de 4 fraudeurs.

Tableau 12. Suspensions du paiement via le régime du tiers payant (art. 77sexies) en 2023

Suspension	Date de début	Date de fin	Type d'intéressé	Responsable présumé*
1	23.03.2023	22.03.2024	infirmier	A
2	05.04.2023	04.04.2024	infirmier	B
3	05.04.2023	04.04.2024	groupement infirmier	B
4	15.05.2023	14.05.2024	médecin généraliste	C
5	25.09.2023	24.09.2024	infirmier	D
6	25.09.2023	24.09.2024	groupement infirmier à domicile	D
7	25.09.2023	24.09.2024	groupement infirmier à domicile	D
8	25.09.2023	24.09.2024	groupement infirmier à domicile	D
9	25.09.2023	24.09.2024	groupement infirmier à domicile	D

** Les fraudeurs responsables présumés utilisent parfois plusieurs numéros de tiers payant. Dans la dernière colonne de ce tableau, chaque lettre correspond à un fraudeur individuel.*

En 2019, nous avons commencé à mettre en œuvre un suivi systématique des infirmiers 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 principalement leurs prestations par le biais du régime du tiers payant, sans demander de ticket modérateur.

Notre objectif est d'évaluer l'impact de la suspension temporaire sur le comportement de facturation à long terme. Ce faisant, nous pouvons suivre de plus près les fraudeurs existants et détecter plus rapidement toute nouvelle fraude éventuelle.

IV. APPROPRIATE CARE

Le SECM, tout comme les associations et institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale, peut proposer un indicateur de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales au Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) ou au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. Ceux-ci doivent se prononcer dans les 3 mois et, en cas de refus, le motiver de manière circonstanciée.

Des indicateurs approuvés et mesurables permettent d'informer plus concrètement les dispensateurs de soins et de les sensibiliser à plus d'*appropriate care* (soins nécessaires, scientifiquement étayés et efficaces). Les indicateurs constituent un seuil de justification, par rapport auquel les écarts peuvent être plus facilement identifiés. Grâce à des indicateurs univoques, les dispensateurs de soins peuvent dans un premier temps évaluer et corriger eux-mêmes leur comportement de facturation et de prescription. Si nécessaire, des mesures complémentaires les inciteront à modifier leur comportement vers plus d'*appropriate care*. Cela peut par exemple se faire au moyen d'une sensibilisation supplémentaire, d'un avertissement ou de constats pouvant donner lieu à la récupération des montants indûment payés aux dispensateurs de soins. Grâce à de telles mesures, nous tendons vers plus d'*appropriate care* dans l'intérêt du patient.

1. Proposition d'indicateurs

En 2023, nous avons proposé au CNPQ 3 indicateurs relatifs au comportement de prescription d'antibiotiques des médecins généralistes. Ces propositions répondent aux recommandations de la Cour des Comptes formulées en décembre 2022. Au sein de l'Union européenne, la Belgique est l'un des principaux consommateurs d'antibiotiques. Ce n'est qu'en réduisant drastiquement les prescriptions inutiles d'antibiotiques que nous pourrions freiner la résistance aux antibiotiques et prévenir les infections nosocomiales. La réduction de la consommation d'antibiotiques est également bénéfique pour l'environnement et financièrement avantageuse pour le patient, ainsi que pour l'assurance soins de santé. L'introduction d'indicateurs avec un seuil de justification est un des leviers pour contrer le recours abusif aux antibiotiques.

Ces indicateurs ont été approuvés par le CNPQ en juin 2023 et publiés au Moniteur belge le 29 novembre 2023.

Le premier indicateur est quantitatif et vise une réduction de 40 % du volume d'antibiotiques prescrits : au moins 40 % des prescriptions sont considérées comme superflues lorsque des antibiotiques sont prescrits pour des affections qui n'y réagissent pas (simple rhume, grippe, plaintes liées non infectieuses). Cet indicateur est scindé en fonction de l'âge du patient :

$$+ \frac{\text{nombre de patients avec une prescription pour un antibiotique remboursé } (\geq 15 \text{ ans})}{\text{nombre total de patients avec une prescription pour une spécialité pharmaceutique remboursée } (\geq 15 \text{ ans})} \leq 23 \%^{37}$$

$$+ \frac{\text{nombre de patients avec une prescription pour un antibiotique remboursé } (\leq 14 \text{ ans})}{\text{nombre total de patients avec une prescription pour une spécialité pharmaceutique remboursée } (\leq 14 \text{ ans})} \leq 45 \%$$

Les 2 autres indicateurs sont qualitatifs et ont pour objectif de réduire la prescription d'antibiotiques de deuxième ligne, qui sont actuellement prescrits à tort comme premier choix :

$$+ \frac{\text{DDD}^{38} \text{ d'amoxicilline prescrite et remboursée}}{\text{DDD d'amoxicilline} + \text{DDD d'amoxicilline associée à de l'acide clavulanique (prescrite et remboursée)}} \geq 80 \%$$

$$+ \frac{\text{DDD d'antibiotiques de deuxième ligne prescrits et remboursés}}{\text{DDD d'antibiotiques prescrits et remboursés}} \leq 20 \%$$

³⁷ En d'autres termes : sur 100 patients de 15 ans ou plus avec une prescription pour une spécialité pharmaceutique remboursée, maximum 23 peuvent recevoir une prescription pour un antibiotique remboursé.

³⁸ DDD : *defined daily doses* ou doses journalières moyennes.

2. Information sur les nouveaux indicateurs

a) Publication d'indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales

Nous avons informé tous les dispensateurs de soins concernés lors de la publication de nouveaux indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales au Moniteur belge.

Les indicateurs proposés par le SECM au CNPQ et publiés en 2023 au Moniteur belge concernent :

- ✦ la ménisectomie arthroscopique en cas de lésion dégénérative du genou : cette prestation ne peut être facturée à l'assurance soins de santé pour les patients de plus de 50 ans que pour 45 % du nombre total de ces prestations, par année calendrier. Les recommandations EBM indiquent qu'un traitement conservateur est plus approprié qu'une ménisectomie en cas de lésion dégénérative. De plus, l'arthroscopie augmente les effets secondaires à court et à long terme. Nous avons envoyé un courrier d'information à tous les médecins généralistes et à tous les chirurgiens orthopédistes en avril 2023 ;
- ✦ les examens d'IRM ambulatoires urgents : l'incidence maximale des examens d'IRM urgents pratiqués en ambulatoire est fixée à 5 examens d'IRM urgents par 1.000 examens, par année calendrier. L'objectif de cet indicateur est de diminuer la facturation induite à l'assurance soins de santé de suppléments d'urgence. Tous les hôpitaux ayant facturé des IRM ambulatoires en 2022 ont reçu un courrier d'information en août 2023 ;
- ✦ l'intervalle entre la première consultation et l'intervention bariatrique : une période minimale de 3 mois calendrier complets entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et le moment de l'intervention bariatrique proprement dite est fixée pour tous les patients (en cas de haute nécessité médicale, il peut néanmoins y être dérogé en motivant la demande). Ce délai minimum donne au patient le temps de réflexion nécessaire pour prendre une décision fondée. Tous les chirurgiens bariatriques ayant facturé cette prestation en 2021 et/ou en 2022 ont été informés en septembre 2023 ;
- ✦ la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes (3 indicateurs) : nous avons informé tous les médecins généralistes de la publication de ces indicateurs en décembre 2023.

En parallèle des courriers, nous avons également publié des informations sur ces nouveaux indicateurs sur le site web de l'INAMI.

b) Facturation de ménisectomie arthroscopique en cas de lésion dégénérative du genou

Nous avons envoyé en octobre 2023 un feedback individuel à tous les chirurgiens orthopédistes ayant facturé à l'assurance soins de santé au moins une ménisectomie arthroscopique entre 2018 et 2022 (soit les 5 années précédant la publication de l'indicateur sur ce sujet). L'objectif était de leur permettre de situer leur comportement de facturation par rapport à l'indicateur et par rapport au comportement des autres chirurgiens orthopédistes. Nous avons communiqué le nombre total de facturations de cette prestation par année, ainsi que le pourcentage de facturations pour des patients de plus de 50 ans.

Nous enverrons en 2024 un feedback personnalisé par rapport aux autres indicateurs publiés en 2023 au Moniteur belge aux dispensateurs de soins concernés.

V. MISSIONS NATIONALES

Lors de nos missions nationales, nous utilisons une méthodologie uniforme, appliquée à l'ensemble d'un groupe déterminé de dispensateurs ou d'institutions de soins dans toute la Belgique. Nous évaluons simultanément le comportement de facturation et/ou de prescription de ce groupe. En fonction de notre analyse, nous déterminons l'action la plus indiquée : une sensibilisation de l'ensemble du groupe professionnel ou d'une sélection de dispensateurs de soins (*outliers* par exemple), une proposition d'adaptation de la nomenclature auprès de la commission concernée, ou encore une action de contrôle en vue de récupérer les sommes indûment facturées. Il peut également s'agir de plusieurs de ces actions, simultanément ou successivement.

Vous trouverez ci-dessous le résumé des missions nationales clôturées et présentées en 2023 au Comité du SECM.

1. Médecins généralistes aux profils de facturation en augmentation par le circuit du tiers payant électronique (eFact)

a) Origine et objectif

En 2018, une grande partie des médecins généralistes ont adopté le circuit électronique (eFact) comme mode de facturation de leurs prestations en tiers payant. En parallèle de cette évolution, les dépenses relatives aux consultations des médecins généralistes ont fortement augmenté par rapport à 2017. Si cette augmentation de l'ordre de 75 millions d'euros s'expliquait partiellement par l'adoption d'eFact, un surcoût de 16 millions d'euros restait inexpliqué.

L'objectif de cette action de contrôle nationale était de déterminer si ce surcoût était lié à une optimisation réglementaire de la nomenclature ou à une facturation non réglementaire de la moindre action dans le dossier médical, qui aurait été encouragée par les logiciels de gestion du dossier médical informatisé.

b) Méthodologie

En collaboration avec l'Agence intermutualiste (AIM), nous avons opéré une sélection des médecins généralistes qui ont connu à partir de 2018 la plus forte croissance du nombre annuel de leurs prestations par patient à la suite de l'utilisation de l'e-facturation (*outliers*).

Une action de contrôle individuelle a été ouverte pour les profils les plus suspects. Les autres médecins généralistes sélectionnés ont été sensibilisés par un courrier leur montrant l'évolution des dépenses liées à leur activité. Nous leur avons également demandé des renseignements complémentaires en joignant un questionnaire au courrier. En fonction des réponses et de l'évolution des profils de facturation, plusieurs actions de contrôle supplémentaires ont été menées.

c) Résultats

Nous avons :

- ✦ approché 208 médecins généralistes dans le cadre de cette action de contrôle ;
- ✦ envoyé 184 courriers de sensibilisation (et reçu 156 réponses) ;
- ✦ mené 48 actions de contrôle individuelles (dont 23 à la suite de la réponse au courrier de sensibilisation).

Au terme des actions de contrôle individuelles, nous avons dressé 30 procès-verbaux de constat pour un montant total indûment facturé de 1.925.271 euros. Les griefs retenus étaient des prestations :

- ✦ non effectuées : des consultations et visites facturées sans le moindre contact avec l'assuré, d'autres doublement perçues ;
- ✦ non conformes : consultation facturée à la place d'un avis, prestation urgente facturée à la place d'une prestation non urgente, visite facturée à la place d'une consultation, plusieurs visites uniques facturées à la place des visites multiples à l'occasion d'un même déplacement.

6 médecins généralistes ont reçu un avertissement. 11 dossiers ont été clôturés négativement, dont 2 à la suite du décès par COVID-19 des médecins généralistes concernés. Un dossier était encore ouvert dans une autre action de contrôle pour surconsommation au moment de la clôture de cette mission nationale.

Le montant remboursé volontairement s'élève à 984.920 euros. 22 dispensateurs ont entièrement remboursé le montant reproché.

Nous avons introduit une procédure administrative pour 8 dossiers. 2 dossiers, dont 1 en procédure, ont également été transmis au Parquet.

Au cours de cette mission, nous avons relevé plusieurs explications à l'origine de l'augmentation des dépenses relatives aux consultations des médecins généralistes entre 2017 et 2018 :

- ✦ la facturation conforme d'actes auparavant non facturés, facilitée par eFact ;
- ✦ la programmation du logiciel de gestion du dossier médical informatisé induisant une optimisation non conforme de la nomenclature ;
- ✦ la facturation abusive facilitée par eFact d'actes non facturables à l'assurance soins de santé ou non effectués ;
- ✦ la double facturation (intentionnelle ou non) des mêmes prestations à la suite de l'utilisation de plusieurs circuits de facturation (électronique et papier).

d) Autres actions

Contact avec les représentants des logiciels de gestion du dossier médical informatisé

Au cours de cette mission nationale, nous avons également observé plusieurs problèmes en lien avec les logiciels de gestion du dossier médical informatisé :

- ✦ certains logiciels comprennent un couplage automatique de différents types d'actions dans le dossier médical informatisé, qui peuvent conduire à une facturation erronée de prestations à l'assurance soins de santé ;
- ✦ les logiciels ne permettent en revanche pas de transmettre automatiquement les données complètes relatives aux prestations effectuées par les assistants sous la supervision de leur maître de stage. Les 2 numéros INAMI en parallèle (maître de stage et assistant en formation) ne sont pas communiqués systématiquement alors que les champs sont prévus dans le layout Soins de santé et par NewAttest ;
- ✦ le transfert des données encodées dans les dossiers médicaux n'est, quant à lui, pas possible.

Nous avons notamment relevé le couplage automatique (indu) des données suivantes :

- ✦ le code de la prestation avec l'heure de l'action dans le dossier médical : la prestation effectuée en journée est encodée avec le supplément de nuit quand le généraliste met son dossier en ordre entre 21 heures et 8 heures ;

- ✦ toute action dans le dossier avec un code de consultation : l'action d'ouvrir le dossier lors d'un appel téléphonique est traduite automatiquement par un code de consultation ;
- ✦ le premier contact de l'assuré avec la gestion du dossier médical global, même si le patient ne le souhaite pas.

Nous avons pris contact avec les représentants des logiciels concernés afin de leur signaler ces problèmes. Nous leur avons demandé de mettre fin au couplage systématique des actions et de l'heure des actions dans les dossiers lors de la facturation d'une prestation.

Nous avons également adressé un courrier aux représentants de tous les logiciels homologués pour leur demander de faciliter la configuration en parallèle des paramètres du maître de stage et de ses assistants qui, par les multiples étapes imposées, freine tant les superviseurs que les candidats dans leur démarche.

Circulaire aux organismes assureurs

Nous avons envoyé une circulaire aux O.A. concernant la double facturation avec une liste des doubles détectés. Nous leur avons demandé de régulariser ces prestations et de renforcer leur contrôle primaire.

e) Propositions

Nous proposons :

- ✦ la révision des critères d'homologation des logiciels ;
- ✦ le lien systématique entre, d'une part, les données de lecture eID lors de chaque prestation-contact et, d'autre part, les données de facturation ;
- ✦ via le contrôle primaire des O.A., la vérification systématique du remboursement en cas de double facturation ;
- ✦ la mise au point d'indicateurs spécifiques à l'exercice de la médecine générale : le dépassement de ces indicateurs dans les données de facturation pourra mener à une action de contrôle.

2. Facturation de consultations et visites urgentes par les médecins généralistes

a) Origine et objectif

Lors de nos actions de contrôle, nous observons régulièrement des violations des conditions de facturation des consultations et visites urgentes. Ces facturations non conformes peuvent être dues à un problème dans le logiciel de facturation, à un manque de connaissances des règles d'application ou à de la fraude.

En analysant les prestations urgentes au cours de la période de 2015 à 2019, nous avons remarqué une augmentation de 21 % de leur nombre chez les médecins généralistes. Cela représentait un coût budgétaire de 5.989.914,42 euros.

Nous souhaitons évaluer dans quelle mesure les médecins généralistes avaient facturé des honoraires d'urgence pour une consultation ou une visite urgente conformément aux règles d'application. En fonction des résultats, nous avons ensuite voulu corriger les comportements de facturation particulièrement élevés au moyen d'une action de sensibilisation ciblée. L'objectif était de sensibiliser

les médecins généralistes aux règles d'application de la nomenclature et aux éventuelles erreurs de facturation.

b) Méthodologie

Nous avons analysé la fréquence de facturation d'une consultation ou visite urgente de chaque médecin généraliste du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019. Pour chaque médecin généraliste, nous avons fait la somme du nombre de facturations de ces codes de nomenclature. Nous avons déterminé la médiane et les *outliers* statistiques.

Sur la base de nos calculs, nous avons distingué 2 groupes d'*outliers* :

- ✦ le groupe à sensibiliser : les médecins généralistes ayant facturé entre 349 et 1.200 prestations urgentes. Ce groupe a été informé par courrier de la réglementation et de son comportement de facturation ;
- ✦ le groupe à interroger : les médecins généralistes ayant facturé plus de 1.200 prestations urgentes. Ce groupe a également été informé par courrier de la réglementation et de son comportement de facturation. Nous lui avons en outre envoyé un questionnaire pour comprendre son comportement de facturation.

Nous avons exclu des 2 groupes les médecins généralistes pour lesquels nous avons entretemps déjà entamé une action de contrôle individuelle pour des facturations de prestations urgentes de 2019.

c) Résultats

Le médecin généraliste médian a facturé 70 prestations urgentes en 2019. 756 médecins généralistes étaient des *outliers* ayant facturé entre 349 et 12.493 prestations urgentes par an. Ensemble, ils représentaient 6,2 % des médecins généralistes et étaient responsables de 36 % des prestations urgentes facturées en 2019.

684 médecins généralistes sur 756 ont facturé entre 349 et 1.200 prestations urgentes pour un montant estimé à 6,5 millions d'euros (groupe à sensibiliser). Pour 20 de ces médecins généralistes, une action de contrôle était déjà en cours concernant la facturation de prestations urgentes en 2019. Ils ont été exclus de notre action de sensibilisation.

72 médecins généralistes sur 756 ont facturé plus de 1.200 prestations urgentes pour un montant estimé à 3 millions d'euros (groupe à interroger). Pour 17 de ces médecins généralistes, nous avons déjà entamé une action de contrôle. Ils ont également été exclus de notre action de sensibilisation.

Nous avons reçu 135 réactions du groupe de 664 médecins généralistes à sensibiliser et 52 réponses du groupe de 55 médecins généralistes à interroger.

Les réactions étaient diverses. Nous avons souvent lu que les médecins généralistes considéraient le moment choisi pour l'action de sensibilisation comme malheureux : il y avait en effet une nouvelle vague de COVID-19 à ce moment-là.

Outre les questionnaires complétés, nous avons également reçu de nombreuses réponses de la part de médecins généralistes qui avaient des questions ou souhaitaient donner une explication au sujet des prestations urgentes qu'ils avaient facturées.

d) Mesure d'impact

Un an après l'action de sensibilisation, nous avons procédé à une nouvelle analyse du nombre de prestations urgentes facturées par médecin généraliste. Nous ne disposons pas encore des données de facturation complètes pour 2022, il s'agit donc de résultats provisoires et indicatifs.

Nous pouvons répartir le groupe à sensibiliser de 2019 comme suit en 2022 :

- ✦ 519 médecins généralistes n'étaient plus des *outliers* ;
- ✦ 152 médecins généralistes sont restés dans cette catégorie ;
- ✦ 13 médecins généralistes ont facturé plus de 1.200 prestations urgentes, soit plus qu'avant notre action de sensibilisation.

Nous pouvons répartir le groupe à interroger de 2019 comme suit en 2022 :

- ✦ 41 médecins généralistes n'étaient plus des *outliers* ;
- ✦ 18 médecins généralistes ont facturé entre 349 et 1.200 prestations urgentes ;
- ✦ 13 médecins généralistes sont restés dans cette catégorie.

3. Facturation d'IRM ambulatoires urgentes

a) Origine et objectif

Des suppléments d'honoraires sont prévus pour la facturation de prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, selon certaines conditions fixées par l'article 26 de la nomenclature. Pour la facturation d'IRM ambulatoires urgentes, il s'agit des codes de nomenclature 599572 et 599594.

En 2018, nous avons mené une action de contrôle nationale sur la facturation de ces suppléments d'urgence avec des IRM ambulatoires³⁹. Une mesure d'impact de cette action, réalisée en 2022, nous a permis de détecter 8 hôpitaux *extreme outliers*, qui avaient facturé un supplément d'urgence pour plus de 2,55 % des IRM ambulatoires facturées en 2019 (la médiane ne s'élevait qu'à 0,236 %).

Nous avons donc mené une nouvelle action de contrôle pour vérifier si ces 8 hôpitaux avaient facturé les suppléments d'urgence selon les conditions de la nomenclature.

b) Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 18 janvier 2022 (dates de réception par les O.A.) concernant les suppléments d'urgence 599572 et 599594 facturés avec des IRM ambulatoires⁴⁰.

Après analyse des données, nous avons contacté les chefs de service de radiologie des hôpitaux : nous leur avons envoyé la liste des suppléments d'urgence facturés avec des IRM ambulatoires par l'hôpital entre le 6 août 2019 et le 18 janvier 2022 (période contrôlée), en leur demandant d'identifier les suppléments réellement associés à des IRM urgentes et d'envoyer la prescription, ainsi que le protocole de ces IRM dans un délai imparti.

³⁹ Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2019](#), p. 31-32.

⁴⁰ Soit les prestations facturées à l'assurance soins de santé avec les codes de nomenclature 459491 (IRM du rachis cervical), 459395 (IRM de la tête), 459513 (IRM d'un membre), 457936 (IRM du rachis lombosacré), 457914 (IRM du rachis thoracique), 457951 (IRM du rachis entier ou combinaison de 2 des IRM des rachis cervical, thoracique ou lombosacré).

Sur la base des réponses reçues, nous avons envoyé un procès-verbal de constat, ainsi qu'une invitation au remboursement volontaire, aux sièges sociaux des hôpitaux ayant facturé des suppléments d'urgence ne répondant pas aux dispositions de l'article 26 de la nomenclature.

c) Résultats

Un hôpital avait quasiment cessé de facturer des suppléments d'urgence avec des IRM ambulatoires à partir de juin 2019, soit avant le début de la période de contrôle. Nous l'avons exclu de l'action de contrôle.

Aucun des 7 hôpitaux contactés n'a relevé de supplément associé à des IRM urgentes dans la liste que nous leur avons envoyée. Certains hôpitaux nous ont expliqué que leur logiciel de facturation avait automatiquement et erronément facturé un supplément d'urgence pour les IRM effectuées le week-end ou après 18 heures.

Tous les suppléments reprochés étaient donc non conformes, car facturés avec des IRM non urgentes, ne répondant pas aux conditions de l'article 26 de la nomenclature. Nous avons porté à grief un montant total de 934.289,27 euros, que les hôpitaux ont entièrement remboursé volontairement.

Nous avons introduit une procédure administrative pour 2 hôpitaux qui avaient déjà reçu un procès-verbal de constat en 2019 pour des suppléments d'urgence facturés avec des IRM non urgentes et qui ont néanmoins continué à facturer indûment ces suppléments.

d) Autres actions

En 2022, nous avons introduit une proposition d'indicateur de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales auprès du CNPQ sur ces suppléments d'urgence. L'indicateur a été approuvé et publié au Moniteur belge en 2023. Nous en avons informé tous les hôpitaux ayant effectué des examens d'IRM en 2022 par un courrier de sensibilisation, accompagné d'une communication sur le site web de l'INAMI⁴¹.

4. Facturation de l'imagerie médicale du rachis

a) Origine et objectif

Nous avons reçu des signalements de 2 patients concernant des examens CT et IRM du rachis effectués dans 2 hôpitaux différents. Selon ces patients, les hôpitaux auraient exigé qu'une IRM de plusieurs parties du rachis soit effectuée en plusieurs fois, sous prétexte que l'INAMI imposerait des règles strictes. Ce n'est pas correct : l'INAMI ne prévoit pas de fractionnement de ces IRM dans les règles d'application de la nomenclature.

Depuis le 1^{er} décembre 2018, il existe 3 codes de nomenclature spécifiques pour les CT ou IRM des 3 parties du rachis, à savoir cervicale, thoracique et lombosacrée⁴². En outre, les dispensateurs de soins peuvent également facturer un code de nomenclature pour le rachis entier ou pour une combinaison des différentes parties du rachis⁴³. Il y a une limitation à la possibilité de combiner ces

⁴¹ Voir « *Appropriate care* – [Information sur les nouveaux indicateurs](#) », p. 41.

⁴² Les codes de nomenclature des CT sont les suivants : 458850 (partie cervicale), 457855 (partie thoracique) et 457870 (partie lombosacrée). Pour les IRM, les codes de nomenclature sont les suivants : 459491 (partie cervicale), 457914 (partie thoracique) et 457936 (partie lombosacrée).

⁴³ Les codes de nomenclature sont le 457892 pour les CT et le 457951 pour les IRM.

4 codes de nomenclature au cours d'un même mois. Dans ce cas, une justification doit être jointe au dossier médical.

Nous avons voulu vérifier si les hôpitaux étalaient systématiquement les examens CT et IRM ambulatoires en plusieurs séances (fractionnement) afin d'optimiser leurs facturations.

b) Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation pour les codes de nomenclature relatifs au rachis pour la période comptable de 2019 à 2021. Nous avons plus particulièrement examiné la facturation de :

- ✦ l'examen CT ambulatoire du rachis avec les codes de nomenclature 458850, 457855, 457870 et 457892 ;
- ✦ l'examen IRM ambulatoire du rachis avec les codes de nomenclature 459491, 457914, 457936 et 457951.

Nous avons examiné si des examens CT ou IRM supplémentaires avaient été facturés dans les 30 jours et dans les 90 jours suivant la facturation du premier examen CT ou IRM. Nous avons effectué cette analyse dans les 100 hôpitaux disposant d'appareils CT enregistrés et dans les 87 hôpitaux disposant d'appareils IRM enregistrés.

c) Résultats

Nous n'avons trouvé aucune indication de fractionnement des examens CT ou IRM ambulatoires du rachis. Les hôpitaux n'étaient pas systématiquement ces examens en plusieurs séances.

d) Autres actions

En revanche, nous avons remarqué que 13 hôpitaux ne facturaient pas du tout les nouveaux codes de nomenclature pour les examens CT et/ou IRM. Ils n'avaient facturé que les « anciens » codes. Depuis le 1^{er} décembre 2018, ces codes de nomenclature ne sont valables que pour les examens du rachis cervical, et non plus pour les autres parties. Ces hôpitaux n'avaient donc vraisemblablement pas modifié leur système de facturation après le changement de nomenclature en 2018. L'utilisation des « anciens » codes n'a pas eu d'impact financier, car le remboursement est le même que pour les nouveaux codes. Nous avons donc décidé de nous limiter à une action de sensibilisation.

Nous avons envoyé des courriers de sensibilisation à chacun de ces 13 hôpitaux : à l'administrateur, au médecin-chef et au chef de service d'imagerie médicale. Nous leur avons demandé de vérifier leurs facturations et d'adapter leur système de facturation, si cela n'avait pas déjà été fait depuis 2019.

5. Facturation du forfait PET

a) Origine et objectif

Le PET-scan (ou tomographie par émission de positrons) est une technique d'imagerie médicale de pointe. 85 % des examens sont utilisés pour le diagnostic et le suivi du cancer. Au cours de l'examen, généralement effectué en ambulatoire, un radio-isotope (également appelé traceur) est injecté. Les cellules cancéreuses le captent davantage que les cellules normales, et l'appareil PET détecte ce phénomène.

Les appareils PET font partie de l'appareillage médical lourd des hôpitaux. Ils sont programmés et financés par le gouvernement. Il existe actuellement 24 centres PET agréés. La programmation est précédée d'une concertation entre le gouvernement fédéral et les communautés : l'accord est publié au Moniteur belge en tant que « protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale⁴⁴ ».

Pour un examen PET, le médecin nucléaire peut facturer un forfait pour le radio-isotope, en plus des honoraires (prévus à l'article 18, § 2, de la nomenclature)⁴⁵. Ce forfait (pseudo-code 747913-747924) s'élève à 162,15 euros au 1^{er} janvier 2022. Le nombre de forfaits remboursés par an est plafonné à 3.400 par an pour les hôpitaux généraux et à 4.600 par an pour les hôpitaux universitaires. Ce remboursement dégressif vise à lutter contre la surconsommation, comme le prévoit le protocole d'accord.

Une analyse des risques liés à la facturation et à l'efficacité des prestations PET a montré que certains centres dépassaient ce plafond. Nous avons donc décidé de mener une action de contrôle nationale afin de vérifier si les hôpitaux avaient respecté le quota imposé de forfaits PET.

b) Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation de 2019 à 2021. Nous avons calculé le nombre de forfaits par centre PET par an et l'avons comparé au quota auquel le centre avait droit. Le dépassement et le montant indu en découlant ont été calculés. Nous avons réalisé une audition dans 2 institutions, principalement pour obtenir des informations sur le dossier.

Nous avons ouvert un dossier de contrôle pour les centres qui avaient dépassé leur quota de forfaits PET. Nous avons rédigé un procès-verbal de constat, accompagné d'une invitation au remboursement volontaire.

c) Résultats

12 centres PET agréés sur 24 avaient dépassé leur quota en 2019 et/ou 2020 et/ou 2021.

Le dépassement au cours de ces 3 années ensemble varie entre 37 et 7.846 forfaits par centre. Les indemnités indues correspondantes vont de 5.959,96 euros à 1.254.278,06 euros. 4 centres identifiés comme *outliers* se situent au-delà des 500.000 euros. Ils se trouvent dans la région de Bruxelles-Capitale et dans la province de Liège.

Le montant total facturé indûment par les 12 centres ensemble s'élève à 4.178.980,96 euros. Tous les centres ont remboursé volontairement les forfaits portés à grief.

d) Autres actions

Nous avons également évalué l'efficacité des examens PET en calculant par province⁴⁶ le nombre d'examens par 100.000 assurés⁴⁷. Nous avons mis le résultat en relation avec l'incidence du cancer. Cela nous a permis d'aboutir au ratio suivant :

⁴⁴ Protocole d'accord du 24 février 2014 relatif à l'imagerie médicale.

⁴⁵ A.R. du 16 décembre 2015 modifiant l'A.R. du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radiopharmaceutiques.

⁴⁶ La « province de Bruxelles » correspond à la région de Bruxelles-Capitale.

⁴⁷ Seuls les PET-scans pour les indications oncologiques et les indications orphelines ont été retenus.

par province : $\frac{\text{nombre de PET-scans par 100.000 assurés}}{\text{incidence du cancer par 100.000 habitants}}$

L'incidence du cancer⁴⁸ (le dénominateur) est le nombre de nouveaux diagnostics de cancer par an et est calculé sur la base du domicile de l'assuré. Le nombre de PET-scans par 100.000 assurés (le numérateur) a aussi été calculé en fonction du domicile de l'assuré (et non du lieu où l'examen a été effectué). Cette méthode permet de comparer les chiffres des différentes provinces.

Les résultats sont repris dans l'illustration ci-dessous. Il y a de grandes différences entre les provinces. Le nombre de PET-scans effectués est par exemple plus de 2 fois plus élevé (ratio 2,2) pour les habitants de la région de Bruxelles-Capitale que pour ceux de Flandre occidentale (ratio 0,9).

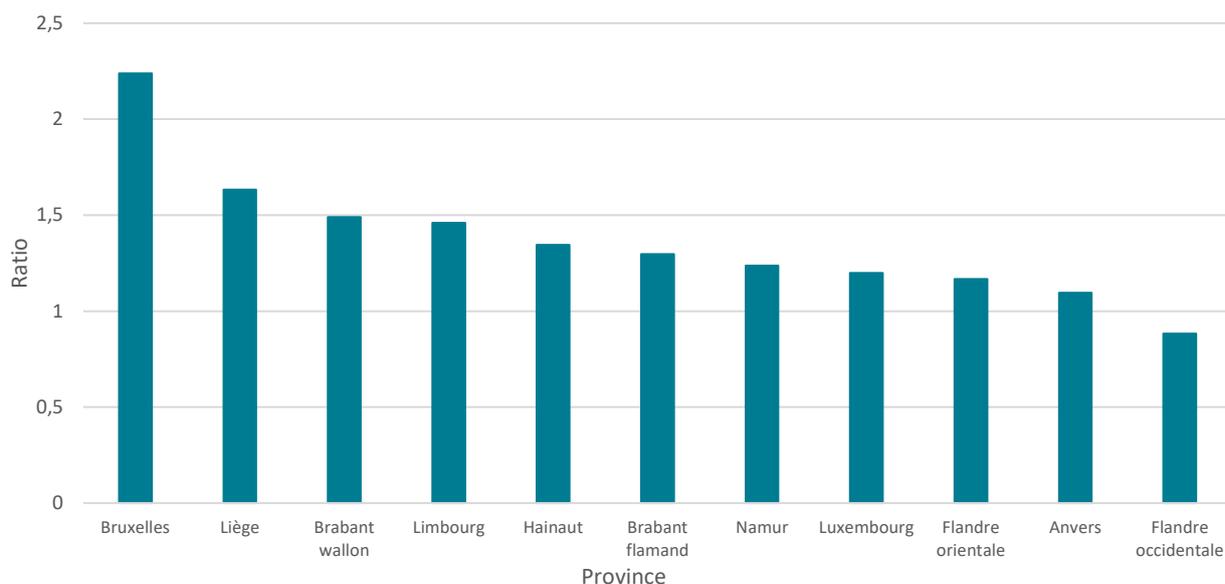


Illustration 15. Évolution de l'efficacité des PET-scans en 2020 par 100.000 assurés, par province

La consommation la plus élevée du pays est observée chez les habitants de la province de Liège et de la région de Bruxelles-Capitale. C'est aussi là que sont situés les 4 centres *outliers* qui dépassent fortement leur quota. Comme le prévoit le protocole d'accord, ce quota a été fixé pour lutter contre la surconsommation. Nous nous attendons dès lors à ce que notre action de contrôle mène à un meilleur respect du quota et, en parallèle, à plus d'efficacité.

6. Facturation non conforme de ponctions lombaires lors d'infiltrations antalgiques

a) Origine et objectif

La ponction lombaire (code de nomenclature 355493) consiste à introduire une aiguille dans l'espace sous-arachnoïdien au niveau des vertèbres lombaires. Une petite quantité de liquide céphalo-rachidien est prélevée, par exemple, en cas de suspicion de méningite ou de sclérose en plaques. Le liquide prélevé est ensuite analysé en laboratoire.

Lors d'une action de contrôle précédente, nous avons remarqué dans quelques rapports de radiologie que certains radiologues facturaient indûment une ponction lombaire alors qu'ils avaient effectué une infiltration antalgique pour une lombalgie. Une infiltration antalgique est une technique différente

⁴⁸ Source : Registre du Cancer.

d'une ponction lombaire. L'aiguille n'est pas insérée dans l'espace sous-arachnoïdien, mais péri-dural. Un anesthésique et un anti-inflammatoire (cortisone) y sont injectés.

Lors de cette action de contrôle, nous avons vérifié si tous les hôpitaux facturaient correctement les ponctions lombaires. Les montants indûment facturés ont été portés à grief.

b) Méthodologie

Nous nous sommes concentrés sur les radiologues des hôpitaux présentant le risque le plus élevé de facturation induite de ponctions lombaires. Comme indiqué ci-dessus, une ponction lombaire consiste généralement à prélever du liquide céphalo-rachidien pour l'examiner en laboratoire. Nous avons donc calculé pour chaque hôpital le nombre de ponctions lombaires qui n'ont pas été suivies d'un examen en laboratoire ; ces cas constituaient vraisemblablement des facturations non conformes. Les données de facturation examinées couvraient la période du 1^{er} juin 2019 au 31 décembre 2021 (dates de réception par les O.A.). Nous avons mené une action de contrôle plus approfondie lorsque le montant des ponctions non conformes dépassait 18.000 euros.

Nous avons ensuite contacté les chefs de service de radiologie et, en cas de confirmation de la non-conformité, nous avons établi un procès-verbal de constat. Nous avons organisé une audition lorsque c'était nécessaire.

c) Résultats

L'analyse des données de facturation a montré que 8 hôpitaux facturaient des ponctions lombaires au-delà du seuil prédéfini de 18.000 euros, sans analyse simultanée en laboratoire du liquide céphalo-rachidien.

Nous avons contacté le chef du service de radiologie. Dans 2 cas, nous avons procédé à une audition. Les 8 hôpitaux ont confirmé qu'il s'agissait d'infiltrations antalgiques pour des lombalgies et qu'aucune véritable ponction lombaire n'avait été effectuée :

- ✦ pour 7 hôpitaux, il s'agissait d'infiltrations antalgiques « classiques » selon la technique interlaminaire ;
- ✦ 1 hôpital a utilisé une technique d'infiltration plus avancée, à savoir la technique transforaminale. Il existe un code de nomenclature spécifique pour cette prestation avec un remboursement plus élevé, que l'hôpital n'a pas utilisé. Nous lui avons conseillé de régulariser ses facturations auprès des O.A.

Nous avons envoyé un procès-verbal de constat avec une invitation au remboursement volontaire aux 7 hôpitaux qui avaient facturé des ponctions lombaires alors qu'ils avaient en réalité effectué des infiltrations antalgiques interlaminaires. Ils ont entièrement remboursé le montant indu. Il s'agissait au total de 13.424 prestations pour un montant de 440.438,07 euros.

d) Autres actions

Lors de l'analyse préliminaire des données, nous avons constaté que 3 physiothérapeutes avaient également facturé des ponctions lombaires alors qu'ils avaient en réalité effectué des infiltrations antalgiques. Nous avons mené une action de contrôle individuelle pour ceux-ci ou ajouté le constat à une action de contrôle déjà en cours. Le montant porté à grief pour l'ensemble de ces 3 physiothérapeutes s'élève à 90.377,13 euros.

7. Facturation induite de la procédure Rezum en tant que TURP

a) Origine et objectif

Une hyperplasie bénigne de la prostate peut donner lieu à des symptômes urinaires obstructifs. Outre un traitement médicamenteux, il existe plusieurs autres options thérapeutiques, dont les 4 procédures transurétrales suivantes :

- ✦ la résection transurétrale de la prostate (TURP) : résection de tissu prostatique ;
- ✦ l'énucléation et vaporisation au laser : énucléation ou vaporisation du tissu prostatique au moyen d'un laser ;
- ✦ la procédure Rezum : injection de vapeur d'eau dans la prostate dont le volume diminue en l'espace d'1 à 3 mois en raison de la nécrose des tissus. Il n'y a donc pas de résection.

Un code de nomenclature spécifique est prévu pour la TURP. Grâce à une règle interprétative, il peut également être utilisé pour une énucléation ou vaporisation au laser. Pour ces procédures, l'assurance soins de santé prévoit des pseudo-codes spécifiques en ce qui concerne le matériel correspondant.

Depuis le 1^{er} septembre 2021, le matériel utilisé lors d'une procédure Rezum est remboursé par l'assurance soins de santé, mais il n'existe pas de code de nomenclature pour la procédure elle-même.

Nous avons appris que certains urologues facturaient les procédures Rezum avec le code de nomenclature prévu pour les TURP. Étant donné que cette procédure n'implique aucune résection du tissu prostatique ni le recours à un laser, il s'agit de facturations non conformes au détriment de l'assurance soins de santé.

Nous avons vérifié quels hôpitaux avaient effectivement facturé indûment des TURP lors de procédures Rezum au cours de la période de prestation du 1^{er} janvier 2020 au 31 juillet 2022, afin de récupérer le montant indu.

b) Méthodologie

Premièrement, nous avons indirectement détecté les hôpitaux ayant effectué une procédure Rezum en vérifiant lesquels avaient facturé du matériel Rezum au cours de la période du 1^{er} septembre 2021⁴⁹ au 31 juillet 2022. Nous avons ensuite examiné si ces hôpitaux (10) avaient facturé des TURP. C'était le cas pour 9 d'entre eux :

- ✦ 5 hôpitaux avaient commencé à facturer le matériel Rezum plus de 5 mois après l'entrée en vigueur de son remboursement. Nous avons par conséquent supposé qu'ils n'avaient pas effectué de prestations Rezum avant le 1^{er} septembre 2021. Le montant indu était inférieur au cut-off fixé pour l'envoi d'un procès-verbal de constat (10.000 euros) ;
- ✦ 4 hôpitaux avaient facturé du matériel Rezum à partir de septembre 2021 et ont été retenus pour l'action de contrôle pour la période antérieure au 1^{er} septembre 2021. Le montant indu était en effet, pour chacun de ces hôpitaux, supérieur au cut-off fixé.

Lors d'une deuxième phase, nous avons demandé la facturation des examens anatomopathologiques des patients pour lesquels une TURP avait été facturée au cours de la période de prestation du 1^{er} janvier 2020 au 31 juillet 2022. Étant donné qu'aucun tissu n'est réséqué dans le cadre de la procédure Rezum, il est impossible de le faire analyser et de facturer un examen anatomopathologique.

⁴⁹ Le remboursement du matériel Rezum a été possible à partir du 1^{er} septembre 2021.

Il est ressorti des auditions réalisées auprès des 4 hôpitaux retenus qu'un cinquième hôpital, qui ne figurait pas dans notre liste, effectuait des procédures Rezum depuis leur lancement en Belgique. Cet hôpital n'avait par inadvertance jamais facturé de matériel Rezum, ce qui explique qu'il avait échappé à notre sélection. Il a également été repris dans la deuxième phase de l'action de contrôle.

c) Résultats

À la suite de l'analyse des données de facturation des 5 hôpitaux, nous avons détecté 586 TURP sans examen anatomopathologique au cours de la période de prestation du 1^{er} janvier 2020 au 31 juillet 2022. 90,3 % (529/586) des prestations facturées comme TURP sans examen anatomopathologique étaient en réalité des procédures Rezum. Les 57 facturations restantes de TURP étaient soit des facturations conformes (il s'agissait bien de TURP), soit des facturations non conformes d'autres interventions telles qu'une cystoscopie ou une incision du col vésical.

Nous avons envoyé des procès-verbaux de constat aux 5 hôpitaux pour un montant total de 340.401,85 euros. Nous leur avons par ailleurs demandé par courrier de régulariser les procédures Rezum non reprises dans le procès-verbal de constat (en raison de leur réalisation après juillet 2022 ou de leur facturation tardive) auprès des O.A.

1 hôpital a volontairement remboursé 32.775,74 euros et 4 hôpitaux ont refusé le remboursement. Nous avons introduit une procédure pour ces 4 hôpitaux.

d) Autres actions

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation à tous les hôpitaux qui n'ont pas reçu de procès-verbal de constat. Nous les avons informés qu'ils ne pouvaient pas facturer le code de nomenclature 261553-261564 (TURP) pour une procédure Rezum. Nous leur avons demandé de vérifier si les urologues avaient indûment facturé des procédures Rezum et, si c'était le cas, de régulariser les facturations indues (à la fois pour la prestation et l'anesthésie connexe) auprès des O.A.

Bien qu'aucune réponse n'ait été demandée, nous avons reçu quelques réactions :

- ✦ 11 hôpitaux ont signalé qu'ils ne réalisaient pas de procédure Rezum ;
- ✦ 6 hôpitaux nous ont fait savoir qu'ils avaient entrepris les démarches nécessaires à la régularisation, ce qui signifie qu'ils avaient donc facturé indûment des TURP ;
- ✦ 1 hôpital n'était pas d'emblée disposé à procéder à une régularisation, invoquant un certain nombre d'arguments et demandant des éclaircissements supplémentaires. Après avoir reçu une réponse détaillée, cet hôpital a finalement décidé de procéder à la régularisation ;
- ✦ 1 hôpital a fermement refusé d'accéder à la demande de régularisation, invoquant exactement les mêmes arguments que les 4 hôpitaux ayant refusé le remboursement volontaire.

e) Propositions

Nous avons constaté que les hôpitaux facturent une aide opératoire pour la procédure Rezum et pour d'autres interventions transurétrales (comme la TURP ou la résection transurétrale de vessie), alors que ces interventions (à l'exception des urétéroscopies thérapeutiques) ne s'y prêtent pas du tout.

Nous soumettrons donc une demande au CTM pour que cela ne soit plus possible. Une exception pourrait être prévue uniquement pour les médecins spécialistes en formation, par analogie avec une règle similaire pour les stomatologues et les ophtalmologues en formation.

Nous avons également recommandé davantage de collaboration entre la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI) et le CTM, afin que les situations suivantes se présentent moins souvent à l'avenir :

- ✦ l'élaboration par le CTM d'un code de nomenclature pour une prestation médicale alors qu'aucun remboursement n'est prévu pour le matériel ;
- ✦ le remboursement par la CRIDMI de matériel médical alors qu'il n'existe pas de code de nomenclature pour la prestation médicale correspondante.

8. Surcodage de l'appendicectomie

a) Origine et objectif

En 2007, le Moniteur belge a publié le nouveau code de nomenclature 244871-244882 N400 pour une « appendicectomie nécessitant la résection du fond cæcal » (abrégée ici en « app* »). Le CTM prévoyait un maximum de 230 prestations par an. Nous avons toutefois constaté un dépassement considérable du nombre d'interventions prévues (plus de 2.000 prestations par an) et, par conséquent, un dépassement important du budget prévu. Dans le même temps, l'un des O.A. a signalé un nombre élevé de facturations de ce code de nomenclature en Flandre occidentale.

Dans cette étude nationale, nous avons vérifié si les dispensateurs de soins facturaient indûment cette prestation alors qu'ils réalisaient en réalité une simple appendicectomie (surcodage).

b) Méthodologie

Nous avons calculé par hôpital la proportion d'app* facturées par rapport au nombre total d'appendicectomies effectuées durant la période de prestation du 1^{er} juin 2018 au 31 mai 2021. Nous souhaitons détecter de cette manière les hôpitaux qui facturaient plus souvent une app* pour une appendicectomie que d'autres hôpitaux en Belgique. Nous avons déterminé la moyenne et la médiane pour l'ensemble de la Belgique.

Afin de pouvoir confirmer l'hypothèse du surcodage, nous avons demandé aux hôpitaux dont les chirurgiens facturaient un nombre très élevé d'appendicectomies comme app*, pour toutes les interventions sur l'appendice :

- ✦ les rapports d'opération ;
- ✦ les prescriptions de matériel ;
- ✦ les rapports des pathologistes.

c) Résultats

Le nombre moyen d'app* par rapport au nombre total d'appendicectomies effectuées dans toute la Belgique s'élève à 16,17 %. La médiane se situe à 14,52 %.

Nous avons observé une variation prononcée de la proportion d'app* facturées par rapport au nombre total d'appendicectomies effectuées, allant de 0 % à plus de 55 % selon les hôpitaux.

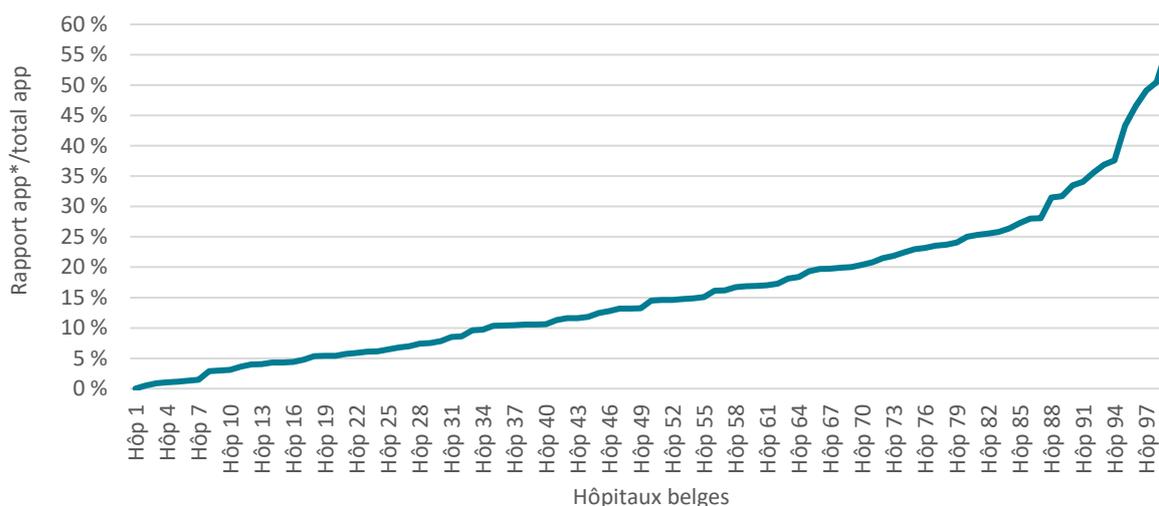


Illustration 16. Pourcentage d'app* facturées par rapport au nombre total d'appendicectomies (app) au sein des hôpitaux belges durant la période de prestation du 1^{er} juin 2018 au 31 mai 2021

Les rapports des chirurgiens que nous avons demandés indiquent rarement une raison claire pouvant prouver la nécessité d'une résection du fond cæcal. Même lors de l'ablation d'un appendice normal ou légèrement enflammé ou lors de la résection d'un appendice dont seul l'apex est enflammé, certains chirurgiens ont facturé une app*. Il est même souvent explicitement fait mention du passage par le moignon appendiculaire sans preuve de la résection du fond cæcal. Dans presque tous les cas, la résection appendiculaire lors de la facturation d'app* a eu lieu à l'aide d'une agrafeuse chirurgicale. La longueur de l'agrafeuse ne permet pas toujours de réaliser une résection du fond cæcal. Les pathologistes ont déjà signalé exceptionnellement la présence d'un fond cæcal lors de la description macroscopique et microscopique du spécimen de résection. Nous avons parfois observé une discordance frappante entre les rapports des chirurgiens et ceux des pathologistes.

La grande variation entre les hôpitaux et l'analyse des rapports ont confirmé nos soupçons : de nombreux chirurgiens facturent indûment une app* alors qu'il n'y a pas eu de résection du fond cæcal ou qu'il n'a pas été nécessaire de l'enlever.

Ces facturations non conformes ont un impact important sur les dépenses de l'assurance soins de santé :

- ✦ rémunération plus élevée du chirurgien et des éventuelles aides opératoires ;
- ✦ rémunération plus élevée de l'anesthésiste ;
- ✦ forfait matériel plus élevé (il s'agit là d'une raison importante du surcodage).

Lorsque l'intervention s'inscrit dans le cadre du système des soins à basse variabilité, seul le forfait matériel est plus élevé, étant donné que la rémunération pour une appendicectomie simple et une app* au sein du système des soins à basse variabilité est identique.

Pour le patient, l'intervention pour le matériel lors d'une app* est aussi plus importante que lors d'une appendicectomie simple. De plus, si le patient choisit une chambre individuelle, le supplément d'honoraires est également plus élevé pour une app* que pour une appendicectomie simple.

d) Autres actions

Action de contrôle

Methodologie

Nous avons mené une action de contrôle dans les hôpitaux qui avaient facturé une app* pour plus de 20 % des appendicectomies au cours de la période de prestation du 1^{er} juin 2018 au 31 mai 2021, dépassant ainsi largement la médiane. Le cut-off pour établir un procès-verbal de constat était de 10.000 euros par hôpital.

Nous avons calculé le montant indu pour l'intervention et pour les forfaits matériel facturés :

- ✦ pour le calcul du montant indu de l'intervention (appendicectomie et anesthésie), nous avons pris en compte la proportion d'interventions effectuées dans le cadre des soins à basse variabilité ou en dehors. Le coût des interventions ayant entraîné la facturation de plus de 20 % des appendicectomies comme app* a été ramené au coût d'une appendicectomie simple. Les honoraires ayant été adaptés durant la période de prestation, nous avons travaillé avec des montants moyens ;
- ✦ lors du calcul du nombre de forfaits matériel indûment facturés, nous n'avons pas dû tenir compte des soins à basse variabilité. Nous avons calculé le coût moyen du matériel utilisé pour une appendicectomie simple et pour une app*, afin d'appliquer une règle différentielle lorsque plus de 20 % des appendicectomies avaient été facturées en tant qu'app*.

Résultats

Nous avons envoyé un procès-verbal de constat à 22 hôpitaux pour un montant total porté à grief de 1.027.623 euros.

20 hôpitaux ont immédiatement remboursé volontairement le montant total de 907.957,29 euros.

Nous avons introduit une procédure pour les 2 hôpitaux qui ont contesté le grief. L'un des hôpitaux a remboursé volontairement 40.726,72 euros avant le début de la procédure.

Action de sensibilisation

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation à tous les hôpitaux. Nous les avons informés de cette nouvelle mission nationale afin d'éviter ou limiter les abus à l'avenir.

9. Facturations aberrantes en milieu hospitalier

a) Origine et objectif

Les encodages manuels des prestations (pharmaceutiques et médicales) facturées à l'assurance soins de santé dans les hôpitaux sont à l'origine d'erreurs diverses. L'objectif de notre action de contrôle était de vérifier si des erreurs d'encodage avaient entraîné le remboursement par l'assurance soins de santé de prestations non effectuées, pour des patients hospitalisés ou ambulants.

Pour détecter les erreurs d'encodage, nous avons recherché les facturations considérées comme « aberrantes » en termes de quantité ou de montant remboursé, c'est-à-dire présentant un écart important avec les moyennes au niveau national. Il s'agit d'un contrôle régulièrement effectué au sein du SECM, depuis plusieurs années.

b) Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation de tous les hôpitaux, pour les médicaments et les prestations médicales, pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 mai 2022 (dates de réception par les O.A.). La période exacte varie d'un hôpital à l'autre. En effet, en raison de l'épidémie de COVID-19 en 2020, certains dossiers d'actions de contrôle ont été décalés afin de ne pas perturber le travail des hôpitaux.

Pour chaque prestation, nous avons réalisé une moyenne de la quantité et du montant facturés par tous les hôpitaux. Nous avons ensuite comparé les lignes de facturation (valeurs absolues) à ces moyennes, afin de détecter les facturations aberrantes (*extreme outliers*). Nous avons fixé le cut-off :

- ✦ à une différence de 2 écarts types (les 2 % de valeurs les plus extrêmes) ;
- ✦ à un montant de facturation total pour toutes les prestations aberrantes de plus de 10.000 euros par hôpital.

Nous avons ensuite pris contact avec les hôpitaux dans lesquels des facturations aberrantes avaient été constatées afin de confirmer qu'il s'agissait bien d'erreurs de facturation.

Nous avons porté à grief les montants indûment facturés correspondant aux prestations non effectuées dans un procès-verbal de constat accompagné d'une invitation au remboursement volontaire.

c) Résultats

Nous avons détecté des facturations aberrantes dans 15 hôpitaux. Dans 14 d'entre eux, les prestations détectées étaient pharmaceutiques. Dans un hôpital, il s'agissait de plusieurs prestations médicales.

Nous avons clôturé notre action de contrôle sans dresser de procès-verbal de constat pour 10 hôpitaux, en raison des corrections apportées entretemps.

Nous avons donc dressé des procès-verbaux de constat pour 5 hôpitaux. Dans le cas de 4 d'entre eux, cela concernait des erreurs d'encodage de quantité pour des médicaments. Dans le dernier hôpital, des prestations ont été doublement ou triplement facturées pour 6.168 assurés. Il s'agissait de prestations, pour la plupart ambulatoires, facturées 2 ou 3 fois par l'hôpital pour un même dispensateur de soins, à la même date et pour un même assuré.

Le montant total porté à grief au terme de l'action de contrôle s'élève à 784.216,79 euros et a été entièrement remboursé par les hôpitaux. Nous n'avons pas introduit de procédure administrative.

Ce résultat confirme la nécessité de poursuivre ce type de contrôle à l'avenir, de manière régulière.

10. Facturation du code de nomenclature pour 8 séances de cryothérapie

a) Origine et objectif

Les médecins peuvent traiter les verrues et les autres petites lésions cutanées bénignes par la cryothérapie (thérapie par le froid). En général, plusieurs séances à 1 semaine ou 2 d'intervalle sont nécessaires pour que la lésion cutanée disparaisse complètement. Il est rare que plus de 8 séances de cryothérapie soient nécessaires.

La nomenclature prévoit 2 codes pour la cryothérapie :

- ✦ 353194-353205 pour la facturation à la séance ;
- ✦ 353216-353220 pour la facturation d'au moins 8 séances.

Il ressort d'actions de contrôle que certains médecins ne facturent pas de manière conforme le code de nomenclature pour 8 séances de cryothérapie. Nous avons dès lors décidé de sensibiliser les médecins qui n'avaient pas facturé correctement ce code en 2021.

b) Analyse et action de sensibilisation

L'analyse des données de facturation montre que l'assurance soins de santé a remboursé un peu plus de 530.000 euros en 2021 pour le code de nomenclature pour 8 séances de cryothérapie. Nous avons observé qu'un petit groupe de médecins facturaient beaucoup plus ce code que leurs confrères.

Sur la base des données de facturation, nous avons identifié 11 dispensateurs de soins (6 dermatologues et 5 médecins généralistes) présentant un risque réel de facturation non conforme de ce code de nomenclature. En 2021, ils étaient responsables de 39 % des dépenses relatives à ce code.

Ils ont facturé le code de nomenclature pour 8 séances de cryothérapie entre 94 et 1.039 fois en 2021, soit bien plus que leurs confrères : la médiane se situe en effet à 2 facturations et la limite *outlier* à 16.

Nous avons envoyé à ces 11 dispensateurs de soins un courrier de sensibilisation pour souligner leur position étonnante et clarifier l'application correcte des codes de nomenclature pour la cryothérapie.

c) Propositions

Nous avons demandé au CTM de supprimer le code de nomenclature pour 8 séances de cryothérapie. En effet, il n'est pas simple de facturer correctement ce code, car on ignore le nombre de séances nécessaires pour traiter complètement une lésion au début du traitement. En outre, ce n'est qu'après un certain temps qu'il est possible de connaître le résultat définitif du traitement. Un autre argument en faveur de la suppression de ce code de nomenclature est que 8 séances ou plus de cryothérapie ne sont nécessaires pour traiter des lésions cutanées ou muqueuses que dans des cas exceptionnels.

11. Facturation « à l'acte » par des dispensateurs de soins liés à une maison médicale

a) Origine et objectif

À la suite de plaintes de patients et d'une action de contrôle individuelle en cours, nous avons mené une action de contrôle nationale pour détecter les abus liés à la facturation « à l'acte » par les dispensateurs de soins des maisons médicales dans le cadre du système forfaitaire et pour récupérer les éventuels montants indus.

Par ailleurs, le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 prévoyait aussi des actions spécifiques pour prévenir structurellement les erreurs administratives, les abus et les fraudes dans les maisons médicales.

b) Méthodologie

Cadre réglementaire

Les soins dispensés en maison médicale sont remboursés de manière spécifique et fixe : lorsqu'un patient y est inscrit, la maison médicale prend en charge ses soins dans leur globalité (sur la base d'un « forfait »). Pour couvrir les coûts de ces soins, la maison médicale conclut un accord de paiement forfaitaire avec les O.A.

Les O.A. versent à chaque maison médicale un montant (forfaitaire mensuel) fixe par patient inscrit et par discipline professionnelle (médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute), indépendamment du nombre de contacts avec le patient.

Le montant forfaitaire que les O.A. versent à partir du premier jour du mois suivant l'inscription couvre les soins suivants (si la maison médicale les propose) :

- ✦ pour la médecine générale : toutes les consultations et visites, ainsi que les prestations relatives au dossier médical global et les avis à distance ;
- ✦ pour la kinésithérapie et les soins infirmiers : toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature.

Un dispensateur de soins qui fait le choix de travailler dans une maison médicale selon le système forfaitaire ne peut plus travailler à l'acte (ni dans la maison médicale, ni en dehors), à moins qu'il ne s'agisse des exceptions visées à l'article 15, § 2, de l'arrêté royal du 23 avril 2013 relatif aux maisons médicales⁵⁰.

Au cours du mois civil d'inscription d'un patient, les dispensateurs de soins peuvent effectuer des prestations pour celui-ci et percevoir des honoraires à l'acte. Le patient peut en outre, lors de sa première inscription, demander une seule fois que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum 3 mois. Le choix de cette option est transmis aux O.A. par le formulaire d'inscription ou lors de l'inscription électronique.

Les dispensateurs de soins peuvent aussi dispenser et facturer des soins à l'acte lorsqu'il s'agit de bénéficiaires non inscrits pendant un service de garde organisé ou à la porte d'un hôpital.

Les dispensateurs de soins peuvent également facturer à l'acte dans le cadre des exceptions autorisées au forfait s'il s'agit de patients non inscrits :

- ✦ pour des consultations dans un centre de planning familial ;
- ✦ pour une consultation dans un centre qui s'occupe de la prévention et/ou du traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie ;
- ✦ pour une consultation dans une maison d'accueil pour patients maltraités ;
- ✦ pour régler la situation particulière de patients non inscrits qui, au cours de certaines périodes de l'année, séjournent temporairement dans la zone géographique de la maison médicale⁵¹.

Ces dernières exceptions ne peuvent être accordées que par la Commission Forfait⁵² après une évaluation méticuleuse : la maison médicale doit décrire clairement les dispensateurs de soins concernés, la nature de l'activité et le groupe cible. Le dispensateur de soins doit également motiver la raison pour laquelle le paiement forfaitaire n'est pas appliqué dans ces cas. La demande d'octroi

⁵⁰ A.R. du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi SSI, relatif aux maisons médicales.

⁵¹ Visé à l'article 21, 1^o, de l'A.R. du 23 avril 2013.

⁵² Cette commission est chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de conclure des accords relatifs au forfait.

des exceptions est soumise par les dispensateurs de soins à la Commission Forfait, qui leur communique sa décision motivée.

Méthode

Nous avons analysé les données de facturation des 2.974 dispensateurs de soins (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) qui travaillaient dans une maison médicale entre le 1^{er} février 2019 et le 30 juin 2021. Après avoir supprimé les prestations relevant d'exceptions possibles (comme le service de garde ou les centres de planning familial), il restait encore 1.474 dispensateurs de soins avec des prestations facturées « à l'acte » qui n'étaient a priori pas justifiables selon la réglementation. Nous avons sélectionné les profils les plus déviants sur la base du montant total facturé pendant la période étudiée et du montant annuel calculé.

Nous avons retiré de la liste des prestations facturées :

- ✦ les prestations à l'acte autorisées qui ne sont pas reprises dans le forfait ;
- ✦ les prestations reconnues comme des exceptions possibles telles que décrites dans l'arrêté royal du 23 avril 2013.

Nous avons demandé :

- ✦ les listes d'attente au(x) poste(s) de garde où les dispensateurs de soins ont dit avoir participé au service de garde durant la période des prestations portées à grief ;
- ✦ au Service des soins de santé la liste des exceptions accordées et approuvées par la Commission Forfait.

Afin de déterminer les prestations finalement portées à grief, nous avons pris en compte les autorisations individuelles d'exception obtenues auprès de la Commission Forfait et avons ensuite supprimé les prestations effectuées au cours du mois précédant le début du forfait pour chaque patient inscrit à la maison médicale dans laquelle les dispensateurs de soins travaillaient.

Les données de facturation que nous avons reçues des O.A. ne mentionnaient pas la date d'inscription des patients dans la maison médicale. Par conséquent, lors de notre analyse, nous avons pris en compte la date du premier forfait payé à la maison médicale par les O.A. pour chaque patient afin de supprimer toutes les prestations effectuées pour ce patient au cours du mois précédant cette date.

Dans certains cas, nous avons également demandé des attestations de soins donnés aux O.A. et procédé à des révisions sur la base de la date d'inscription figurant sur les formulaires d'inscription des patients.

c) Résultats

Nous avons envoyé un avertissement à 20 dispensateurs de soins (18 médecins et 2 infirmiers) et un procès-verbal de constat à 25 dispensateurs de soins (22 médecins, 2 infirmiers et 1 kinésithérapeute), accompagné d'une invitation au remboursement volontaire. Nous avons porté à grief un montant total de 961.035,04 euros.

652.005,35 euros ont été remboursés volontairement. 7 dispensateurs n'ont rien remboursé ou seulement une partie.

d) Autres actions

L'action de contrôle a mené à une meilleure collaboration avec le Service des soins de santé et les O.A. Nous avons également collaboré à l'inventaire des points d'attention concernant le secteur des maisons médicales et présenté des solutions à la demande de la CAFC.

12. Collaboration des infirmiers à domicile avec des aides-soignants dans les équipes structurelles

a) Origine et objectif

Le rôle des aides-soignants dans le secteur des soins à domicile ne cesse de croître, tant sur le plan budgétaire que sur le terrain. Ces dernières années, ils se sont vu confier plus de tâches et de compétences. Nous recevons de plus en plus de signalements concernant des (groupements d')infirmiers à domicile qui collaborent avec des aides-soignants. Ces derniers sont également de plus en plus présents dans nos actions de contrôle individuelles.

L'objectif de notre analyse était double :

- ✦ d'une part, avoir un aperçu global de la facturation des prestations effectuées par les aides-soignants ;
- ✦ d'autre part, vérifier si les (groupements) infirmiers collaborant avec des aides-soignants le font conformément à la réglementation.

b) Méthodologie

Cadre réglementaire

L'article 8, § 12, de la nomenclature décrit les conditions de collaboration avec des aides-soignants dans le secteur des soins à domicile. Les aides-soignants doivent faire partie d'une équipe structurelle qui doit remplir plusieurs conditions⁵³. Cette équipe structurelle doit notamment :

- ✦ se composer d'au moins 4 infirmiers qui participent effectivement aux soins ;
- ✦ établir des accords internes portant entre autres sur :
 - ✧ la délégation des soins aux aides-soignants,
 - ✧ les visites de contrôle,
 - ✧ la disponibilité d'un infirmier,
 - ✧ l'organisation concrète de la concertation commune au sujet des patients et le rapportage ;
- ✦ veiller à ce que les aides-soignants réalisent maximum 25 % des prestations de base facturées au sein d'une équipe structurelle (par mois calendrier).

⁵³ Ces conditions ont été modifiées par l'A.R. du 13 novembre 2023 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (avec date d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024). Le texte sur la méthode et les résultats concerne les dispositions précédentes, d'application pendant notre mission nationale en 2022 et 2023. Les modifications de l'A.R. sont expliquées ensuite au point « Propositions – Modification de la nomenclature ».

Méthode

Pour obtenir un aperçu global du secteur, nous avons analysé les données de facturation de tous les infirmiers ayant facturé des prestations effectuées par des aides-soignants en 2019.

En ne s'appuyant que sur les données de facturation, il n'est pas possible d'examiner comment se déroule la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants au niveau de la pratique. Par conséquent, nous n'avons pu contrôler que certaines conditions administratives pour pouvoir travailler avec des aides-soignants. Nous avons étudié précisément 3 conditions :

- ✦ l'équipe se composait-elle d'au moins 4 infirmiers ?
- ✦ y avait-il un agrément en tant qu'équipe structurelle ?
- ✦ les aides-soignants avaient-ils effectué maximum 25 % des prestations de base ? Pour cette condition, nous avons analysé uniquement les mois de janvier, avril, juillet et octobre 2019, car ces données nous donnaient une vision suffisamment claire du respect de cette condition.

c) Résultats

Nous avons constaté qu'en 2019, des prestations effectuées par 3.070 aides-soignants avaient été facturées pour un montant de 68 millions d'euros. Ces aides-soignants travaillaient dans 218 groupements. La majeure partie des facturations avaient été effectuées au sein de grands groupements ou services de facturation.

Les conditions ayant fait l'objet d'un contrôle ont généralement été bien respectées :

- ✦ tous les groupements ont rempli en 2019 la condition d'au moins 4 infirmiers ;
- ✦ 18 des 218 groupements (8,26 %) n'avaient pas d'agrément en tant qu'équipe structurelle en 2019, même s'ils facturaient des soins dispensés par des aides-soignants ;
- ✦ 28 groupements (12,84 %) ont dépassé le seuil de 25 % pendant au moins un mois. 5 groupements (2,29 %) ont dépassé le seuil au cours des 4 mois sélectionnés.

d) Autres actions

Après notre analyse, nous souhaitons surtout insister auprès du secteur sur le fait que la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants au sein d'équipes structurelles va au-delà d'une réglementation administrative. Pour garantir la qualité des soins, il est primordial d'avoir une collaboration dans la pratique clinique. Les conditions légales décrivent les modalités de collaboration au sein d'une équipe structurelle. En outre, ces conditions doivent être respectées par les dispensateurs de soins qui dispensent réellement des soins au même groupe de patients que les infirmiers. Il ne suffit donc pas que seul le groupement dans son ensemble s'y conforme.

Nous avons envoyé en juillet 2022 un courrier de sensibilisation à l'ensemble des 239 groupements qui avaient facturé en 2020 des prestations effectuées par des aides-soignants. L'action avait déjà été annoncée en mars 2022 au sein de la Commission de conventions et a été mentionnée sur le site web de l'INAMI, afin d'atteindre l'intégralité du secteur.

e) Propositions

Groupe de travail de la Commission de conventions

En réaction à notre courrier, la Commission de conventions a décidé en octobre 2022 de créer un groupe de travail pour clarifier la réglementation sur la collaboration avec les aides-soignants dans le secteur des soins à domicile.

Nous avons participé à ce groupe de travail et avons donné notre avis. Pour nous, il était essentiel que le concept d'équipe structurelle soit clairement défini dans la nouvelle réglementation et que cette définition réponde aux points suivants :

- ✦ les équipes structurelles doivent être identifiables au niveau de la pratique ;
- ✦ il doit être clairement établi quels infirmiers et quels aides-soignants collaborent réellement et comment cette collaboration se déroule concrètement ;
- ✦ les responsabilités des aides-soignants, des infirmiers et éventuellement du groupement doivent être clairement définies et décrites.

C'est important pour pouvoir garantir la qualité des soins et vérifier le respect des conditions en vigueur. De cette manière, en cas d'infraction, il est possible de demander des comptes aux responsables.

Ces propositions n'ont été que partiellement prises en compte dans la note de la Commission de conventions et dans la modification de l'article 8 de la nomenclature.

Modification de la nomenclature

La réglementation fixant les modalités de collaboration avec les aides-soignants dans le secteur des soins à domicile a été modifiée par l'arrêté royal du 13 novembre 2023⁵⁴, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

Nous ne retrouvons dans cette nouvelle réglementation aucune définition univoque de l'équipe structurelle décrivant celle-ci comme suit :

- ✦ elle se compose d'infirmiers et d'aides-soignants qui, dans la pratique, dispensent des soins à un même groupe de patients ou dans le cadre de tournées de soins conjointes ;
- ✦ elle se situe au niveau du patient, et non au niveau administratif du groupement de coordination.

L'arrêté royal établit que l'équipe structurelle doit remplir les 5 critères décrits à l'article 3, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 12 janvier 2006⁵⁵. Il incombe à l'équipe structurelle de démontrer qu'elle les remplit. Autrement dit, l'équipe :

- ✦ doit être organisée de manière à ce que les infirmiers puissent contrôler les activités des aides-soignants ;
- ✦ instaure une procédure de collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants : ces derniers font rapport le jour même à l'infirmier qui contrôle leurs activités.

L'arrêté royal désigne les différents rôles des infirmiers qui collaborent avec des aides-soignants au sein d'une équipe structurelle. Une distinction est faite entre :

- ✦ l'infirmier qui délègue et qui, après une visite au patient, décide si les soins peuvent être délégués à un aide-soignant (les données d'identification de l'infirmier qui délègue font partie du contenu minimal du dossier infirmier) ;
- ✦ l'infirmier responsable du contrôle, qui effectue des visites de contrôle ;
- ✦ l'infirmier qui facture les soins, qui doit collaborer à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination.

⁵⁴ A.R. du 13 novembre 2023 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

⁵⁵ A.R. du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

Malgré l'absence d'une définition de l'équipe structurelle au niveau de la pratique, la nouvelle réglementation prévoit plusieurs mesures pour renforcer l'intégration des aides-soignants. Voici quelques-unes des modifications apportées :

- ✦ l'équipe structurelle doit se composer d'au moins 3 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et qui exercent l'art infirmier à titre principal (il s'agissait auparavant de 4 infirmiers) ;
- ✦ durant la période de 6 mois précédant la première prestation facturée d'un aide-soignant auprès d'un patient, 3 infirmiers au moins doivent facturer ensemble des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 3.000 W (auparavant : 4.000 valeurs W) ;
- ✦ par mois civil, 40 % des prestations de base facturées au sein d'une équipe structurelle peuvent être effectuées par un aide-soignant (auparavant : maximum 25 %). Cette limite est formulée comme un « seuil de justification » qu'il est possible de dépasser dans certaines circonstances, qui ne sont pas décrites en termes concrets, ni énumérées de façon exhaustive :
 - ✧ un dépassement peut être lié à des circonstances de courte durée, comme l'absence d'un infirmier, ou au type de prestations principalement effectuées par l'équipe structurelle,
 - ✧ en cas de dépassement, le SECM peut demander les raisons de celui-ci et les examiner plus en détail ;
- ✦ les aides-soignants peuvent dispenser des soins aux patients palliatifs ;
- ✦ les soins au patient peuvent être étalés sur plusieurs séances dans le cas d'une délégation à un aide-soignant.

Nous sommes d'avis qu'un renforcement de l'intégration des aides-soignants doit s'inscrire dans le cadre d'une réglementation claire, compréhensible pour le dispensateur de soins concerné et garantissant la qualité des soins aux patients. Cela permet par ailleurs d'éviter les erreurs de facturation non intentionnelles.

13. Facturation de prestations de kinésithérapie pour les patients en institution pour moins valides

a) Origine et objectif

En 2018, une action de contrôle portant sur la facturation de soins infirmiers effectués au domicile ou à la résidence de personnes moins valides avait démontré un mésusage de la nomenclature : des codes prévus pour le domicile avaient été facturés au lieu des codes prévus pour les institutions pour personnes moins valides⁵⁶. Nous avons décidé de mener une action de contrôle nationale similaire pour les prestations de kinésithérapie.

b) Méthodologie

Nous avons sélectionné au hasard 81 institutions pour personnes moins valides sur la base des listes établies par :

- ✦ Vlaams Agentschap voor personen met een handicap (VAPH – Agence flamande pour les personnes handicapées) ;
- ✦ Agence pour une vie de qualité (AVIQ) ;
- ✦ Personne handicapée autonomie recherchée (PHARE).

⁵⁶ Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2020](#), p. 34-35.

Nous avons analysé la facturation des prestations de kinésithérapie dispensées aux résidents de ces institutions entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 août 2020. Après vérification des listes de présence, nous avons établi des procès-verbaux de constat pour les prestations pour lesquelles aucun code de nomenclature spécifique pour l'institution pour moins valides n'avait été facturé. Les montants indus ont été calculés en faisant la différence entre les montants remboursés pour les codes de nomenclature à domicile et ceux remboursés pour les codes en institution pour personnes moins valides.

c) Résultats

Nous avons constaté que 27.551 prestations avaient été facturées avec des codes de nomenclature réservés à la kinésithérapie à domicile au lieu de ceux dédiés aux soins en institution pour moins valides. Cela concerne 24 kinésithérapeutes travaillant dans 14 institutions et 217 assurés.

Le montant indu total s'élève à 274.346,79 euros, dont 67.739 euros ont été remboursés volontairement. Nous avons introduit une procédure pour les 16 kinésithérapeutes n'ayant pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief.

d) Propositions

À la suite de l'envoi des procès-verbaux de constat, les organisations professionnelles de kinésithérapeutes et les médias ont relayé de nombreuses réactions. Il semble important, tant pour les kinésithérapeutes que pour les assurés et les institutions pour moins valides, qu'une révision conjointe ait lieu au niveau du SPF Santé Publique, communautaire, et des soins de santé, afin d'harmoniser les définitions des différentes structures d'accueil de personnes moins valides. Il faut notamment que les structures indépendantes et non répertoriées (dites « institutions pirates ») soient intégrées dans la révision du statut de ces institutions.

14. Facturation de codes-barres uniques identiques dans plusieurs pharmacies

a) Objectif

Nous avons mené une action de contrôle nationale concernant la facturation frauduleuse de médicaments en identifiant ceux dont les codes-barres uniques (CBU) apparaissaient dans les données de facturation de plusieurs pharmacies (nommés ci-après « doubles CBU »).

b) Méthodologie

Nous avons établi la liste des doubles CBU par pharmacie, ainsi que des montants facturés à l'assurance soins de santé qui y correspondent, sur la base des données de facturation du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020 (36 mois). Nous avons exclu les données suivantes :

- ✦ les CBU nuls (absents/suite de 0) ;
- ✦ les doubles CBU des 5 médicaments présentant le plus de lectures multiples en Belgique (afin d'éliminer les erreurs d'attribution des CBU par les firmes) ;
- ✦ les doubles CBU au sein d'une même pharmacie.

Sur la base de cette liste, nous avons réalisé le classement des pharmacies selon l'importance des montants moyens des doubles CBU (ou montants remboursés par CBU). Nous avons ouvert une action de contrôle individuelle pour les 10 premières pharmacies de ce classement.

Pour chacune d'elles, nous avons sélectionné les médicaments potentiellement surfacturés sur la base des critères suivants :

- ✦ leur coût est très élevé ;
- ✦ leur CBU apparait dans les données de facturation d'une autre pharmacie ;
- ✦ leur CBU ou leur Data Matrix n'apparait pas dans les données de facturation de la pharmacie (champ vide) ;
- ✦ leur CBU apparait plusieurs fois dans les données de facturation de la pharmacie ;
- ✦ leur CBU est fautif, c'est-à-dire que le dernier chiffre (chiffre de contrôle) ne répond pas au prescrit légal.

Nous avons comparé les quantités remboursées par l'assurance soins de santé avec les quantités maximales fournies durant la même période. Les quantités maximales fournies sont basées sur les achats et crédits auprès des grossistes, des firmes pharmaceutiques productrices et sur le stock résiduel. Les quantités remboursées excédentaires par rapport à celles maximales fournies ont été portées à grief.

c) Résultats

Les procès-verbaux de constat portaient sur des prestations non effectuées, pour un montant indu total de 2.449.998,40 euros. 56,03 % de ce montant (1.372.775,93 euros) ont été remboursés volontairement.

Nous avons introduit une procédure administrative pour 8 pharmacies. Nous avons également transmis à l'auditorat du travail les 8 dossiers dont le montant indu était supérieur à 40.000 euros. L'auditorat du travail en a retenu 2.

d) Propositions

Cette action de contrôle a mis en évidence que les logiciels informatiques des pharmacies permettent non seulement l'encodage manuel frauduleux de faux ou de doubles CBU, mais aussi de faux ou de doubles Data Matrix⁵⁷.

Nous recommandons de corriger les logiciels informatiques des pharmacies et de renforcer leur lien avec la banque de données de l'ASBL Belgian Medicines Verification Organisation (BeMVO), de telle façon qu'il ne puisse pas être possible d'encoder manuellement de faux Data Matrix ou de Data Matrix déjà décommissionnés (c'est-à-dire enregistrés comme délivrés au patient dans la banque de données BeMVO).

⁵⁷ Dès l'entrée en vigueur de la directive européenne sur les médicaments falsifiés (2011/62/EU), le CBU a été remplacé par un code-barres bidimensionnel à haute densité (Data Matrix), qui permet une vérification du statut de la boîte de médicaments et de son authenticité lors de la délivrance au patient. Le CBU imprimé sur les boîtes de médicaments commercialisées avant l'entrée en vigueur de la directive européenne est toujours valide. Les 2 systèmes coexistent donc dans les données de facturation, jusqu'à l'épuisement des boîtes de médicaments identifiées par un CBU.

15. Augmentation de la délivrance de prégabaline

a) Origine et objectif

La prégabaline (LYRICA® et génériques) est un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Son utilisation était initialement réservée au traitement de l'épilepsie et soumise à une autorisation par le médecin-conseil de l'O.A. du patient pour en obtenir le remboursement. En 2015, son usage a été élargi au traitement des douleurs neuropathiques et de l'anxiété. Pour ces traitements, l'accord du médecin-conseil n'est plus nécessaire. Une prescription médicale suffit.

Nous avons constaté que la délivrance de prégabaline (LYRICA® et génériques) augmente constamment en Belgique entre 2016 et 2020, aussi bien au niveau des quantités que des montants remboursés par l'assurance soins de santé :

- ✦ + 59,40 % pour le nombre de patients ;
- ✦ + 61,59 % pour le nombre de DDD ;
- ✦ + 1,37 % pour la délivrance moyenne par patient ;
- ✦ + 10,21 % pour le remboursement par l'assurance soins de santé.

Tableau 13. Évolution des quantités de prégabaline délivrées et remboursées par l'assurance soins de santé (ASSI)

	Quantité délivrée	Quantité délivrée (à l'unité)	DDD	Nombre de prescripteurs	Nombre patients	DDD moyen/patient	Remboursement ASSI (€)
2016	298.738	921.521	13.381.853,46	20.493	87.839	152,35	12.005.355,72
2017	317.889	1.497.854	15.970.034,62	22.037	106.654	149,73	12.228.855,35
2018	359.920	1.997.529	18.366.736,21	23.732	123.119	149,18	12.572.058,60
2019	391.658	2.367.530	20.181.125,34	25.163	136.623	147,71	13.012.171,45
2020	410.885	2.789.171	21.623.171,78	25.644	140.012	154,44	13.231.553,74

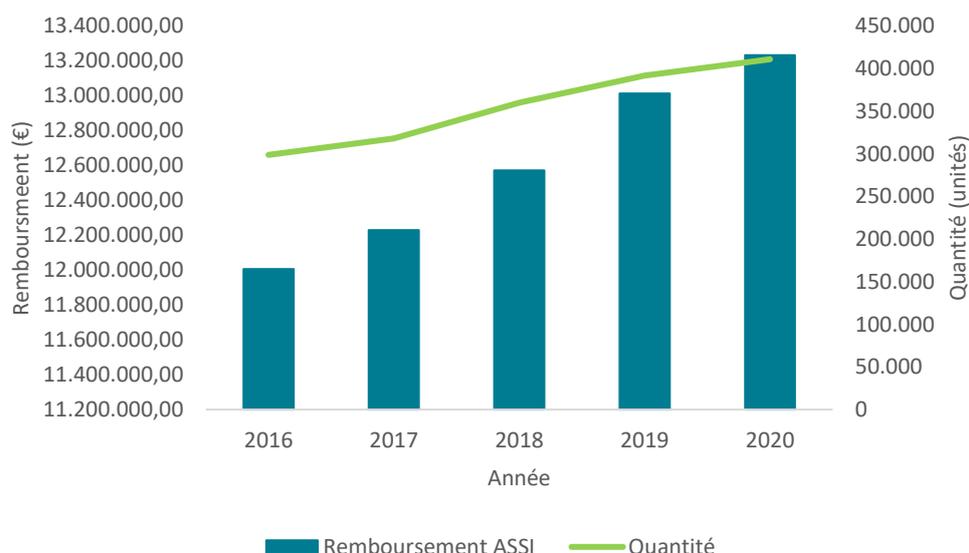


Illustration 17. Évolution des quantités de prégabaline délivrées et remboursées par l'assurance soins de santé (ASSI)

Cette augmentation peut s'expliquer par l'élargissement des indications thérapeutiques, mais également par un mésusage constaté sur le terrain. Ce mésusage peut prendre 2 formes :

- ✦ une consommation excessive de prégabaline dans le cadre de ses indications thérapeutiques : plus de 600 mg par jour, soit plus du double de la dose quotidienne recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- ✦ une consommation en association avec des substances psychoactives (en particulier des opioïdes ou des drogues) afin d'en augmenter les effets euphorisants : sociabilité accrue, réduction de l'anxiété et des affects négatifs, amélioration de la confiance en soi, et réduction des symptômes de sevrage.

Dans le cadre de ces mésusages, un trafic de prégabaline s'est développé dans certaines grandes villes. La revente entre 5 et 7 euros par gélule nous a été confirmée par les autorités judiciaires avec lesquelles nous avons travaillé pour certaines actions de contrôle.

Nous avons également observé un phénomène de « shopping » médical et pharmaceutique. Les patients et les trafiquants consultent plusieurs médecins afin de maximiser les chances d'obtenir une prescription. Ils se rendent ensuite dans plusieurs pharmacies pour se faire délivrer davantage de boîtes de prégabaline sans éveiller les soupçons. Par ailleurs, certaines prescriptions « papier » utilisées dans les pharmacies sont fausses.

Dans ce contexte, nous avons estimé important de sensibiliser les pharmaciens et les prescripteurs aux risques liés à la délivrance et à la prescription de prégabaline.

b) Action de sensibilisation

Courrier aux pharmaciens

Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation à tous les pharmaciens en novembre 2021, afin de les informer des mésusages de la prégabaline, ainsi que des trafics qui s'étaient développés. Nous leur avons demandé d'être particulièrement vigilants face à l'utilisation de fausses prescriptions en :

- ✦ contrôlant l'identité du patient concerné par la prescription ;
- ✦ examinant minutieusement la prescription (signature, libellés prescrits) et contactant le prescripteur en cas de doute ;
- ✦ vérifiant si possible le dossier pharmaceutique partagé relatif au patient concerné.

Après l'envoi de ce courrier, nous avons observé une diminution de la délivrance de prégabaline et du remboursement par l'assurance soins de santé pour le top 20 des patients, en comparant les 5 premiers mois de 2021 et les 5 premiers mois de 2022 :

- ✦ le remboursement par l'assurance soins de santé est passé de 54.810 euros à 33.807 euros ;
- ✦ le nombre total de prescriptions pour ces patients est passé de 723 à 434 prescriptions.

Nous réaliserons ultérieurement une mesure d'impact plus approfondie.

Courrier aux prescripteurs

Nous avons ensuite envoyé un courrier de sensibilisation à tous les médecins, toutes spécialités confondues, en février 2023 afin de les informer de l'augmentation des mésusages de la prégabaline et du phénomène de « shopping médical » qui s'est développé.

Nous leur avons demandé d'être particulièrement vigilants lors de la prescription de prégabaline, surtout à de nouveaux patients. Nous les avons également invités à consulter le site web de l'AFMPS, qui avait publié des recommandations à ce sujet et rappelé les risques de dépendance et de mésusage de la prégabaline.

Nous avons reçu 69 réponses : remerciements, suggestions, remarques et partages d'expérience. Nous n'avons pas encore pu réaliser de mesure d'impact pour ce courrier.

c) Autres actions

Depuis 2019, nous avons mené plusieurs actions de contrôle sur des trafics de prégabaline à la suite de signalements. Une partie de ces actions de contrôle ont eu lieu à la demande des autorités judiciaires (sur apostille).

Nous avons également rencontré plusieurs acteurs impliqués dans cette problématique et adressé en mai 2022 une note à la Commission de remboursement des médicaments pour lui faire part de nos observations sur le terrain à la suite des modifications des conditions de remboursement.

d) Propositions

À la suite des réponses reçues et des contacts avec le SPF Santé publique et l'AFMPS, nous avons élaboré les propositions suivantes en vue de limiter les mésusages de la prégabaline :

- ✦ une obligation de la prescription électronique limiterait une partie des dérives ;
- ✦ plusieurs prescripteurs nous ont fait part de leur intérêt à avoir accès au dossier pharmaceutique partagé pour améliorer la prise en charge des patients ;
- ✦ la question du passage de la prégabaline en « stupéfiant » doit être discutée au niveau des instances compétentes ;
- ✦ une autre voie possible est le retour pour toutes les indications de la prégabaline au chapitre IV, avec un accord obligatoire du médecin-conseil pour le remboursement par l'assurance soins de santé.

16. Contrôle primaire des organismes assureurs

a) Origine et objectif

Lors de nos analyses (de risques), nous remarquons parfois des facturations erronées qui auraient dû être détectées et corrigées par les O.A. dans le cadre de leur contrôle primaire (cumuls de codes de nomenclature interdits, doubles facturations, etc.). Les O.A. doivent en effet vérifier si les dispensateurs de soins ont respecté les conditions de remboursement des prestations qu'ils facturent à l'assurance soins de santé. En cas de facturation non conforme à la réglementation, les O.A. doivent en informer le dispensateur de soins et ne pas porter en compte ces facturations à l'assurance soins de santé.

Lorsque nous observons un contrôle primaire inefficace de certaines prestations, nous envoyons une circulaire aux O.A. L'objectif est de leur demander de renforcer leur contrôle primaire, ainsi que de vérifier et régulariser les facturations de ces prestations pour une période donnée.

b) Méthodologie

Nous avons envoyé 5 circulaires aux O.A. en 2022, dont 2 avec une demande de régularisation de prestations.

La première portait sur les forfaits de biologie clinique pour les patients non hospitalisés⁵⁸ : un seul forfait peut être facturé par jour et par assuré pour l'analyse du ou des échantillons de sang prélevés le même jour dans le même laboratoire et lorsque les échantillons de sang prélevés le même jour sont analysés dans plusieurs laboratoires, quel que soit le nombre de prescripteurs. Or, nous avons observé dans les données de facturation que certains laboratoires avaient facturé plusieurs forfaits de biologie clinique pour un même patient le même jour. Nous avons demandé aux O.A. de :

- ✦ renforcer leur contrôle primaire pour ces forfaits ;
- ✦ régulariser les montants indûment facturés avec les laboratoires concernés, pour la période de 2019 à 2021 ;
- ✦ nous envoyer, dans un délai de 3 mois, un relevé de ces régularisations.

La deuxième circulaire portait sur les doubles facturations : il s'agit de prestations facturées 2 fois (souvent exactement un an après la première facturation) avec le même code de nomenclature, avec une date de prestation identique et par le même dispensateur de soins. Nous avons demandé aux O.A. de :

- ✦ renforcer leur contrôle primaire afin d'éviter que ce type d'erreur subsiste à l'avenir ;
- ✦ corriger les doubles facturations que nous avons détectées et envoyées en annexe à notre circulaire, en régularisant les montants indûment facturés avec les dispensateurs de soins concernés ;
- ✦ nous envoyer, dans un délai de 3 mois, un relevé de ces régularisations.

Les 3 autres circulaires étaient informatives et avaient pour objectif de sensibiliser les O.A. à la bonne application de la réglementation. Elles portaient sur :

- ✦ la modification de l'article 77sexies de la loi SSI ;
- ✦ le délai de prescription pour le paiement des prestations aux dispensateurs de soins ;
- ✦ le contrôle primaire des consultations médicales à distance (téléphoniques et vidéos) à la suite d'un nouveau cadre de remboursement à partir du 1^{er} août 2022.

c) Résultats

À la suite de ces circulaires, les O.A. nous ont déclaré avoir régularisé un montant total de 204.800,54 euros.

Tableau 14. Montants régularisés par les O.A., par circulaire

Sujet de la circulaire	Montant régularisé (€)
Forfaits de biologie clinique	72.481,60
Doubles facturations	132.318,94
TOTAL	204.800,54

L'impact de ces circulaires ne se limite pas aux régularisations a posteriori, mais attire également l'attention des O.A. sur certaines prestations et les incite à mieux les contrôler par la suite.

d) Circulaires envoyées en 2023

En 2023, nous avons envoyé 2 circulaires sur :

- ✦ les prestations effectuées au moyen d'appareillage médical lourd ou dans des services médicaux ou services médico-techniques, qui ne respectaient pas les conditions de

⁵⁸ Codes de nomenclature 592852, 592955, 593051, 593154, 592815, 592911, 593014, 593441.

remboursement (prestations effectuées hors de la période de validité de l'appareil, nombre maximum de prestations, critères de programmation, etc.) ;

- ✦ le cumul interdit des prestations de l'article 14, f), 4°, de la nomenclature (chirurgie des veines et des varices) pour un même membre.

Nous avons demandé aux O.A. de renforcer leur contrôle primaire sur ces prestations et de nous envoyer un relevé des régularisations effectuées avec les dispensateurs de soins concernés, en cas de prestations indûment facturées à l'assurance soins de santé. Le montant de ces régularisations sera communiqué dans notre prochain rapport annuel.

Partie 4 – Collaborations

I. PASSERELLE : AUDIT DES HÔPITAUX

Nous souhaitons parvenir à un suivi plus efficace, plus simple et plus transparent des hôpitaux. C'est pourquoi l'unité Audit des hôpitaux⁵⁹ réunit dans une structure transversale une partie du personnel et des ressources de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'AFMPS.

1. Audit COVID-19

Depuis le début de l'épidémie de SARS-CoV-2 dans notre pays, le comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) nous a demandé de contrôler le respect de ses directives en matière de gestion de la capacité (COVID-19) dans les hôpitaux. En 2023, l'unité Audit des hôpitaux a fait le point sur les 8^e et 9^e vagues dans les hôpitaux lorsque ceux-ci ont été confrontés à une charge importante à la fin de l'année. Nous avons présenté les résultats au comité HTSC de juin 2023 et au webinaire international de la HELICONference sur le thème « COVID-19 – impact sur les soins de santé en Belgique ».

Les hôpitaux ont bien suivi les directives HTSC (en particulier au cours des premières vagues de COVID-19), à quelques exceptions notables près. Nous avons remarqué ce qui suit :

- ✦ un aperçu de la capacité hospitalière et du personnel spécifique disponibles en temps réel est nécessaire ;
- ✦ un aperçu des ratios normalisés de mortalité hospitalière est également nécessaire ;
- ✦ dans la plupart des disciplines, il y a un net rattrapage des éventuels retards accumulés en matière de soins, mais des problèmes importants et persistants demeurent en ce qui concerne plusieurs interventions importantes (par exemple diverses opérations à cœur ouvert et greffes, des endoscopies ou des greffes de moelle osseuse).

En outre, nous avons élaboré une mise à jour de nos rapports d'audit à la demande du comité HTSC en tentant d'estimer les soins réguliers non effectués avec une sélection d'interventions et d'autres prestations. Nous avons également présenté cette mise à jour à l'occasion des forums susmentionnés.

De plus, nous avons rédigé une note spécifique sur le rôle qu'ont éventuellement joué les facteurs non médicaux (éléments sociodémographiques) dans la diminution des soins ou dans la fixation des priorités en matière de politique de rattrapage des hôpitaux au cours de l'épidémie.

2. Audit imagerie médicale lourde

Les institutions de santé fédérales exhortent les hôpitaux à limiter les effets néfastes des radiations. Ils peuvent y parvenir en réduisant l'imagerie médicale superflue et en réalisant une IRM au lieu d'un CT-scan chaque fois que c'est possible.

⁵⁹ Vous trouverez plus d'informations sur les activités de l'unité Audit des hôpitaux dans son rapport d'activité 2023.

Nous avons mené un audit dans tous les hôpitaux belges disposant d'appareillage lourd d'imagerie médicale. À la suite de notre audit, nos parties prenantes ont pris différentes mesures stratégiques :

- ✦ le SECM a proposé un indicateur au CNPQ en vue d'une efficacité accrue de l'utilisation des ressources disponibles dans le secteur des soins de santé⁶⁰. Cet indicateur a été publié au Moniteur belge en 2023 et établit que « *l'incidence maximale des examens IRM urgents pratiqués en ambulatoire est fixée à 5 examens IRM urgents par 1000 examens IRM pratiqués et portés en compte en ambulatoire, par année calendrier*⁶¹ » ;
- ✦ le *Medical Imaging Device identifier* (MID-ID) est utilisé. Il s'agit d'un numéro d'identification unique par appareil radiologique, destiné à faciliter son identification dans le cadre de la communication entre le SPF Santé publique, l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN), l'INAMI et le gestionnaire ou exploitant de l'appareil. Ce numéro figure également en tant que « clé » sur les documents d'enregistrement de l'appareil. Le MID-ID améliore l'efficacité du cadastre de l'imagerie médicale lourde, notamment pour la mise en œuvre de la politique ;
- ✦ par ailleurs, l'INAMI travaille à la digitalisation de la prescription de l'imagerie médicale lourde. Un élément important dans ce cadre est l'élaboration d'un outil qui aidera le médecin à rechercher l'examen d'imagerie médicale lourde le plus efficace (le PSSR ou *Prescription Search Support Radiology*).

3. Audit prothèse de hanche

Nous avons examiné les interventions pour les indications les plus fréquentes, à savoir l'arthrose et la fracture du col du fémur, qui représentent 91 % des causes des interventions pour des prothèses de hanche en 2019 (respectivement 67,1 % et 23,9 %).

Après une revue de la littérature et un audit de bureau, nous avons envoyé un questionnaire en ligne à tous les hôpitaux concernés par les prothèses de hanche. Au premier trimestre 2023, nous avons effectué un audit sur place dans 30 hôpitaux sélectionnés au hasard. Nous avons envoyé un rapport individuel à chaque hôpital visité.

Nous avons compilé tous les résultats (données couplées, analyses statistiques, données collectées avec le questionnaire en ligne ou sur place) dans un rapport général. Il comprend entre autres :

- ✦ un benchmarking inter-hospitalier pour une série d'indicateurs, visant à orienter les hôpitaux les uns par rapport aux autres ;
- ✦ un plan d'action (points d'amélioration) à destination des hôpitaux, des associations scientifiques et des administrations ;
- ✦ une quarantaine de points d'amélioration et quelques points de bonne pratique, qui s'appuient sur l'EBM, la concertation avec les associations scientifiques, les directives, etc. Il existe en effet une marge d'amélioration dans les hôpitaux, tant au niveau national qu'individuel, ainsi que dans les associations scientifiques, à l'INAMI, au SPF Santé publique et à l'AFMPS.

⁶⁰ Voir « [Appropriate care](#) », p. 39.

⁶¹ Indicateur pour l'évaluation de l'incidence maximale des examens IRM urgents en ambulatoire, M.B. 18 août 2023.

4. Audit insuffisance rénale chronique

Afin de préparer une évaluation plus large, prévue avec des experts des associations scientifiques en janvier 2024, nous avons réalisé une revue de la littérature sur les directives et données (inter)nationales disponibles et scientifiquement étayées. Sur cette base, nous avons rédigé un projet de rapport contenant l'ensemble des indicateurs de performance clés inventoriés, que nous avons soumis à quelques experts médicaux et de l'art infirmier. Nous avons effectué les premières analyses de données de l'audit de bureau et préparé les questions pour l'audit en ligne et sur site.

5. Audit chirurgie complexe

Cet audit a pour thème la chirurgie complexe de l'œsophage et du pancréas. Elle fait l'objet de conventions sur des interventions complexes spécialisées (et hautement techniques), qui centralisent les soins chirurgicaux dans des centres d'expertise. Les conventions incluent un audit visant à observer les pratiques des différents centres d'expertise et à identifier l'éventuelle variabilité des trajets de soins.

Après avoir réalisé une revue de la littérature scientifique et analysé les données administratives disponibles sur la chirurgie complexe, nous avons effectué une visite sur le terrain. Le groupe de pilotage Chirurgie complexe a fait appel à des experts internationaux, qui ont donné leur avis sur la rédaction des questionnaires utilisés et commenteront les résultats obtenus.

Nous avons repris dans l'audit l'ensemble des hôpitaux ayant adhéré à la convention depuis sa signature.

II. AFFAIRES INTERNATIONALES : EHFCN

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

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 qu'au niveau des techniques de contrôle et des instruments de mesure.

1. Conférence internationale

L'EHFCN a organisé sa 15^e conférence internationale les 26 et 27 octobre 2023, à Bruxelles. Le thème était le renforcement des méthodes de prévention et de lutte contre la fraude et contre le gaspillage dans le secteur des soins de santé.

La conférence a rassemblé plus de 200 participants d'une vingtaine de pays, représentant 50 organisations de santé luttant contre la fraude et la corruption en Europe. Il s'agissait de membres de l'INAMI et de l'EHFCN, de représentants des institutions européennes et internationales, d'experts du milieu académique et universitaire, ainsi que de professionnels de la santé.

3 thèmes principaux ont été abordés :

- ✦ la directive sur l'intelligence artificielle de l'Union européenne : l'objectif de cette réglementation est de garantir de meilleures conditions de développement et d'utilisation de cette technologie. Les orateurs, issus notamment des institutions européennes, ont expliqué de quelle manière cette nouvelle réglementation impactera les soins de santé et plus spécifiquement les services de contrôle en Belgique et en Europe. Ils ont également abordé les nouvelles technologies dans le secteur des soins de santé et comment les intégrer dans notre quotidien ;
- ✦ le règlement général sur la protection des données (RGPD) : les orateurs ont fait le bilan de cette réglementation, 5 ans après son entrée en vigueur : est-ce un frein ou cela facilite-t-il l'échange de données entre pays et/ou organisations de soins de santé ?
- ✦ la fraude : pourquoi le fraudeur fraude-t-il ? Comment influencer son comportement ? La conférence a passé en revue les modèles d'intégrité dans le secteur des soins de santé, ainsi que les connaissances comportementales issues des enseignements de la psychologie, des sciences cognitives et sociales les plus récentes, pour répondre à ces questions.

Par ailleurs, une journée spécifique était destinée aux membres de l'EHFCN, avant la conférence internationale proprement dite. Cette journée, principalement composée de workshops et de discussions, avait pour objectif de décrire, expliquer, analyser et synthétiser les activités des membres de l'EHFCN en matière de lutte contre la fraude : leurs similitudes, mais aussi leurs différences, dans leur manière d'aborder la fraude, et les outils mis à leur disposition pour lutter plus efficacement contre la fraude.

Des séances interactives en petits groupes ont permis en outre de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les dispensateurs de soins ne respectent pas la réglementation. Le concept de promotion des soins de qualité, avec une prise en charge adaptée, a également été présenté.

2. Conférence commune avec l'Association internationale de la mutualité

L'EHFCN et l'Association internationale de la mutualité ont organisé en janvier 2023 une conférence commune virtuelle. L'Association internationale de la mutualité est une organisation faitière internationale de fédérations de mutuelles de santé et d'organismes d'assurance soins de santé. Elle regroupe 49 fédérations de 26 pays répartis à travers l'Europe, l'Amérique latine, l'Afrique et le Moyen-Orient.

Le thème de la conférence était l'exploitation de l'intelligence artificielle pour lutter contre la fraude dans les soins de santé. Il s'agissait d'explorer les défis, les menaces et les opportunités soulevés par cette technologie, aux niveaux européen et national. Les points suivants ont été abordés :

- ✦ la vision européenne en matière de réglementation de l'intelligence artificielle : une analyse de la proposition européenne pour un cadre juridique sur l'intelligence artificielle ;
- ✦ des cas nationaux : des cas concrets d'utilisation de l'intelligence artificielle pour lutter contre la fraude dans la vie quotidienne ;
- ✦ les perspectives pour l'avenir de l'intelligence artificielle dans le secteur des soins de santé.

3. Webinaires

7 webinaires ont été organisés en 2023 pour les membres de l'EHFCN, afin de discuter de sujets d'actualité, ainsi que de fournir des réponses aux questions des membres. Des experts du secteur des soins de santé, issus des organisations membres ou non, animent ces webinaires.

Les sujets des webinaires étaient les suivants.

- ✦ *OLAF : missions et activités* : l'Office européen de lutte antifraude (OLAF) enquête sur la fraude au détriment du budget de l'Union européenne, ainsi que sur la corruption et les fautes graves commises au sein des institutions européennes. Il élabore également une politique antifraude pour la Commission européenne. Le webinaire a permis de présenter ses missions et ses activités, ainsi que de détailler les questions relatives aux enquêtes.
- ✦ *Détection et au-delà : utilisation de grandes quantités de données pour la prévention de la fraude dans le secteur de la santé en Pologne* : ces dernières années, le secteur polonais de la santé est devenu une énorme source de données, dont une grande partie est disponible en temps réel. Cela ouvre de nouvelles possibilités dans le domaine de la détection et de la prévention des fraudes. Les institutions de santé publique polonaises ont utilisé avec succès diverses techniques pour exploiter ces données, rendant ainsi la détection des fraudes beaucoup plus efficace. Cependant, la capacité à repérer facilement les activités frauduleuses engendre aussi des difficultés, qui ont été présentées lors de ce webinaire.
- ✦ *Loi européenne sur l'intelligence artificielle : impact juridique et éthique de l'intelligence artificielle, ses défis et ses risques* : l'Union européenne propose le premier cadre juridique sur l'intelligence artificielle. Celui-ci aborde les risques de l'intelligence artificielle et permet à l'Europe de jouer un rôle de premier plan dans le monde. Ce webinaire a donné un aperçu général de l'intelligence artificielle en Europe, ainsi que des défis et des craintes qui y sont liés.
- ✦ *Corruption pendant le COVID-19 : tendances, facteurs et enseignements tirés pour réduire la corruption dans les situations d'urgence sanitaire* : sur la base d'un rapport du Chr. Michelsen Institute (institut indépendant de recherche sur le développement en Norvège), son auteur, Daniela Cepeda Cuadrado, a présenté la façon dont la corruption s'est matérialisée au cours de la période de COVID-19, quels en ont été les moteurs et quel en a été l'impact sur les populations.
- ✦ *Alertes à la fraude : coup de projecteur sur les cas de fraude en Europe* : ce webinaire a présenté 2 exemples concrets de fraudes européennes actuelles. Ils concernent la couverture des frais médicaux publics et privés. Ces cas de fraude ont mis en lumière les nouvelles méthodes utilisées par les fraudeurs. Le webinaire a en outre permis de mieux comprendre comment découvrir, analyser et résoudre ces cas de fraude.
- ✦ *L'impact de la législation sur la protection de la vie privée sur la publication des décisions de justice : une interprétation différente entre la Belgique et les Pays-Bas* : chaque pays a une interprétation différente de la législation européenne en matière de protection de la vie privée. Certaines pratiques sont par exemple interdites dans un pays, alors qu'elles sont autorisées dans un autre. Aux Pays-Bas, dès qu'un cas de fraude par un prestataire de services est avéré, le public a le droit d'en être informé. Ce n'est pas le cas en Belgique. Ce webinaire a permis d'expliquer les raisons de ces différences d'interprétation.

- ✦ *2D Matrix dans les données de facturation : un cas de fraude en pharmacie* : l'objectif du règlement de la directive européenne sur les médicaments falsifiés est d'établir un système d'identification unique, sur la base duquel chaque médicament peut être tracé depuis sa production jusqu'à la délivrance au patient. Cette identification unique s'appelle 2D Matrix. Ce webinaire a permis de découvrir comment le 2D Matrix est contourné et utilisé frauduleusement dans certaines pharmacies belges.

4. Groupe de travail sur l'intelligence artificielle

Le groupe de travail consacré à l'intelligence artificielle dans le domaine des soins de santé, créé en 2020 et composé d'experts issus d'organisations membres de l'EHFCN, a poursuivi ses activités. Ses ambitions sont :

- ✦ d'avoir une vue d'ensemble sur l'intelligence artificielle actuellement (situation juridique et éthique, infrastructure du système et renforcement des capacités, etc.) ;
- ✦ de cartographier les opportunités existantes de mise en œuvre, c'est-à-dire l'utilisation d'outils communs ou similaires dans différents États membres de l'Union européenne. L'objectif est de fournir aux membres de l'EHFCN un outil en libre accès, un modèle et un exemple pour l'intelligence artificielle en vue d'un développement ultérieur ;
- ✦ de permettre aux membres de rendre compte régulièrement de leurs activités et de leurs résultats au sein du groupe de travail, en utilisant des domaines pilotes communs spécifiques.

5. Assemblée générale et plan stratégique

L'Assemblée générale de l'EHFCN a eu lieu en octobre 2023. Il s'agissait d'une réunion importante pour les membres, pour :

- ✦ définir les politiques générales ;
- ✦ élire et nommer les personnes chargées d'exercer les fonctions dans le Comité exécutif ;
- ✦ approuver les comptes annuels ;
- ✦ discuter entre autres du suivi des projets du plan d'action annuel et du plan stratégique de l'EHFCN. Ce plan stratégique vise aussi à se rapprocher davantage des membres, à les impliquer et à les informer davantage des activités du réseau.

III. ÉVALUATION DES PERFORMANCES DE GESTION DES ORGANISMES ASSUREURS

Les O.A. et la Caisse des soins de santé de HR Rail reçoivent chaque année une indemnité pour leurs frais d'administration. La composition et le montant de cette indemnité 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, une partie du montant qu'un O.A. reçoit annuellement est liée à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ces 20 % représentent les frais d'administration variables⁶².

⁶² Ces frais d'administration variables s'élevaient initialement à 10 % du montant reçu annuellement par un O.A. À partir de la modification de la loi SSI le 11 avril 2019, ce pourcentage a graduellement été augmenté jusqu'à 20 % en 2022.

Tous les services de l'INAMI et de l'Office de contrôle des mutualités analysent la façon dont les O.A. remplissent leur mission légale et la qualité de ce travail. L'INAMI transmet ensuite les résultats de ces analyses à l'Office de contrôle des mutualités. Au moyen d'échelles de scores, celui-ci convertit les résultats des analyses en valeurs pécuniaires et diminue par O.A. les frais d'administration variables de cette valeur pécuniaire⁶³.

Il est à noter que cette responsabilisation des O.A. est un système de sanction, et non de récompense. S'ils obtiennent de mauvais scores, une partie des frais variables est retenue. En revanche, s'ils obtiennent de bons scores, ils bénéficient du montant total.

En 2023, le SECM a évalué les performances de gestion des O.A. selon 3 indicateurs. Les O.A. disposent d'un délai pour faire appel. Celui-ci étant encore en cours, les résultats présentés ci-dessous sont sous réserve des décisions finales des instances compétentes.

1. Communication via IDES de propositions de motivation de l'état d'incapacité

Afin de permettre au Service des indemnités de l'INAMI d'accomplir aisément sa tâche de contrôle, le médecin-conseil doit envoyer 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 directions médicales des O.A. doivent envoyer ces données (les flux INV01) à l'INAMI via IDES.

Nous avons examiné si elles avaient envoyé ces données au plus tard à la fin de la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire, dans un échantillon représentatif de dossiers. Les dossiers transmis ultérieurement sont considérés comme erronés.

Étant donné que les O.A. ne sont pas responsables de tous les retards, le Comité général de gestion de l'INAMI a introduit une marge de tolérance ou d'immunité de 7,5 %. Cela signifie que, si le nombre de dossiers en retard est inférieur à 7,5 %, aucun score d'erreur ou de retard n'est attribué.

Les résultats sont très différents entre les O.A. et varient entre 0,0000 % et 20,0108 %.

2. Respect des règles de remboursement de certaines prestations

a) Consultations, surveillances, téléconsultations et/ou paiements forfaitaires

Nous avons examiné l'application des règles de remboursement des honoraires pour l'examen gériatrique de sortie par le médecin spécialiste en gériatrie, chez le bénéficiaire à partir de 75 ans hospitalisé dans un service de gériatrie G (300)⁶⁴. Cet examen ne peut être facturé qu'une seule fois, pendant la dernière semaine d'admission, par le médecin spécialiste en gériatrie qui assure la surveillance du patient dans le service de gériatrie G (300). Par ailleurs, le médecin doit adresser un rapport au médecin traitant du patient, avec un plan multidisciplinaire détaillé pour le traitement ultérieur, le suivi et la revalidation à domicile ou dans un milieu familial de remplacement.

Nous avons constaté que le pourcentage d'assurés pour lesquels les conditions de remboursement n'avaient pas été respectées varie entre 3,5643 % et 7,1747 %.

⁶³ Voir A.R. du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

⁶⁴ Code de nomenclature 599060.

b) Prestations de médecine interne

L'examen du tube digestif au moyen d'une capsule vidéoendoscopique⁶⁵ doit être effectué pour une anémie ferriprive inexpliquée malgré des examens endoscopiques du tube digestif supérieur⁶⁶ et du côlon⁶⁷. Cet examen doit être effectué par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en pédiatrie. La rédaction du rapport est comprise dans l'honoraire prévu par ce code de nomenclature. Une majoration de 13 % est prévue pour les patients de moins de 7 ans.

Nous avons constaté que le pourcentage des prestations qui ont été remboursées à tort à des assurés par les O.A. varie entre 10,0000 % et 32,7811 %.

c) Conclusion

Globalement, le pourcentage d'erreurs dans l'application des règles de remboursement des prestations de soins de santé varie en 2023 entre 8,0657 % et 18,1727 %.

3. Qualité des données via NewAttest

Nous avons évalué la qualité des données que les O.A. nous ont transmises via la plateforme NewAttest pour les 4 critères suivants :

- ✦ la latéralité ;
- ✦ le numéro de la dent ;
- ✦ la norme du dispensateur ;
- ✦ le numéro d'identification des appareils d'imagerie médicale lourde.

Le pourcentage global d'erreurs varie cette année entre 0,0004 % et 13,7140 %.

IV. PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DES SOINS DE SANTÉ 2021-2023

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 secteur des soins de santé. Ce plan d'action est suivi par la CAFC, sous la présidence de l'administrateur général de l'INAMI.

La CAFC se compose d'une large représentation de l'INAMI (SECM, Service des soins de santé et Service du contrôle administratif), ainsi que de délégués des O.A., du Collège intermutualiste national (CIN), de l'Agence intermutualiste (AIM) et du SPF Santé publique.

Le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 comprend 7 thématiques de collaboration intensive entre les divers acteurs :

- ✦ des données de facturation accessibles et de qualité ;
- ✦ les seuils financiers abusifs qui limitent l'accès aux soins ;
- ✦ la prévention structurelle des erreurs administratives, des abus et de la fraude ;

⁶⁵ Codes de nomenclature 473933-473944.

⁶⁶ Codes de nomenclature 473056-473060 (examen du tube digestif supérieur par endoscopie).

⁶⁷ Codes de nomenclature 472452-472463 (examen du rectum et du sigmoïde ou du côlon jusqu'à l'angle colique gauche, par endoscopie) et 473174-473185 (examen du côlon jusqu'à la valvule iléo-caecale, par endoscopie).

- ✦ la suspension et la radiation de dispensateurs de soins ;
- ✦ la fraude liée au COVID-19 ;
- ✦ l'implication et la responsabilisation des assurés et des dispensateurs de soins ;
- ✦ l'Audit des hôpitaux.

En 2023, des progrès ont notamment été enregistrés dans le cadre du plan d'action au niveau de l'inventaire des points d'attention concernant les maisons médicales⁶⁸, des actions de l'Audit des hôpitaux⁶⁹ et de la poursuite de la préparation d'une plus grande transparence sur les données de facturation pour les assurés et les dispensateurs de soins.

Fin 2023, un nouveau plan d'action en matière de contrôle des soins de santé a été élaboré pour la période 2024-2026. Le Conseil général l'a approuvé le 16 janvier 2024.

⁶⁸ Voir « Missions nationales – [Facturation “à l’acte” par des dispensateurs de soins liés à une maison médicale](#) », p. 58.

⁶⁹ Voir « [Passerelle : Audit des hôpitaux](#) », p. 72.

Partie 5 – Impact

I. IMPACT DE NOS ACTIONS DE 2020

En tant que service d'inspection, l'objectif du SECM est d'avoir un impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins, ainsi que des institutions de soins. Par la diversité de ses actions et donc des retombées escomptées, l'impact du SECM doit être vu de manière holistique. C'est pourquoi nous mesurons l'impact à l'aide d'indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs. Nous entendons par indicateurs :

- ✦ quantitatifs : les estimations financières ou la variation du nombre de prestations ;
- ✦ qualitatifs : les interventions auprès des commissions en vue d'adapter ou préciser la nomenclature, la formulation d'indicateurs auprès du CNPQ, etc.

Nous présentons ci-dessous l'impact financier des procès-verbaux de constat dressés auprès des dispensateurs de soins, ainsi que l'impact quantitatif et qualitatif de nos missions nationales.

1. Méthodologie globale

Fruit d'un long travail en interne, la méthodologie développée ambitionne de mesurer l'impact de nos actions de manière standardisée et systématique. Cette méthodologie contribue à consolider les chiffres présentés, ainsi qu'à rendre l'interprétation de ces derniers plus abordable pour tous. En outre, le plan d'analyse étant fixé à l'avance, cela permet de diminuer les éventuels biais d'interprétation des résultats.

Il n'est malheureusement pas possible de mesurer l'impact des actions qui viennent d'avoir lieu et que nous avons présentées dans ce rapport. Le temps de latence entre une action menée et l'effet qui peut en être attendu, la périodicité des flux de données de facturation, ainsi que le délai légal de facturation aux O.A. rendent une mesure d'impact d'actions récentes impossible, comme le montre l'exemple ci-dessous.

- ✦ Une action sur des prestations ambulatoires est menée en février de l'année X.
- ✦ Après analyse, nous postulons qu'elle peut avoir un effet en termes de modification du comportement des dispensateurs de soins à partir du mois de mai de l'année X.
- ✦ Nous voulons vérifier que l'effet observé est stable dans le temps, donc nous suivons les données de facturation des dispensateurs de soins pendant 1 an, soit jusqu'en avril de l'année X+1.
- ✦ Étant donné que les prestations remboursables peuvent être portées en compte au niveau des O.A. jusqu'à 2 ans après la date de réalisation de cette prestation, les facturations d'avril X+1 pourraient potentiellement n'être visibles que dans les données du premier semestre X+3.
- ✦ Vu qu'il faut en moyenne 7 mois pour obtenir les données de facturation des prestations de soins ambulatoires (Doc P) d'un semestre terminé, les données complètes seraient disponibles aux alentours de février de l'année X+4.
 - ➔ Conclusion : pour effectuer un suivi d'un an après une action devant potentiellement avoir des effets 3 mois après sa mise en œuvre, la mesure exhaustive ne pourrait être réalisée que 4 ans après l'action.

Heureusement, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir des données exhaustives pour mesurer un impact global, et les nouveaux systèmes de facturation électronique ont largement contribué à la diminution des temps moyens de facturation aux O.A.

En tenant compte de ces observations et en gardant une certaine marge de sécurité, nous avons choisi de mesurer l'impact des actions menées 3 ans auparavant. En d'autres termes, vous trouvez dans ce rapport la mesure de l'impact des actions menées ou clôturées en 2020 et dont le résultat a été évalué en 2023.

2. Impact des procès-verbaux de constat sur la facturation

Dans cette partie, nous analysons dans quelle mesure le fait d'avoir reçu un premier procès-verbal de constat⁷⁰ en 2020 a pu influencer le comportement⁷¹ de facturation des dispensateurs de soins⁷¹ par la suite.

Pour ce faire, nous comparons les montants facturés aux O.A. pour les prestations effectuées pendant les 2 années ayant précédé l'établissement du procès-verbal de constat avec ceux facturés pour les prestations effectuées les 2 années suivantes, la date du procès-verbal de constat représentant la date pivot.

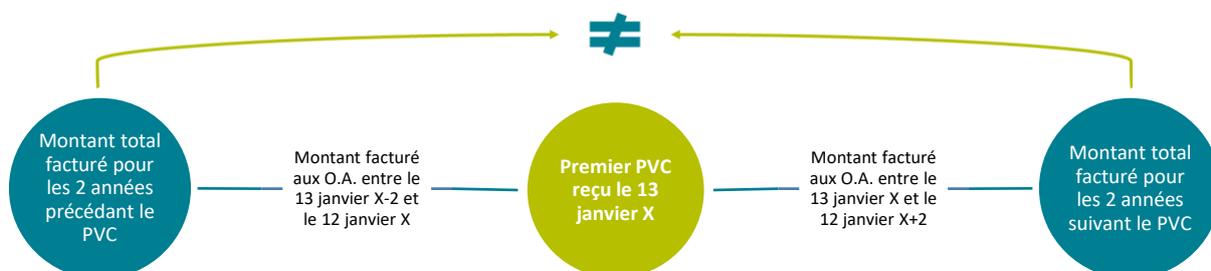


Illustration 18. Méthode de calcul de l'impact des premiers procès-verbaux de constat (PVC) sur le comportement de facturation

Soulignons que l'impact réel des actions a tendance à être sous-estimé dans notre mesure. En effet, eu égard à l'inflation et aux mécanismes d'indexation des prestations, le montant d'un même nombre de prestations facturées par un dispensateur de soins en 2023 est presque obligatoirement supérieur à celui qui aurait été facturé en 2018. Actuellement, la méthode de calcul utilisée ne corrige pas cet effet, mais nous étudions diverses pistes pour pouvoir tenir compte de ce facteur à l'avenir.

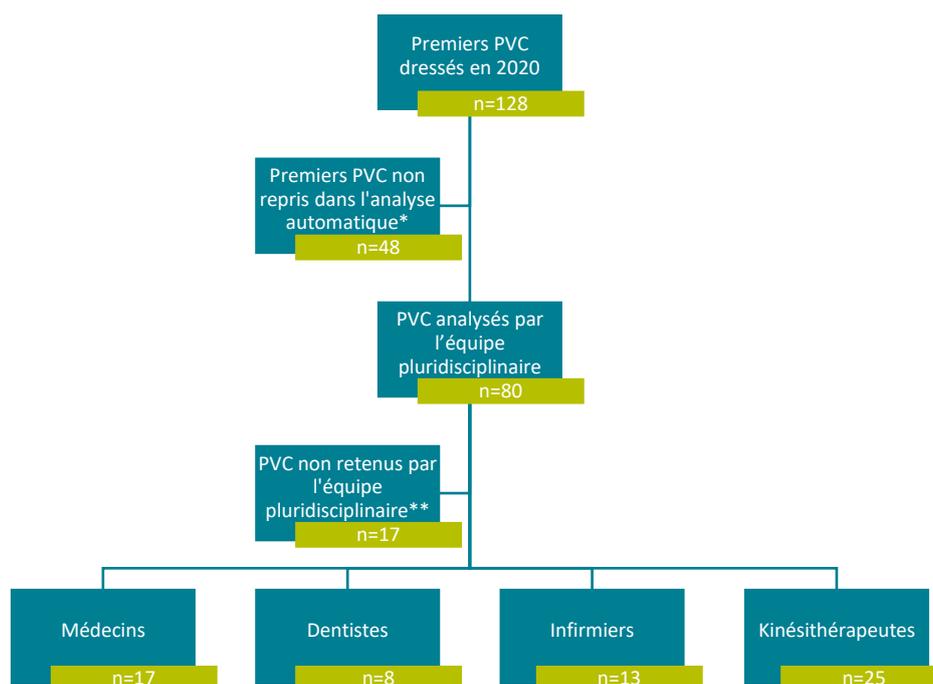
Par ailleurs, il faut aussi souligner que notre mesure d'impact a été influencée par l'épidémie de COVID-19 en 2020 : l'impact de nos actions est sous-estimé. En effet, en raison des restrictions et du confinement, un dispensateur de soins ayant reçu un premier procès-verbal de constat fin 2020 aura le plus souvent un profil de facturation « avant procès-verbal de constat » inférieur à ce qu'il était habituellement avant l'épidémie de COVID-19. Lors de la comparaison avec le profil de facturation « après procès-verbal de constat » (post-confinement donc), cela induit par conséquent une sous-estimation de l'impact du procès-verbal de constat.

⁷⁰ Lorsqu'il y a plusieurs constats dans une même action de contrôle, nous ne prenons ici en compte que le premier procès-verbal de constat.

⁷¹ La méthode utilisée pour automatiser cette analyse ne permet de travailler que sur les prestations de certains dispensateurs de soins, et non sur celles des institutions de soins par exemple.

Étant donné que plusieurs facteurs peuvent expliquer la modification du comportement de facturation des dispensateurs de soins (le procès-verbal de constat, mais également la pension, le décès, le changement de statut, un autre groupement infirmier, le rattrapage après le confinement, etc.), une équipe pluridisciplinaire analyse les dossiers de chaque dispensateur de soins avant de réaliser la mesure d'impact. Elle exclut les dossiers pour lesquels trop de facteurs autres que le procès-verbal de constat sont susceptibles d'être intervenus et qui gonflent ou diminuent donc artificiellement l'impact.

L'illustration ci-dessous présente les résultats de la sélection de l'équipe pluridisciplinaire pour les dossiers avec un premier procès-verbal de constat dressé en 2020.



* La méthode utilisée pour automatiser cette analyse ne permet de travailler que sur les prestations de certains dispensateurs de soins, et non sur celles des institutions de soins par exemple.

** PVC exclus en raison de l'influence d'un trop grand nombre de facteurs autres que le PVC.

Illustration 19. Diagramme de sélection, par l'équipe pluridisciplinaire, des dossiers avec un premier procès-verbal de constat (PVC) dressé en 2020

Les tableaux ci-dessous présentent les principaux impacts biennaux mesurés en 2023, ventilés en fonction des catégories relevantes. L'impact global des premiers procès-verbaux de constat dressés à une partie des dispensateurs de soins en 2020 (63 sur 128) est estimé à 1.439.823,83 euros.

Tableau 15. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par groupe professionnel (données 2018-2023)

Groupe professionnel	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Médecin	17	11.942.136,69	11.239.798,31	702.338,38	41.314,02
Dentiste	8	5.469.106,37	5.431.294,04	37.812,33	4.726,54
Infirmier	13	4.522.660,93	4.277.139,89	245.521,04	18.886,23
Kinésithérapeute	25	6.314.360,83	5.860.208,75	454.152,08	18.166,08
TOTAL	63	28.248.264,82	26.808.440,99	1.439.823,83	22.854,35

Tableau 16. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par type d'infraction (données 2018-2023)

Infraction	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Fraude	10	5.635.948,84	5.311.632,52	324.316,32	32.431,63
Autres/non-fraude	53	22.612.315,98	21.496.808,47	1.115.507,51	21.047,31
TOTAL	63	28.248.264,82	26.808.440,99	1.439.823,83	22.854,35

Tableau 17. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par décision du médecin-inspecteur général (données 2018-2023)

Décision médecin-inspecteur général	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Constat sans procédure adm.	43	18.930.447,60	18.680.557,32	249.890,28	5.811,40
Constat avec procédure adm.	20	9.317.817,22	8.127.883,67	1.189.933,55	59.496,68
TOTAL	63	28.248.264,82	26.808.440,99	1.439.823,83	22.854,35

Tableau 18. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par type d'infraction et par décision du médecin-inspecteur général (données 2018-2023)

Infraction / décision médecin-inspecteur général	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Fraude					
sans procédure	3	1.740.928,89	1.588.782,25	152.146,64	50.715,55
avec procédure	7	3.895.019,95	3.722.850,27	172.169,68	24.595,67
Autres/non-fraude					
sans procédure	40	17.189.518,71	17.091.775,07	97.743,64	2.443,59
avec procédure	13	5.422.797,27	4.405.033,40	1.017.763,87	78.289,53
TOTAL	63	28.248.264,82	26.808.440,99	1.439.823,83	22.854,35

3. Impact des missions nationales

Dans cette partie, nous présentons l'impact des missions nationales clôturées et présentées au Comité du SECM en 2020. L'équipe pluridisciplinaire a sélectionné celles pour lesquelles un impact quantitatif ou qualitatif pouvait être mesuré. Afin de rester cohérent avec les chiffres présentés dans la partie précédente, l'impact financier est également calculé sur 2 ans, bien que certaines actions aient une portée plus étendue.

a) Facturation des sondes à urine stériles destinées à l'autosondage et délivrées en pharmacie

Entre 2018 et 2020, nous avons contrôlé le remboursement des sondes à urine stériles destinées à l'autosondage pour les patients ambulants⁷². À la suite d'une modification de la réglementation⁷³ en 2017, la fourniture et la facturation de ces sondes est réservée aux pharmaciens titulaires d'officine ouverte au public.

Nous avons constaté plusieurs facturations indues en raison d'un mauvais encodage de la prescription : il y avait une confusion entre le nombre de sondes comprises dans une boîte et le nombre de boîtes délivrées. Nous avons porté à grief un montant total de 635.489 euros dans 18 pharmacies, pour des prestations indues effectuées entre le 1^{er} novembre 2017 et le 30 juin 2019.

Nous avons réalisé la mesure d'impact de cette mission nationale sur les 18 pharmacies ayant reçu un procès-verbal de constat. Une mesure au niveau national aurait eu peu de sens, étant donné que les autres pharmacies n'ont pas été informées de cette action de contrôle. De manière générale, le remboursement des sondes destinées à l'autosondage a tendance à augmenter depuis plusieurs années, et le montant unitaire de leur remboursement a augmenté depuis l'arrêté royal du 18 avril 2017.

Pour réaliser cette mesure d'impact, nous avons calculé la différence entre le remboursement moyen annuel pour les sondes destinées à l'autosondage pendant les 24 mois précédant le procès-verbal de constat et celui pendant les 24 mois suivant le procès-verbal de constat. La différence entre ces 2 montants moyens correspond à une estimation du montant annuel qui aurait continué à être facturé sans notre action.

Tableau 19. Comparaison des montants remboursés pour les sondes destinées à l'autosondage, dans les 18 pharmacies ayant reçu un procès-verbal de constat, avant et après l'action du SECM

	Avant l'action (€)	Après l'action (€)	Différence (€)
<i>Période d'analyse</i>	<i>24 mois</i>	<i>24 mois</i>	
Montant du remboursement des sondes	934.014,28*	269.808,00	
TOTAL** sur 1 an	502.610,30	134.904,00	367.706,30
TOTAL** sur 2 ans	1.005.220,60	269.808,00	735.412,60

* Montant réel remboursé par l'assurance soins de santé pendant les 24 mois précédant le procès-verbal de constat. Pour 3 pharmacies, la période n'atteint pas les 24 mois, les procès-verbaux de constat ayant été envoyés moins de 2 ans après la publication de l'arrêté royal du 18 avril 2017.

** Montants extrapolés sur 12 ou 24 mois.

⁷² Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2020](#), p. 36-38.

⁷³ A.R. du 18 avril 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 (date d'entrée en vigueur : 1^{er} novembre 2017).

Pendant la période après l'action, nous observons une diminution moyenne annuelle de 367.706,30 euros, soit un impact biennal de 735.412,60 euros.

b) Facturation de 5 tests de biologie clinique

Afin d'évaluer s'ils étaient utilisés efficacement et facturés correctement, nous avons réalisé une étude de bureau sur 5 tests de biologie clinique concernant :

- ✦ la carboxyhémoglobine et la méthémoglobine ;
- ✦ la troponine ;
- ✦ la toxicologie ;
- ✦ les IgE spécifiques ;
- ✦ les chaînes légères⁷⁴.

Carboxyhémoglobine et méthémoglobine

L'analyse portait sur la facturation du dosage de la carboxyhémoglobine et de méthémoglobine⁷⁵ pendant le premier semestre de 2018. Elle avait montré que 12 hôpitaux pratiquaient un des ou les 2 tests tous les jours (parfois plusieurs fois par jour) dans leurs services de soins intensifs, alors que la plupart des hôpitaux ne les effectuaient jamais ou très rarement. Nous avons envoyé un courrier de sensibilisation à ces 12 hôpitaux en octobre 2019, en leur demandant d'être attentif à la prescription médicalement justifiée de ces tests.

En raison de l'épidémie de COVID-19 qui a profondément modifié les situations gérées par les services de soins intensifs en 2020 et 2021, nous avons mesuré l'impact de cette action en comparant la facturation de ces 2 tests en 2018 et 2019 à leur facturation en 2022 (dans les services de soins intensifs des 12 hôpitaux concernés par l'action).

Tableau 20. Comparaison du nombre de tests carboxyhémoglobine (540245) et méthémoglobine (540842) facturés aux soins intensifs dans les 12 hôpitaux sensibilisés, avant et après l'action du SECM

	Avant l'action	Après l'action	Différence
<i>Période d'analyse</i>	<i>2018-2019 (24 mois)</i>	<i>2022 (12 mois)</i>	
Nombre de tests 540245 et 540842	601.636	15.454	
TOTAL sur 1 an	300.818	15.454	285.364

La comparaison entre la période 2018-2019 et 2022 montre une franche diminution de la facturation de ces 2 tests (94,86 %). L'impact sur le comportement de facturation de ces 12 hôpitaux a donc été fort.

Toutefois, calculer un impact financier sur cette seule base est peu pertinent, étant donné que nous avons observé dans ces mêmes services une augmentation de la facturation du code de nomenclature 540525 (détermination des pH sanguins et des pressions partielles en CO₂ et O₂) pendant la même période.

⁷⁴ Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2020](#), p. 19-20.

⁷⁵ Codes de nomenclature 540245 et 540842.

Tableau 21. Comparaison du nombre de tests de détermination des pH sanguins et des pressions partielles en CO₂ et O₂ (540525) facturés aux soins intensifs dans les 12 hôpitaux sensibilisés, avant et après l'action

	Avant l'action	Après l'action	Différence
<i>Période d'analyse</i>	<i>2018-2019 (24 mois)</i>	<i>2022 (12 mois)</i>	
Nombre de tests 540525	92.444	166.627	
TOTAL sur 1 an	46.222	166.627	-120.405

En réalisant une mesure d'impact pour ces 3 tests, nous observons une diminution du montant facturé de plus de 35 % et un impact financier biennal de l'ordre de 400.000 euros. Néanmoins, dans la mesure où il n'a pas été possible d'analyser l'évolution de toutes les autres analyses de laboratoire facturées par les services de soins intensifs de ces hôpitaux, nous avons choisi de ne pas tenir compte de ce montant dans le calcul de l'impact financier total de 2023.

Troponine

L'analyse portait sur la prescription des dosages de troponine par les médecins généralistes pendant le premier semestre 2017. Les résultats avaient montré que ces tests étaient rarement prescrits en médecine générale, excepté par quelques *outliers*, et que leur poids financier était limité.

Cette analyse a eu pour impact que nous avons mené une étude d'évaluation plus large sur la prescription de biologie clinique par les médecins généralistes. Le rapport de cette nouvelle action a été présenté au Comité du SECM en 2022, et son impact sera présenté dans le rapport annuel sur nos activités en 2025.

Autres sujets

Pour les 3 autres tests (le dosage toxicologique, des IgE spécifique et des chaînes légères), l'analyse a mené à l'ouverture de quelques actions de contrôle individuelles et à l'envoi de courriers de sensibilisation à 5 hôpitaux. La facturation de ces tests sera à nouveau évaluée lors de l'analyse de risques du domaine de la biologie clinique, de l'anatomo-pathologie et des examens génétiques.

Par ailleurs, l'analyse du dosage toxicologique a également permis d'identifier un code de nomenclature qui échappait aux règles de cumul interdits avec le code de nomenclature 547396. Nous avons proposé d'adapter la nomenclature en ajoutant la prestation 547153 dans la règle de cumul 71 de l'article 24, mais cette proposition n'a pas été retenue par le groupe de travail du CTM.

c) Facturation de valves aortiques par voie percutanée (TAVI)

Le Service des soins de santé avait constaté un dépassement du budget prévu pour les dispositifs TAVI et demandé au SECM de procéder à une analyse⁷⁶. Nous avons communiqué les résultats de notre étude de bureau à la CRIDMI dans le cadre de la révision prévue du nombre annuel d'interventions pour le matériel 172734-172745 (remboursement pour la valve TAVI s'il est satisfait à certaines conditions). Par ailleurs, il n'y avait à ce moment-là pas encore de code de nomenclature spécifique pour la procédure TAVI (la mise en place percutanée). Nous avons constaté que la prestation 589201 (plastie valvulaire percutanée⁷⁷) était facturée de façon presque standardisée aux patients auxquels

⁷⁶ Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2020](#), p. 21-22.

⁷⁷ Plastie endovasculaire percutanée de la valve aortique, d'une malformation congénitale de l'aorte, de la valve pulmonaire, de la valve mitrale, de la valve tricuspide ou fulguration d'une valve, y compris les manipulations et

une valve TAVI était facturée et que les cardiologues cumulaient en outre plusieurs autres prestations. Il s'agissait de prestations qui faisaient partie de cette procédure, par exemple l'angiographie digitale de l'aorte, le cathétérisme cardiaque ou l'échocardiographie. Nous avons en outre constaté une variation prononcée entre les hôpitaux en ce qui concerne la facturation de ces interventions supplémentaires.

Nous avons communiqué nos conclusions au CTM. Sur la base de nos analyses, celui-ci a prévu pour le nouveau code de nomenclature pour la mise en place d'une valve TAVI (article 34 de la nomenclature) un honoraire *all-in*, qui tient compte d'éventuelles prestations effectuées simultanément. Ce code est d'application depuis le 1^{er} février 2022 :

« 590236-59024 : Implantation d'une valve aortique par transcathétérisme (TAVI) pour le traitement complet, y compris toutes les prestations médicales, tous les contrôles, tous les cathéters utilisés et toutes les prestations d'imagerie médicale effectuées le jour de l'implantation, à l'exclusion des cathéters de dilatation, des produits pharmaceutiques et de contraste et l'imagerie médicale de l'article 17 et de l'article 17bis »

Le CTM a établi des règles d'application supplémentaires pour plusieurs prestations de l'article 34 (prestations interventionnelles), 20 e) (cardiologie), 17 (imagerie médicale pour les radiologues) et 17ter (imagerie médicale pour les connexistes) de la nomenclature, car nous avons également démontré que de nombreuses prestations étaient cumulées et facturées pour certaines interventions, et non uniquement pour la procédure TAVI. Le principe d'un honoraire *all-in* a aussi été appliqué, en tenant compte des éventuelles prestations effectuées simultanément, qui sont à présent indûment facturées en plus. Ces règles d'application sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2023. Le même principe *all-in* a été appliqué pour les prestations plus récentes, par exemple pour la prestation 590295-590306 : fermeture percutanée de l'auricule gauche (d'application depuis le 1^{er} août 2023).

À la suite de notre étude de bureau, nous avons également mené quelques actions de contrôle, notamment une action de contrôle nationale en 2019-2020 sur la facturation simultanée (et induite) d'une opération valvulaire ouverte (229600⁷⁸) et d'une opération percutanée lors de la mise en place d'une valve TAVI, alors que seule une procédure percutanée a eu lieu. Pour la mesure d'impact, nous avons analysé une période de 2 années avant l'action (2018 et 2019) et après l'action (2020 et 2021). Nous avons comparé les combinaisons d'une opération valvulaire ouverte (229600) et d'une plastie valvulaire percutanée (589201) au cours d'une même journée d'hospitalisation pendant laquelle le pharmacien hospitalier a facturé une valve TAVI (172745 et 172760). Nous avons observé une baisse de 7,37 % de ces combinaisons par rapport à la période antérieure à l'action. Cette baisse n'est pas uniquement liée à l'épidémie de COVID-19 : nous observons en effet une augmentation du nombre de valves TAVI au cours de la période qui suit l'action (2020 et 2021) et notons seulement une légère diminution du nombre de valves TAVI en 2020. Il est par ailleurs possible que les quelques patients pour lesquels une combinaison a encore été observée après l'action aient effectivement subi 2 interventions et que l'opération valvulaire ouverte ait eu lieu en raison d'une insuffisance ou d'une complication lors de la procédure percutanée, de telle sorte que la facturation peut alors être justifiée.

contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire.

⁷⁸ Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle.

Tableau 22. Comparaison de la combinaison d'une opération valvulaire ouverte et d'une plastie valvulaire percutanée lors de la facturation d'une valve TAVI, avant et après l'action du SECM

	Avant l'action	Après l'action	Différence
<i>Période d'analyse</i>	<i>2018-2019 (24 mois)</i>	<i>2020-2021 (24 mois)</i>	
% (nombre) sans combinaison d'une opération valvulaire ouverte et d'une plastie valvulaire percutanée le même jour d'hospitalisation, avec mise en place d'une valve TAVI	92,08 % (1.628)	99,45 % (2.157)	
% (nombre) avec combinaison d'une opération valvulaire ouverte et d'une plastie valvulaire percutanée le même jour d'hospitalisation, avec mise en place d'une valve TAVI	7,92 % (140)	0,55 % (12)	7,37 %
% (nombre) total de valves TAVI	100 % (1.768)	100 % (2.169)	

L'impact financier de cette action n'est pas uniquement déterminé par l'honoraire du chirurgien, mais aussi par celui de l'anesthésie, l'éventuelle aide opératoire et la facturation supplémentaire possible de circulation extracorporelle. L'application de la règle différentielle n'est pas évidente non plus. C'est pourquoi nous n'intégrons pas l'impact financier de cette action dans le calcul de l'impact financier total en 2023.

d) Double subventionnement des résidents français dans les institutions belges pour moins valides

La majorité des soins médicaux des personnes moins valides françaises résidant en Belgique est prise en charge par un forfait payé par l'assurance soins de santé française. Néanmoins, certains responsables d'institutions belges pour moins valides abusent de la carte européenne d'assurance maladie et tentent de se faire rembourser une deuxième fois les frais médicaux de leurs résidents français par ce biais. Par conséquent, les soins des résidents français séjournant en Belgique sont doublement facturés à l'assurance soins de santé française.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un dommage pour l'assurance soins de santé belge, nous avons mené une action de sensibilisation entre décembre 2019 et janvier 2020 auprès des infirmiers qui facturaient des soins pour ces résidents⁷⁹. À la suite de l'envoi de ces courriers, nous avons observé une diminution du montant facturé à l'INAMI et remboursé ensuite par l'assurance soins de santé française : dans les mois qui ont suivi (entre janvier et mars 2020), cette diminution était de l'ordre de 600.000 euros par mois. L'impact biennal s'élève donc à 14,4 millions d'euros.

e) Facturation de soins infirmiers effectués en institution pour moins valides

Lors d'actions de contrôle sur les prestations facturées par des (groupements) infirmiers, nous avons remarqué que certains d'entre eux facturaient à tort des prestations effectuées au domicile ou à la résidence de personnes moins valides avec un code de nomenclature prévu pour les prestations effectuées au domicile ou à la résidence d'un bénéficiaire. Ce deuxième code correspond à un remboursement plus élevé par l'assurance soins de santé.

⁷⁹ Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2020](#), p. 27.

Dans le cadre de cette action de contrôle nationale, nous avons sélectionné de manière aléatoire 40 institutions pour moins valides et analysé les prestations de soins infirmiers pour les patients y séjournant. Cela avait mené à l'établissement d'un procès-verbal de constat pour 49 (groupements) infirmiers pour un montant total porté à grief de 620.634,88 euros, ainsi qu'à un avertissement pour 186 (groupements) infirmiers⁸⁰.

Étant donné qu'il s'agissait d'un échantillonnage aléatoire et que certains des patients sont entretemps décédés, il n'a pas été possible de calculer un impact financier pour cette action. L'impact est principalement qualitatif : la nomenclature a été adaptée en décembre 2019, en clarifiant les possibilités de facturation selon le lieu où les prestations sont effectuées. En outre, nous menons à présent régulièrement des actions de contrôle sur la facturation des prestations dans ces institutions.

II. IMPACT FINANCIER TOTAL EN 2023

L'objectif final du SECM, en tant que service d'inspection, est d'avoir un impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs et institutions de soins. Étant donné que notre service fait partie de l'INAMI, une institution de la sécurité sociale, il est important qu'il y ait aussi un impact financier. Dans cette partie, vous trouverez un aperçu des montants récupérés en 2023 et des montants mentionnés ci-dessus au point « Impact de nos actions de 2020 ».

1. Remboursements et amendes

Le SECM a obtenu le paiement d'un montant total de 10.770.310,27 euros en 2023, dans le cadre de ses actions de contrôle (clôturées ou non).

Tableau 23. Paiements en 2023

Types de paiement	Montant (€)
Remboursement volontaire (avant décision de procédure administrative)	5.982.799,49
Paiement après décision de procédure administrative	4.787.510,78
TOTAL	10.770.310,27

Les remboursements volontaires concernent des montants portés à grief (par procès-verbal de constat) et remboursés avant la décision (éventuelle) du Fonctionnaire dirigeant ou d'une des juridictions administratives (Chambre de première instance et Chambre de recours).

Les paiements après une décision du Fonctionnaire dirigeant ou d'une des juridictions administratives concernent tant les remboursements imposés que les éventuelles amendes. Ces montants peuvent être récupérés soit par le paiement des concernés, soit, en cas de refus de paiement, via le SPF Finances et les O.A. (en application de l'article 206bis de la loi SSI).

⁸⁰ Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2020](#), p. 34-35.

2. Dépenses diminuées

L'impact financier du SECM est aussi déterminé par la diminution de certaines dépenses indues de l'assurance soins de santé, après un premier procès-verbal de constat et après certaines missions nationales⁸¹.

En 2020, il y avait au total 128 premiers procès-verbaux de constat. Pour un certain nombre de dispensateurs et d'institutions de soins ayant reçu un premier procès-verbal de constat en 2020, il n'a pas encore été possible de réaliser une mesure d'impact automatisée sur la base des données disponibles. La mesure d'impact automatisée a été réalisée pour 63 dossiers de contrôle avec un montant total porté à grief de 2.050.820,48 euros (sur 128 dossiers de contrôle avec un montant total porté à grief de 8.100.230,58 euros). Pour ces 63 dossiers de contrôle, la diminution des facturations pendant 2 ans s'élève à 1.439.823,83 euros.

L'impact biennal des missions nationales présentées au Comité du SECM en 2020 s'élève quant à lui à 15.135.412,60 euros.

Tableau 24. Impact biennal des actions de contrôle menées en 2020

Action	Montant (€)
Premiers procès-verbaux de constat en 2020 (mesure d'impact automatisée)	1.439.823,83
Missions nationales présentées au Comité du SECM en 2020	15.135.412,60
TOTAL	16.575.236,43

3. Impact financier global

Sur la base des données susmentionnées, nous pouvons estimer l'impact financier global des actions du SECM mesuré en 2023 à **27,35 millions d'euros**.

Bien entendu, notre impact s'étend plus loin et n'est pas toujours chiffrable. Nous ne pouvons pas mesurer l'impact financier de certaines actions (comme les conférences et les demandes d'adaptation de la nomenclature) et nous avons limité nos mesures d'impact aux missions nationales présentées au Comité du SECM en 2020. Enfin, ce rapport annuel rend aussi les dispensateurs et institutions de soins, ainsi que les assurés, conscients de l'importance d'une facturation correcte des prestations pour la durabilité de soins de santé de qualité et accessibles.

⁸¹ Voir « [Impact de nos actions de 2020](#) », p. 81.

Liste des abréviations

AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
app*	Appendicectomie nécessitant la résection du fond cæcal
BOD	<i>Beslissingsorgaan</i> /organe décisionnel
CAFC	Commission anti-fraude de l'INAMI
CBU	Code-barres unique
CNPQ	Conseil national de promotion de la qualité
CTM	Conseil technique médical
CRIDMI	Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs
DDD	<i>Defined daily doses</i> ou doses journalières moyennes
EBM	<i>Evidence-based medicine</i>
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
HTSC	Hospital & Transport Surge Capacity
ICE	Directions Information, Contrôle, Évaluation du SECM
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
Loi SSI	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994
O.A.	Organisme assureur
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
TAVI	<i>Transcatheter Aortic Valve Implantation</i> ou implantation d'une valve aortique par voie percutanée
TURP	Résection transurétrale de la prostate

Plus d'informations ?

Avez-vous des questions à propos de cette publication ?

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