



## Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017

---

Bruxelles, le 18 juillet 2016

1) Situation .....	3
2) Plan d'approche et facteurs critiques de succès .....	5
3) Cadre organisationnel : une plateforme de collaboration intégrée .....	8
4) Mesures structurelles .....	10
4.0 Échange de données .....	10
4.1 Lecture systématique de la carte e-ID .....	10
4.2 Cartographie des cabinets des dispensateurs de soins .....	12
4.3 Imposition d'un cadre réglementaire ad hoc - interdiction tiers payant .....	14
4.4 Exécution de l'article 77sexies de la loi SSI .....	14
4.5 Introduction de l'obligation d'établir une offre / réduction des paiements au comptant .....	15
4.6 Points de contact fraude et gaspillage dans le secteur des soins.....	16
4.7 Mise en place d'une méthodologie « profils de patients » .....	17
4.8 Protocole avec l'auditorat / parquet et autres instances .....	18
4.9 Réforme du système de l'accréditation .....	19
4.10 Audit systématique des hôpitaux .....	21
4.11 Commande des attestations de soins donnés - ASD (SPEOS) .....	22
4.12 Plafond de remboursement - praticiens de l'art infirmier .....	23
4.13 Monitoring systématique des modifications apportées à la nomenclature .....	25
4.14 Couplage données financières et diagnostiques .....	26
4.15 Contrôle de l'inscription des dispensateurs de soins à l'étranger .....	27

5) Mesures prises dans le cadre de la lutte contre la fraude .....	30
5.1 Contrôle des gros profils chez les praticiens de l'art infirmier .....	31
5.2 RMN non autorisées .....	32
5.3 Transport urgent de patients .....	34
5.4 Contrôle des bandagistes .....	35
5.5 Médicaments sensibles à la fraude .....	35
5.6 Prestations obsolètes.....	36
5.7 Contrôle a posteriori des CT Rochers.....	37
5.8 Suivi du plafond des prestations de kinésithérapie .....	38
5.9 Contrôle du statut E en kinésithérapie .....	39
5.10 Contrôle des outliers en logopédie.....	40
6) Mesures soins efficaces .....	42
6.1 Prestations de diagnostic chez les connexistes .....	42
6.2 Contrôle des centres cardiaques .....	44
6.3 Imagerie médicale : médecins généralistes .....	46
6.4. Actieplan "Pertinence des soins" (Frankrijk).....	48
6.5 Antibiotiques .....	50
6.6 Comportement de prescription rationnelle (polypharmacie).....	52
6.7 Profils de patients - praticiens de l'art dentaire .....	55
6.8 Comportement de prescription des médecins en ce qui concerne la bandagisterie .....	56
6.9 Radioscopie de l'article 17 et audit du protocole d'accord imagerie médicale lourde .....	57
7) Estimation des moyens nécessaires .....	59

## 1) Situation

Dans le cadre de la task force, créée à la demande de la ministre des Affaires sociales par lettre du 9 février 2016, il a été demandé à plusieurs reprises de se focaliser davantage sur une bonne affectation des moyens, sur l'efficacité des soins et sur un contrôle performant. Le rapport qui a été remis à la ministre le 13 juin 2016 comprend un certain nombre de suggestions et de recommandations concrètes ainsi qu'une stratégie d'approche.

Entre-temps, le gouvernement a pris les décisions suivantes lors du conclave du 22 avril 2016 :

« À partir de 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique investira davantage dans l'approche intégrée de l'assurance obligatoire soins de santé afin de réduire les facturations frauduleuses, la surconsommation et le gaspillage médicaux. Ceci permettra de générer un revenu de 25 millions d'euros à partir de 2016. À cet effet, un plan d'approche sera établi d'ici le conclave budgétaire en juillet 2016. Ce plan peut comprendre des investissements supplémentaires pour peu que ceux-ci aient un retour sur investissement positif. »

Dans le pacte avec les organismes assureurs, pacte qui est actuellement en cours de finalisation, une attention particulière est également prêtée à cette thématique et au rôle que les différents partenaires doivent jouer dans ce contexte (axe de modernisation 3 : contrôle et efficacité).

Le Contrat d'administration que l'INAMI a conclu avec l'État belge pour la période 2016-2018 comprend des engagements explicites dans ce domaine.

Outre l'implémentation de nouveaux concepts et processus dans le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, l'ancrage structurel de la lutte contre le gaspillage est assuré par la création d'une cellule « Soins efficaces ».

Ces initiatives mettent à exécution les objectifs formulés en la matière dans l'accord de gouvernement, à savoir :

*« La responsabilité de tous les acteurs concernés pour la gestion, et plus particulièrement pour les aspects budgétaires de celle-ci, est renforcée. »*

*« Des procédures de contrôle uniformes de la facturation électronique par les dispensateurs de soins et de l'application du régime du tiers payant, sont développées. »*

*« Des techniques de contrôle modernes basées sur le datamining, le contrôle des outliers, les systèmes de feed-back, d'audit et de consultance... seront encore davantage développées. »*

*« Une task force « Soins efficaces » est lancée avec toutes les parties intéressées. Celle-ci détecte les gaspillages et formule des propositions pour renforcer l'efficacité, la qualité et la sécurité des patients. »*

*« La possibilité est prévue de conclure des contrats avec l'INAMI, dans le cadre de la concertation entre les parties concernées, portant sur l'utilisation adéquate de soins, qui créeront le cadre dans lequel les différents acteurs de l'assurance soins de santé collaborent pour organiser la prestation de soins avec un maximum d'efficacité (formulation de directives, recherche et lutte contre le gaspillage ou l'utilisation impropre, mécanismes de monitoring...). »*

*« Des variations de pratiques importantes et non justifiées qui ne sont pas fondées sur des critères objectifs peuvent entraîner des sanctions, si on n'y remédie pas. »*

Cette thématique est en outre souvent inscrite aux programmes politiques internationaux. Dans un document de travail intitulé « Tackling ineffective spending and waste in healthcare systems », l'OCDE a récemment écrit ce qui suit (8 juin 2016) :

*« Overall, many OECD countries need to strengthen their efforts to curb integrity violations in health, not only to reduce waste and increase efficiency, but to enhance transparency, improve the integrity of the sector and contribute to patient safety as well. »*

Ces dernières années, la Belgique a déjà pris des initiatives importantes dans ce domaine – telle que la création de la Commission anti-fraude au sein de l'INAMI par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé – et est en outre bien présente au forum international grâce au soutien de la « European Healthcare Fraud and Corruption Network » (EHFCN). La EHFCN a d'ailleurs développé une typologie intéressante (voir annexe) des différentes facettes et des différents domaines des soins efficaces et de la politique de contrôle.

Ces objectifs doivent à présent être concrétisés et mis en lumière. Ceci constitue l'objet du plan d'action en matière de contrôle 2016-2017 qui est actuellement soumis pour approbation. Il est le résultat des pourparlers avec nombre de partenaires. Une bonne collaboration entre les services concernés et les organismes assureurs chargés des contrôles a priori et a posteriori dans le secteur des soins de santé, est essentielle dans ce contexte. Le plan d'action prévoit toutes les synergies nécessaires permettant une approche plus dynamique.

## 2) Plan d'approche et facteurs critiques de succès

Le plan d'action doit permettre d'apporter des rectifications à court, moyen et long terme dans les différents secteurs de santé. Les mesures formulées sont basées sur une analyse de risques des différents acteurs. Ensuite, il est indiqué de quelle manière et avec quels instruments la problématique identifiée peut être rectifiée ou corrigée. Le cadre et l'impact financiers sont en outre esquissés. Une attention particulière est prêtée au suivi et au reporting. Pour finir, le cadre organisationnel est précisé.

Le plan d'action ne peut donner de résultats que si l'on prête également attention à un certain nombre de conditions connexes et de facteurs critiques de succès :

- *Priorités concrètes et correctes*

Un programme d'action ne peut réussir que s'il comprend des priorités concrètes et correctes. Celles-ci doivent en outre cadrer dans une approche coordonnée transcendant une approche ad hoc.

- *Échange facile de données*

Ces derniers mois, voire ces dernières années, des démarches importantes ont été entreprises pour améliorer la disponibilité des données. Le développement de l'AIM et de l'échantillon permanent en sont des exemples concrets. Toutefois, le besoin d'optimiser davantage se fait sentir, comme décrit au chapitre "mesures structurelles", partie 4.0.

- *Rapidité d'approche*

Compte tenu de l'échange de données, il est évident que nous devons pouvoir disposer des données les plus récentes. Les organismes assureurs s'engagent à mettre à disposition les données exhaustives concernant le préjudice et ce, cinq mois après leur enregistrement. Voir point 7 (moyens nécessaires).

Dans la mesure du possible, il faudra également accélérer les procédures. La procédure sera mise au point de sorte à pouvoir bloquer les paiements en cas de présomption grave de fraude.

- *Capacité*

Il est indispensable d'investir suffisamment dans les ressources humaines et dans la capacité d'analyse nécessaires tant au sein de l'INAMI que dans les organismes assureurs. Si nous voulons organiser un audit systématique de l'utilisation efficace des moyens dans les établissements hospitaliers, nous devons prévoir la capacité nécessaire pour ce faire. Ces dernières années, de nombreux médecins-inspecteurs s'en sont allés. Une capacité minimum de 75 à 85 ETP doit pouvoir être garantie.

Le traitement des données nécessitera également davantage de personnel. Un renforcement de la capacité de la gestion et de l'analyse des données auprès de l'AIM s'impose et un remboursement correct doit être prévu par analogie avec le financement de l'échantillon permanent. Une enveloppe budgétaire de 500.000 euros doit être prévue à cet effet.

Il est de plus en plus évident qu'une stratégie de communication à la fois bonne et efficace est susceptible de jouer un rôle important dans la réalisation des objectifs concernant les soins efficaces.

- *Incitants*

Certains plaident pour une approche intégrée, ce qui implique que les dispensateurs de soins sont sensibilisés individuellement ou en groupe à une meilleure efficacité des soins dispensés. Hormis quelques cas exceptionnels, cette approche est basée sur les dernières visions et méthodes de la politique en matière de qualité des soins (Cf. PERRY, C., e.a., Behavioural insights in health care. Nudging to reduce inefficiency and waste, décembre 2015).

Quoi qu'il en soit, il est clair que tant du côté des dispensateurs de soins que du côté des assurés, il faut avoir suffisamment d'incitants pour réduire les soins inefficaces. Il est important de vérifier si les incitants actuels suffisent à cet effet. Dans ce contexte, une réorientation ou une modernisation du système de l'accréditation constituent un point d'attention possible. Aussi du côté des organismes assureurs, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure les mécanismes de responsabilisation financière peuvent être renforcés.

Il est clair que la compétence de sanction reste réservée aux autorités. Toutefois, il est indispensable que les organismes assureurs, en tant qu'acteurs de première ligne, doivent davantage s'engager à assurer l'efficacité des soins attestés. Des instruments tels que des feed-backs ciblés, le monitoring de dispensateurs de soins, des contrôles sur le terrain, etc. seront développés à cet effet.

- *Simplification administrative*

Mieux vaut prévenir que guérir. Ceci vaut aussi sur le plan de la politique de contrôle. La complexité de la réglementation donne souvent lieu à des malentendus, des discussions administratives et parfois même à des interventions justifiées qui sont considérées comme des taquineries. Un cadre légal clair appuyé par une communication professionnelle peut contribuer à d'importants changements de comportement.

- *Approche structurelle*

Les nouvelles formes de facturation et de dispensation de soins requièrent une surveillance ad hoc. Il s'ensuit que les instruments existants devront être actualisés. L'utilisation de la carte e-ID, une compréhension des accords de coopération, une bonne circulation des informations entre tous les services (ordres, parquet, autres services publics au niveau fédéral ou régional...) en sont des illustrations concrètes.

- *Collaboration et responsabilisation*

Ce plan d'action ne donnera des résultats que si toutes les forces sont combinées, non seulement pour analyser les données mais aussi pour franchir des étapes concrètes sur le terrain.

En ce sens, la collaboration entre les différents services d'inspection et les collaborateurs de contrôle des mutualités sera également renforcée. Lorsque cela s'avère nécessaire et possible, des équipes

mixtes seront composées afin d'assurer une plus grande efficacité dans l'approche et d'éviter les doublures. Il est rappelé que conformément à l'article 153, §2, de la loi SSI, les constatations factuelles et médicales des médecins-conseils pendant l'exercice de leurs tâches de contrôle ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

Les dispensateurs de soins y seront également associés afin d'assurer la base nécessaire et de garantir l'expertise pratique.

- *Visibilité et notoriété*

Les constatations ne suffisent pas à elles seules. Elles doivent être traduites en résultats concrets.

Ces résultats doivent également être rendus concrètement visibles via un rapport au Conseil général mais doivent également être traçables dans les données financières de l'INAMI et des OA et ce jusqu'à la récupération effective peu importe le canal. C'est ainsi que le retour sur investissement pourra être estimé.

Le cas échéant, les constatations faites devront être traduites en adaptations des cadres législatif et réglementaire.

### 3) Cadre organisationnel : une plateforme de collaboration intégrée

Le plan d'action prévoit tout d'abord un certain nombre de mesures structurelles visant à renforcer l'efficacité et l'efficience du contrôle, à favoriser la transparence dans le secteur des soins de santé et à permettre une approche intégrée. On propose ensuite des mesures et des actions spécifiques pour lutter contre la fraude et accroître l'efficacité dans le secteur des soins de santé.

La coordination et l'exécution des différentes mesures sont assurées par une plateforme intégrée, créée au sein de l'INAMI. Cette plateforme vise à harmoniser les activités dans le cadre de la politique de contrôle et de l'efficacité des soins.

Un objectif supplémentaire consiste à structurer le paysage morcelé en collaboration avec de nombreux organes, parties et d'instances concernés.

Il s'agit d'une intégration organisationnelle et fonctionnelle des activités de contrôle, pas d'une fusion de services et d'activités, mais bien de la mise en place d'un réseau structuré dans lequel les organismes assureurs sont également censés jouer un rôle de premier plan. Dans ce contexte, nous examinerons pour quels thèmes des équipes mixtes INAMI-OA peuvent être mises en place pour renforcer davantage encore la politique de contrôle.

La plateforme fait périodiquement rapport au Conseil général et au Comité de l'assurance. Ceci permet d'avoir une meilleure vue sur les efforts consentis, sur l'état d'avancement des différentes mesures et sur les résultats obtenus.

On répond ainsi à la demande des différentes parties concernées qui souhaitent avoir une plus grande transparence au niveau des activités visant à contrôler et à renforcer l'efficacité des soins et au niveau de leurs résultats. Tant les activités de l'INAMI que celles des organismes assureurs seront inventoriées.

La plateforme réunit toutes les parties chargées de l'exécution de la politique concernée, élabore un plan de travail courant sur plusieurs années et veille à l'exécution des projets et des initiatives approuvés. La plateforme dépasse le cadre de l'INAMI. Les offices de contrôle de l'INAMI et des organismes assureurs jouent un rôle central sur la base d'une répartition des tâches clairement définie.

La plateforme travaille dans les deux sens : top-down et bottom up. Elle garantit le bon échange des données et suit

le déroulement des procédures. Elle évalue en outre les instruments utilisés, calcule les moyens requis et affectés et mesure l'impact de chaque action prise.

Cette plateforme constitue une actualisation de la Commission anti-fraude existante et se basera sur les initiatives et groupes de travail existants. Il est donc souhaitable que le groupe de travail "fraude" au sein du Conseil supérieur des médecins-directeurs et la Commission "datamining et contrôle" du CIN soient associés au fonctionnement de la plate-forme. Les initiatives qui sont développées par le Conseil supérieur des médecins-directeurs et le SECM seront également situées dans ce cadre. Enfin, le know



how des commissions de profils pourra également être valorisé dans ce cadre. Pour fin 2016, un framework concret sur le plan organisationnel précisant la connexité et les rôles de chaque partie sera présenté au Conseil général.

Le but premier de la plateforme est d'opérationnaliser les mesures énumérées ci-dessous pour arriver à un plan d'action spécifique par groupe de tâches, avec une ligne du temps spécifique pour 2016/2017 et les années suivantes, et des objectifs clairs.

Au total, 15 mesures structurelles, 10 actions dans le cadre de la lutte contre la fraude et 9 mesures visant à renforcer l'efficacité des soins sont proposées dans ce plan d'action.

## 4) Mesures structurelles

Les mesures structurelles suivantes sont développées.

### 4.0 Échange de données

---

Une politique de contrôle volontariste est directement liée à la plus grande disponibilité et analyse des différentes données en matière de soins de santé. Il s'agit d'une condition absolue.

À partir de juin 2017, les données des organismes assureurs seront ainsi directement accessibles aux services de l'INAMI, via une interface conviviale. Ceci permettra également la création de profils de patients atypiques. En partenariat avec les organismes assureurs, la capacité d'analyse est élargie et l'échange d'expertise peut en outre être renforcée.

Dans la foulée, un projet pilote sera également mis en place dans le cadre duquel des données financières et des données de diagnostic pourront être rassemblées sous la surveillance du Conseil général et dans le respect des règles les plus strictes en matière de protection de la vie privée. Ceci permet de vérifier la validité des données. Les résultats du projet pilote seront présentés au Conseil général.

En outre, il est proposé, à partir de 2017, de mentionner sur le message My Carenet le code ICD 10 ainsi que le diagnostic principal et secondaire au profit du médecin-conseil.

Les modalités doivent également être développés qui permettent un contrôle des prescriptions de médicaments électroniques (recip-é) par l'Inami et les organismes assureurs.

Enfin, il est proposé de charger un groupe de travail composé de tous les acteurs concernés, de formuler des propositions et de fixer des conditions devant permettre un couplage systématique des données financières et diagnostiques en toute transparence grâce auquel les différences de pratique pourraient être répertoriées. Il convient également d'examiner dans ce cadre comment les données disponibles dans healthdata peuvent être associées à l'analyse des soins efficaces.

### 4.1 Lecture systématique de la carte e-ID

---

<b>Groupe cible</b>	Cette mesure concerne l'ensemble des dispensateurs de soins pratiquant le tiers payant électronique.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Cette mesure vise d'une part à lutter contre la fraude à l'identité du bénéficiaire et d'autre part à lutter contre la fraude des dispensateurs (prestations non réalisées) en s'assurant de la réalité du contact entre

le dispensateur et le patient.

**Procédure**

Il est prévu qu'en cas de facturation électronique en tiers payant (laquelle se généralise graduellement), l'identité du bénéficiaire soit obligatoirement vérifiée par la lecture électronique de son document d'identité (carte e-ID, carte ISI+, carte SIS).

Pour chaque catégorie de dispensateur de soins, le Roi fixe la date d'entrée en vigueur de cette obligation.

Le Comité de l'assurance fixe, quant à lui, par règlement les modalités pratiques de cette lecture.

**Calendrier**

Actuellement, les modalités pratiques sont en voie de finalisation pour le secteur des soins infirmiers à domicile. Lors de la Commission de convention concernée du 24.8.2016, une note sera présentée avec un projet de règlement (modalités) et d'AR (date d'entrée en vigueur de l'obligation). La date du 1.10.2017 sera proposée comme date d'entrée en vigueur.

Les discussions sont également en cours pour les facturations en tiers payant faites par les hôpitaux (tant pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires).

A terme, il faut envisager la lecture obligatoire de E-id pour d'autres secteurs.

**Moyens nécessaires et collaboration**

- Discussion au sein de la Commission de convention concernée.
- Discussion avec les firmes de logiciels pour l'intégration dans les logiciels.

**Remarques supplémentaires**

L'obligation de lecture du document d'identité est une condition d'application de la facturation électronique.

Actuellement, la facturation électronique est prévue uniquement dans le cadre du tiers payant (« E-fac »).

À l'avenir, le projet « E-attest » sera étendu. Dans ce cas, l'attestation de soins donnés sera transmise électroniquement aux OA en vue du remboursement au bénéficiaire.

Le cas échéant, la base juridique pour la lecture de la carte e-ID devra alors être adaptée.

## 4.2 Cartographie des cabinets des dispensateurs de soins

---

<b>Groupe cible</b>	Tous les dispensateurs de soins actifs dans l'assurance soins de santé, peu importe le lieu de travail (cabinet personnel, domicile, établissement...) et la structure de travail (groupe, solo...).
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	<p>Une cartographie ou un enregistrement des cabinets permettent, dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'estimer dans quelle mesure un cabinet donné et/ou les dispensateurs de soins individuels qui font partie de ce cabinet peuvent être sanctionnés après la constatation d'irrégularités. Dans ce contexte, il importe d'identifier les cabinets et de connaître les données pertinentes (numéros BCE, composition des cabinets, adresses...).</p> <p>Outre la fixation des responsabilités et du contrôle, l'enregistrement des cabinets aura également un rôle dans les mandats de facturation, l'affectation fiscale des revenus (remplacement des attestations papier par la facturation électronique en régime du tiers payant), les demandes conjointes pour certains avantages et d'autres mesures.</p> <p>Une cartographie générale ou un enregistrement général des cabinets permettent de suivre des dispensateurs de soins individuels dans le cadre de l'assurance soins de santé au niveau de leur activité, de leur lieu de travail, de leur structure de travail et de leur mobilité, moyennant un support informatique performant et une collecte continue des données ad hoc.</p> <p>En ce qui concerne la responsabilité (« accountability ») des acteurs, il est en outre souhaitable d'analyser les profils tant au niveau individuel qu'au niveau des cabinets ou des groupes afin de pouvoir détecter et éviter des dépenses injustifiées et cartographier les offices de tarification pour appliquer, le cas échéant, l'article 165/1 de la loi SSI.</p> <p>Si nécessaire il faut également vérifier si certaines règles de tarification doivent être adaptées ou précisées.</p>
<b>Situation financière</b>	La situation financière dépend de la portée précise de cette mesure. À titre d'indication : les objectifs budgétaires partiels 2016 pour les médecins, les praticiens de l'art infirmier, les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les bandagistes et les orthopédistes, les opticiens, les audiciens et les sages-femmes s'élèvent à quelque 11,280 milliard d'euros.
<b>Procédure</b>	Une banque de données et un système de gestion des cabinets de dispensateurs de soins sont mis en place au sein de l'INAMI. Il s'agit de l'identification des cabinets de dispensateurs de soins, ainsi que de la récolte et de la mise à jour continue des données y afférentes qui sont utiles dans le cadre de l'assurance soins de santé. Cet enregistrement des cabinets est conforme à l'application MyINAMI, ce qui signifie entre autres que les données devront être collectées en ligne. Ceci signifie que l'INAMI sera la source authentique des groupements et des accords de coopération (sauf pour les hôpitaux) (voir infra).

En préparation à l'instauration d'un tel système, il faudra d'abord déterminer les données à collecter ainsi que les modalités pratiques pour le faire, après une concertation intensive avec les dispensateurs de soins concernés et tenant compte du cadre technique et juridique. Il faudra également identifier les instruments juridiques nécessaires à la réalisation, et intégrer le projet dans le planning IT de l'INAMI (date limite : 31.3.2017).

### **Calendrier**

L'enregistrement des cabinets fait partie du Contrat d'administration (art. 28, volet 2). C'est dans ce contexte que les actions-engagements suivantes ont été fixées :

- déterminer quel groupe de dispensateurs de soins ou quelle équipe multidisciplinaire (le secteur des soins à domicile et au moins 1 secteur supplémentaire) jouera un rôle fondamental dans l'opérationnalisation de l'enregistrement des cabinets, en fonction des résultats des analyses, des moyens disponibles à l'INAMI, des priorités établies par les décideurs politiques... Date limite : 31.12.2016
- élaborer une proposition de texte pour le cadre réglementaire de l'enregistrement des cabinets et lancer le projet IT en interne. Date limite : 31.3.2017
- opérationnaliser l'enregistrement des cabinets pour le secteur des soins à domicile et pour au moins 1 secteur supplémentaire. Date limite : X + 18 mois, X représentant la date à laquelle la proposition de texte du cadre réglementaire est approuvée par la Cellule stratégique.

On pense aux médecins (généralistes) et/ou aux praticiens de l'art dentaire comme deuxième secteur.

Le timing pour l'instauration d'un tel système d'enregistrement des cabinets pour tous les dispensateurs de soins doit encore être examiné. En utilisant l'expérience et les instruments obtenus pour ces deux premiers secteurs, on pourra écourter la période d'implémentation pour les secteurs supplémentaires.

### **Impact financier visé**

En principe, cette mesure générera des gains d'efficacité pour l'INAMI sur les plans du contrôle et du suivi des dépenses et, par conséquent, une diminution de l'utilisation inefficace des moyens disponibles. Dans cette phase, il est encore impossible d'estimer l'impact financier de manière valide.

### **Moyens nécessaires et collaboration**

Pour mener cette mesure à bien, une collaboration constructive avec les différents partenaires externes (organisations professionnelles, organismes assureurs, sources authentiques de données...) s'impose.

Il est indispensable de constituer, à court terme, une banque de données pour les hôpitaux avec un aperçu du personnel par établissement (au niveau individuel (NISS et qualifications par membre du personnel)). Relève de la compétence du SPF Santé publique.

Des bases de données à jour et fiables sont une nécessité.  
Des moyens supplémentaires au niveau de l'ICT (soutien de l'application performante) et des ressources humaines (analystes d'entreprise, gestionnaires de dossiers par secteur) sont en principe requis.

### 4.3 Imposition d'un cadre réglementaire ad hoc - interdiction tiers payant

---

<b>Groupe cible</b>	Les dispensateurs de soins qui appliquent le régime du tiers payant et qui commettent des infractions graves dans ce cadre (fraude). Interdire l'utilisation du système du tiers payant comme sanction supplémentaire en cas de fraude.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	L'article 11, § 2, de l'AR du 18.9.2015 est considéré comme n'étant pas assez solide et sélectif comme base. L'ancrage légal dans la loi SSI est le but recherché. C'est pourquoi on prévoit la possibilité pour les juridictions administratives, la Chambre de première instance et la Chambre de recours d'imposer, en cas de fraude et comme sanction supplémentaire, une interdiction de facturation via le tiers payant pour une période de minimum 1 jour et de maximum 2 ans (outre la récupération du montant perçu indûment et l'amende administrative).
<b>Situation financière</b>	En 2015, la Chambre de première instance et la Chambre de recours ont tranché dans 55 dossiers dont le préjudice total s'élevait respectivement à 7.520.380 et à 2.743.262 euros.
<b>Procédure</b>	La proposition est formulée dans un projet de loi, avec adaptation de l'art. 142 de la loi coordonnée.
<b>Calendrier</b>	31.12.2016
<b>Impact financier visé</b>	Cette sanction supplémentaire est susceptible d'entraîner une diminution des dépenses, mais il faut également tenir compte de la rotation éventuelle des patients (qui cherchent un autre dispensateur de soins).

### 4.4 Exécution de l'article 77sexies de la loi SSI

---

<b>Groupe cible</b>	Les dispensateurs de soins qui appliquent le régime du tiers payant et pour lesquels il existe des indications de fraude.
---------------------	---

Suspension préventive des paiements dans le régime du tiers payant au cas où il existe des indications graves, précises et concordantes de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins.

**Objectif de l'action et motivation**

Exécuter les dispositions de l'article 77*sexies* de la loi SSI : engager la procédure auprès du fonctionnaire dirigeant du SECM et organiser les accords avec les organismes assureurs.

**Situation financière**

Estimation d'une dizaine de dossiers par an comportant un préjudice grave (infractions présumées de plus de 50.000 euros par dossier).

**Procédure**

La procédure proposée sera soumise à la Commission anti-fraude.

Application des dispositions dans des dossiers concrets via un circuit organisé au sein du SECM :  
constitution d'un dossier ; réclamation des moyens de défense ; décision du fonctionnaire dirigeant ; communication de la décision à l'OA concerné ; suivi de la sanction dans l'OA ; contrôles a posteriori par le SECM et les OA.

Entre les OA et l'INAMI est déterminée une procédure pour un échange de données structuré. Il est vérifié si ces informations peuvent être intégrées dans les fichiers électroniques hebdomadaires avec des informations mises à jour concernant les dispensateurs de soins que l'INAMI envoie aux OA.

**Calendrier**

Approbation de la procédure : au plus tard le 31.10.2016.  
Rapport des constatations faites en 2016 et de leurs conséquences : 30.6.2017.

**Impact financier visé**

Suspension du paiement des factures en tiers payant pour un montant de 500.000 euros.

**Moyens nécessaires et collaboration**

La collaboration de la Commission anti-fraude et des organismes assureurs.

## 4.5 Introduction de l'obligation d'établir une offre / réduction des paiements au comptant

---

**Groupe cible**

Tous les bénéficiaires des soins de santé.  
Certains dispensateurs de soins actifs dans l'assurance soins de santé, par exemple les soins dentaires.

**Objectif de l'action et motivation**

À l'instar des soins bucco-dentaires aux Pays-Bas, on pourrait envisager, pour certaines disciplines de santé, d'introduire l'obligation,

pour le dispensateur de soins, d'établir une offre.

Aux Pays-Bas, les praticiens de l'art dentaire ont l'obligation d'établir, au préalable, une offre pour les traitements dépassant le plafond de 250 euros.

Aussi pourrait-on examiner dans quels cas et à partir de quel montant les paiements au comptant au bénéfice des dispensateurs de soins ne sont plus autorisés. Le plafond s'élève actuellement à 3.000 euros, TVA incluse.

Ces deux mesures cadrent dans une politique visant à renforcer la transparence et à diminuer la sensibilité du secteur à la fraude. Dans le dernier accord médicomut, nous y avons prêté une grande attention (point 1.2.5).

**Procédure**

- 1) Analyse des documents de la NZA (Nederlandse zorgautoriteit) + analyse juridique du contexte belge.
- 2) Rédaction d'une note conceptuelle.
- 3) Discussion au sein de la Commission de conventions ad hoc de l'INAMI.
- 4) Approbation du Comité de l'assurance et du Conseil général.
- 5) Ancrage juridique dans la loi AMI.

**Calendrier**

La note conceptuelle sera disponible fin 2016.

**Moyens nécessaires et collaboration**

Prise de contact avec la NZA (Nederlandse zorgautoriteit).

## 4.6 Points de contact fraude et gaspillage dans le secteur des soins

---

**Groupe cible**

Tous les bénéficiaires des soins de santé.

**Objectif de l'action et motivation**

Par analogie avec le projet pilote hollandais « Vroegtijdige signalering van zorgfraude » et le point de contact hollandais « Verspilling in de gezondheidszorg » ([www.verspillingindezorg.nl](http://www.verspillingindezorg.nl)), nous pourrions envisager une initiative similaire pour les soins de santé belges. Cette initiative pourrait être organisée au niveau mutualiste ou intermutualiste. Un rapport à la plate-forme (point 3) est prévu à cet effet.

Le scope dépasse le simple signalement d'éventuelles infractions. Le point de contact est en outre capable de donner des informations sur un certain nombre d'aspects bien délimités des soins de santé (factures d'hôpitaux, tarifs à respecter...). Le point de contact est accessible tant au citoyen qu'au dispensateur de soins.



Il s'agit d'une mesure qui contribue à une meilleure intelligence du citoyen des soins de santé et qui facilite la prise de contact (plus grande participation du citoyen).

**Procédure**

- 1) Analyse du fonctionnement et des expériences des modèles étrangers et des points de contact actuellement existants en Belgique.
- 2) Rédaction d'une note conceptuelle décrivant le scope et les compétences du point de contact ainsi que sa localisation.
- 3) Mise en place et description des trajets de suivi possibles, susceptibles de recevoir un point de contact.
- 4) Discussion au sein des organes de l'INAMI.
- 5) Exécution de la décision.

**Calendrier**

Note conceptuelle pour fin octobre 2016.

**Moyens nécessaires et collaboration**

- Une concertation avec les organismes assureurs s'impose.
- Prise de contact avec le "point de contact pour une concurrence loyale" (lessons learned)
- La collaboration avec le EHFCN (pour la prise de contact avec les institutions étrangères) est une possibilité.
- L'action « Information et coaching des membres » a été insérée dans le projet de pacte pluriannuel entre la Cellule stratégique et les OA.

## 4.7 Mise en place d'une méthodologie « profils de patients »

---

**Groupe cible**

Consommation en soins de santé des patients

**Objectif de l'action et motivation**

Détection de profils patient hors normes de consommation de soins. Ceci peut mettre en évidence des profils de dispensateurs avec des pratiques hors normes. Dans ce cas une analyse complémentaire peut être menée et entraîner, le cas échéant, des actions de contrôle.

**Situation financière**

Concerne l'ensemble des dépenses pour les prestations reprises dans la nomenclature des soins de santé ainsi que les prestations pharmaceutiques.

**Procédure**

- 1) Analyse des données de facturation (prestations nomenclature et pharmaceutiques)
- 2) Méthodologie :
  - a. Par tranche d'âge, définir un profil « moyen » patient sur la base :
    - du montant moyen global annuel par patient ;
    - du montant moyen global annuel par patient en séparant prestations en hospitalisation et en ambulatoire ;

- du nombre et des montants moyens de prestations totales hors prestations pharmaceutiques (hors biologie clinique ?) ;
  - du nombre et des montants moyens de prestations pharmaceutiques.
- b. Définition d'indicateurs : par patient et par tranche d'âge
- Nombre de médecins d'une même spécialité
  - Répétition de prestations :
    - contact médecin ;
    - examens techniques (y compris imagerie médicale) ;
    - prestations pharmaceutiques ;
    - biologie clinique.
- c. Tenir compte des soins en hospitalisés ou ambulatoires

**Calendrier**

Méthodologie datamining élaborée pour 30/06/2017

**Impact financier visé**

Permettra de mener des actions dans le cadre de la meilleure utilisation des moyens

**Moyens nécessaires et collaboration**

Entrée en fonction des 2 analystes statisticiens au SECM.  
Renforcement capacité au SECM  
Coopération SECM – OA.

## 4.8 Protocole avec l'auditorat / parquet et autres instances

---

**Groupe cible**

Tous les acteurs dans le secteur des soins de santé, y compris les assurés.

**Objectif de l'action et motivation**

Tout d'abord, on travaillera à un protocole avec le Parquet/Auditorat  
Le parquet / l'auditorat et le SECM ont chacun leur propre approche de la fraude dans le secteur des soins de santé.  
Il existe une bonne collaboration au niveau des dossiers individuels mais un cadre négocié s'impose afin de pouvoir travailler efficacement et pour éviter en tous points une sanction « bis in idem » mutuellement dérangeante.

D'autres protocoles peuvent également être prévus, par exemple:

- avec l'Ordre des médecins et des commissions médicales provinciales pour un échange de données structuré (par exemple en matière de suspension ou de retrait du visa de médecins).
- avec le Service des Affaires étrangères qui souhaite une collaboration et un échange de données avec l'Inami en ce qui concerne les soupçons de fraude commise par les dispensateurs de soins.

**Situation financière**

- Le SECM traite chaque année 80 à 100 dossiers de fraude avec

préjudice, pour un montant total de 3 à 5 millions EUR. Les préjudices dans les dossiers individuels du SECM peuvent se chiffrer à plus d'un demi-million EUR.

- Les préjudices dans les plus gros dossiers « parquet / audiorat » se chiffrent parfois à plus d'un million EUR.

**Procédure**

- Concertation structurée entre le Collège des auditeurs (Procureurs) et le SECM (SCA).
- Concertation avec l'Ordre des médecins, les commissions médicales provinciales et autres services publics.

**Calendrier**

1. Situer le cadre légal spécifique du parquet, de l'audiorat et du SECM : 3 mois.
2. Accords de collaboration :
  - dossiers de fraude lourds ;
  - dossiers légers (médiation pénale) ;
  - éviter les sanctions « bis in idem » :3 mois  
Date limite : 31.12.2016.

**Impact financier visé**

L'impact financier peut être double :

1. Gain d'efficacité en évitant un double travail au niveau de la recherche et de la procédure.
2. Meilleure récupération de dommages grâce à une collaboration technique.

**Moyens nécessaires et collaboration**

- En premier lieu, un bon accord entre le parquet et l'audiorat.
- Reconnaissance du rôle spécifique de l'INAMI dans le contrôle de l'assurance maladie.

## 4.9 Réforme du système de l'accréditation

---

**Groupe cible**

La mesure est destinée à l'ensemble des professions pour lesquelles un système d'accréditation existe ou est envisagé : médecins, dentistes, kinés et infirmières

**Objectif de l'action et motivation**

Réforme du système actuel d'accréditation (voir aussi note CNMM 2016/59) pour l'orienter vers un système de « développement professionnel permanent » qui met l'accent sur les besoins réels du prestataire mais aussi sur les attentes de l'autorité. La particularité du nouveau système est qu'il prévoira un système de récompense pour orienter les comportements du prestataire.

Un système analogue a été mis en place en 2011 en France où une nouvelle rémunération des médecins fondée sur l'atteinte d'objectifs

(ROSP) de santé publique a été mise en place.

### Situation financière

En 2014, le coût de l'accréditation pour les médecins était 270 millions d'EUR, 18 millions pour le forfait et 252 millions pour les suppléments d'honoraires. Pour les dentistes, il était de presque 16 millions EUR. Pour le secteur de la kinésithérapie, un budget a été libéré à partir de 2016 pour la qualité de la promotion et ceci, pour un montant de 1,2 EUR (prime de 2 000 EUR par kinésithérapeute).

### Procédure

- Le nouveau système est basé sur le principe du « cercle de qualité » :
  - « PLAN – Planifier » : Établissement d'un plan de formation basé sur deux piliers : d'une part les besoins du prestataire et d'autre part les objectifs de santé publique et de l'assurance-maladie (utilisation approprié des moyens, multidisciplinarité, « transmuralité », e-santé,...).
  - « DO – Faire » : Formations sur base de méthodes diverses et modernes d'apprentissage (e-learning, visiteurs médicaux,...).
  - « CHECK – Vérifier » : Mesure de l'impact des formations sur la pratique individuelle des prestataires. L'unité de mesure de l'accréditation ne sera plus le temps passé mais le résultat obtenu.
  - « ACT – Réagir » : Ajuster du plan de formation en fonction des résultats de l'évaluation.
- Incentives sur base d'indicateurs : Récompense de la performance sur base d'indicateurs de qualité et d'efficacité construits à partir de l'activité des prestataires (ou des groupes de prestataires).

### Calendrier

- Implémentation phasée et progressive en suivant deux voies :
  - Sur base de la nouvelle philosophie présentée, initier rapidement (2016) des **projets pilotes** en fonction de priorités (exemple : prescription d'antibiotique, imagerie médicale,...).
  - Améliorer le système actuel de l'accréditation :
    - Reconnaître les organismes agréant les formateurs à savoir les sociétés scientifiques de médecins généralistes, spécialistes, infirmières, dentistes (afin d'encourager les formations multidisciplinaires).
    - Obliger qu'une partie des Credit Points actuels soient obtenus auprès de ces formations reconnues.
    - Récompenser financièrement les GLEMs sur la base de leurs résultats dans différents domaines

(antibiotique, psychotropes,..)

<b>Impact financier visé</b>	Le nouveau système n'exige pas de nouveaux budgets mais « recycle » le budget prévu.
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	Le défi sera à 2 niveaux : <ul style="list-style-type: none"><li>• faire accepter aux prestataires de soins ce nouveau système ;</li><li>• réorganiser les processus internes Service Soins de Santé de l'INAMI.</li></ul>

## 4.10 Audit systématique des hôpitaux

---

<b>Groupe cible</b>	Les hôpitaux
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Établissement d'une méthodologie générique pour réaliser des audits des hôpitaux et ce, dans le cadre d'un programme pluriannuel. Le secteur des hôpitaux constitue un poste important dans les dépenses en soins de santé.
<b>Situation financière</b>	Cadre global : +/- 12 milliards en 2014 Cadre prestations en hospitalisé : +/- 7 milliards Cadre adhoc : à définir selon l'action ponctuelle
<b>Procédure</b>	<p>Un audit des hôpitaux nécessite une coordination de toutes les parties concernées, à savoir INAMI, SPF Santé Publique, Communautés et Régions et autres (AFCN).</p> <p>En ce qui concerne le SECM, l'audit des hôpitaux concernerait la vérification de quelques points précis concernant la réglementation portant sur le remboursement des prestations de santé.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- appareils d'imagerie médicale conformes aux critères repris dans la nomenclature</li><li>- listes permanences exigées dans la nomenclature (soins intensifs, permanence hospitalière ...)</li><li>- médecins présents au service des urgences</li></ul> <p>Il faut relever que cet audit requiert des moyens conséquents. Il faudrait définir des priorités compte tenu des moyens disponibles.</p> <p>Coordination centrale et approche décentralisé Création de cellules d'audit avec une coordination provinciale Participation du SPF Santé publique et des médecins-conseils des Organismes assureurs (via le Conseil supérieur des médecins-directeurs)</p>

Principe de base : 1 hôpital devrait être audité tous les 2 ans  
Visite de +/- 53 hôpitaux par an

Première étape : contacter les différentes institutions et partenaires auditeurs concernés

- Calendrier**
- Soumission plan d'approche à la conférence interministérielle fin 2017
  - Actions sur le terrain : 2<sup>e</sup> semestre 2018

**Impact financier visé** Impact sur l'attestation correcte des soins

**Moyens nécessaires et collaboration** Il faut relever que cet audit requiert des moyens supplémentaires conséquents.

Pour une approche ciblée sur un ou quelques items :

*Moyens SECM :*

10 ETP médecins inspecteurs sur base annuelle (coût supplémentaire : 1.000.000 euro).

Soutien analyste de données : 1 ETP sur base annuelle (coût supplémentaire : 60.000 euro).

Soutien administratif : 15 ETP sur base annuelle (moyens disponibles, à attribuer au projet).

*Moyens externes :*

Médecins-conseils : 20 ETP sur base annuelle, et en intermutualiste

Usage des rejets OA concernant les facturations des hôpitaux

SPF Santé publique : à définir

Autres (AFCN, ...) : à définir

Régions et communautés : à définir

## 4.11 Commande des attestations de soins donnés - ASD (SPEOS)

---

<b>Groupe cible</b>	Dispensateurs de soins
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	<p>La procédure existante pour commander des attestations (via SPEOS) est exposée à la fraude.</p> <p>Cela fut mis en évidence lors d'une enquête de contrôle en août 2015. L'étendue de ce type de fraude n'est pas claire mais il est essentiel de sécuriser un minimum la commande.</p> <p>Objectif : impossibilité de commander des ASD au nom d'un dispensateur de soins sans son consentement.</p>
<b>Situation financière</b>	Il est difficile de l'évaluer mais sécuriser un minimum la procédure peut certainement empêcher la fraude.
<b>Procédure</b>	Les accords (INAMI-SPEOS) du 25/2/2016 doivent être implémentés

par SPEOS.

L'INAMI doit suivre l'implémentation.

- 1) La confirmation de commande ainsi que le bulletin de virement (si commande offline) sont uniquement envoyés à l'adresse de contact du dispensateur de soins indiquée dans le fichier sécurisé transmis par l'INAMI à SPEOS.
- 2) Les nouveaux mots de passe pour la commande en ligne sont uniquement envoyés à l'adresse de contact du dispensateur de soins indiquée dans le fichier sécurisé transmis par l'INAMI à SPEOS.

La communication de mots de passe par téléphone ou à l'adresse indiquée téléphoniquement ou par courriel n'est plus possible.

A examiner davantage (INAMI/SPEOS):

- 3) Vérification du numéro d'entreprise enregistré au niveau de la Banque Carrefour des Entreprises (BCE)
- 4) Autoriser uniquement la commande online (connexion via e-Id)

**Calendrier**

1. Octobre 2016
2. Octobre 2016
3. Au plus tard fin 2017
4. 1<sup>er</sup> Janvier 2018

**Impact financier visé**

Cette mesure empêche la fraude.

**Moyens nécessaires et collaboration**

Adaptation du cahier de charge / concession pour la production des attestations.

## 4.12 Plafond de remboursement - praticiens de l'art infirmier

---

**Groupe cible**

Praticiens de l'art infirmier à domicile

**Objectif de l'action et motivation**

Sur la base d'une estimation du temps consacré à différentes prestations de l'art infirmier à domicile et en tenant compte aussi des déplacements, le SECM estime qu'au-dessus d'un certain plafond, il n'est plus possible d'exécuter les prestations portées en compte conformément à la réglementation et en garantissant leur qualité. L'instauration d'un nombre maximum (plafond) de prestations attestables, compte tenu du temps consacré aux prestations et du recours à des aides-soignants, est une piste efficace pour détecter et combattre la fraude dans le secteur des praticiens de l'art infirmier.

Ces dernières années, il a été démontré dans des dizaines de dossiers par le SECM que ces gros profils secrétaient beaucoup de prestations non effectuées, ainsi que d'importantes surestimations de critères de

dépendance, des attestations fautives de soins de plaie(s), des dispensateurs de soins non compétents.

Avec un système similaire, ces excès sont en nette diminution chez les kinésithérapeutes; les 'outliers' peuvent être facilement poursuivis et sanctionnés.

**Situation financière**

En 2014, on recensait 168 praticiens de l'art infirmier qui portaient en compte à leur nom plus de 200.000 EUR pour un montant total de 43.607.443,44 EUR.

*Si, simplement pour illustrer l'impact financier, le plafond était fixé par exemple à 200.000 EUR, les dépenses s'élèveraient à  $168 \times 200.000 = 33.600.000$  EUR*

=> un dépassement de 10.007.443,44 EUR

Ce montant ne sera pas entièrement récupéré parce qu'un nombre restreint de praticiens de l'art infirmier portent encore en compte à leur nom des soins de praticiens de l'art infirmier qui collaborent (qui ont alors un profil bas) (Ils reçoivent un PV de rectification aux fins d'attester correctement au nom du dispensateur de soins effectif).

**Procédure**

Faire inscrire dans la nomenclature un plafond de prestations attestables via la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, comme cela s'est produit pour les kinésithérapeutes et les dentistes (plafond par trimestre et par année).

**Calendrier**

- Décision de la Commission de conventions : 31.12.2016
- Exécution du contrôle : au plus tard le 31.12.2017

**Impact financier visé**

En partant du dépassement susvisé, un impact d'au moins la moitié ou 5 millions EUR par an est certainement plausible.

Il s'agit d'une économie structurelle, récurrente.

**Moyens nécessaires et collaboration**

Voir également partie 5.1. du plan d'action

Surveillance via des contrôles nécessaires exercés par le SECM une fois le plafond instauré.

**Remarques supplémentaires**

Le travail ou non avec des aides-soignants et l'exercice à temps partiel de l'art infirmier à domicile sont des facteurs à prendre en considération. Le cas échéant, un plafond adapté pour les praticiens de l'art infirmier qui sont également actifs en tant que salariés.



## 4.13 Monitoring systématique des modifications apportées à la nomenclature

---

<b>Groupe cible</b>	Prestataires de soins, Nomenclature des prestations médicales
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	<p>Les adaptations de la nomenclature répondent à un double soucis de suivre l'évolution technologique et de garantir l'accessibilité à des soins de qualité pour les assurés :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Qui dit évolution technologique suppose aussi que certaines techniques doivent être découragées : le monitoring des nouvelles technologies consiste à vérifier si la substitution est effective et que la nouvelle technique ne s'ajoute pas aux techniques précédentes.</li><li>- La révision des codes de nomenclature doit faire l'objet d'un test qualité afin de vérifier si les conditions d'application sont compatibles avec les recommandations en vigueur .</li></ul>
<b>Situation financière</b>	Budget nomenclature médicale, hors chapitre 2 (consultations, avis, honoraires de disponibilité)
<b>Procédure</b>	<p>Un chapitre supplémentaire, produit par la Cellule Soins efficaces, sera intégré dans le rapport annuel d'audit comprenant</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. une analyse systématique de l'évolution de la nomenclature récemment introduite (5 ans) versus la nomenclature sensée être remplacée</li><li>2. Un suivi des indicateurs de qualité découlant des nouvelles techniques introduites,</li></ol> <p>L'opportunité d'un feed-back aux prestataires sera envisagée au cas par cas selon la même méthodologie prévue pour les variations de pratique</p> <p>L'opportunité de modification tarifaire pour les techniques « dépassées » sera systématiquement analysée afin de les décourager</p>
<b>Calendrier</b>	Au plus tôt : prochain rapport d'audit (31/06/2017)
<b>Impact financier visé</b>	Cost containment
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	<p>Disposer de l'ensemble des ressources prévues dans le cadre de la Cellule Soins efficaces.</p> <p>Les constats qui seront obtenus dans le cadre des différents contrôles de certains prestataires et conclusions des rapports DGCE/SECM pourraient aussi être exploités dans un objectif de recommandation de simplification ou de révision de la nomenclature.</p>

## 4.14 Couplage données financières et diagnostiques

---

### Groupe cible

Tous les acteurs du secteur des soins de santé

### Objectif de l'action et motivation

Le KCE a effectué une étude de faisabilité et de représentativité du couplage de l'échantillon permanent (EPS) avec les données hospitalières disponibles à la Cellule technique (TCT), Synthèse en 2013(2013. KCE Report 208Bs. D/2013/10.273/63).

"Un échantillon EPS-TCT pérenne, issu d'un couplage répété chaque année, permettrait une meilleure gestion des ressources et augmenterait la faisabilité de certains projets de recherche. Une extraction au niveau de cet échantillon couplé permet en effet de tester la faisabilité d'une étude avant de devoir entamer la procédure nécessaire lorsque les données RHM et AIM doivent être couplées au niveau national. En outre, cette pérennité permettrait de mener des études longitudinales, en suivant le patient à travers le temps grâce à la conservation d'une même clé d'identification d'une année à l'autre. En outre, au-delà du couplage des données hospitalières, l'échantillon EPS-TCT permettrait aussi d'étudier les données de remboursement de médicaments et de prestations en milieu ambulatoire des patients hospitalisés, puisque ces données appartiennent à l'EPS. Ainsi, l'intégralité des épisodes ou des trajets de soins pourrait de cette manière faire l'objet d'études scientifiques."

### Procédure

La mise à disposition des données de diagnostics couplées avec les données de facturation est déjà prévue dans un AR qui organise le couplage de l'EPS avec le RHM.

Cet AR doit encore entamer son parcours législatif. Il s'agit donc d'un projet pilote en vue d'un couplage des données exhaustives de facturation avec le RHM. Toute l'organisation prévue pour le couplage EPS-RHM (au niveau technique par l'AIM, au niveau des conditions dans lesquelles les données peuvent être utilisées par les différents partenaires ou encore la surveillance par la CTPS) est parfaitement transposable à l'ensemble des données exhaustives (voir le point 2.4 de la note en annexe).

Les données RHM des personnes dans l'EPS ne seront pas disponibles en tant que telles sur le serveur AIM mais la mise à disposition de ces données RHM relève de la surveillance de la Commission technique de

l'Echantillon permanent (CTPS). Les données RHM ne seront disponibles que pour répondre aux questions de recherche spécifiques qui ont été approuvées par la CTPS via une fiche de projet. En d'autres termes, les données RHM ne sont pas ajoutées de manière standardisée aux données EPS.

Seuls les chercheurs disposant d'une autorisation (via fiche de projet approuvée) pourront utiliser une sélection des données RHM pour répondre à leur question de recherche concernée. Après la réponse fournie à la question de recherche, les données RHM couplées spécifiques doivent être détruites.

Lors du traitement d'une question de recherche spécifique et approuvée, les données RHM sélectionnées se retrouveront dans un fichier avec les données spécifiquement sélectionnées du fichier central EPS. Ce fichier couplé ne pourra toutefois servir que pour cette question de recherche spécifique et à ces chercheurs spécifiques, et ne sera pas disponible en continu et pas davantage pour les autres partenaires.

La CTPS sera informée du déroulement de l'utilisation des données RHM. Au terme des analyses, la CTPS veillera à détruire le fichier couplé en question.

**Calendrier**

- 1) 2016 : traitement juridique
- 2) Implémentation dans le courant de 2017

**Moyens nécessaires et collaboration**

L'Agence intermutualiste, l'INAMI, le SPF Santé publique, le SPF Affaires sociales, l'ISP, le KCE, le Bureau fédéral du Plan.

## 4.15 Contrôle de l'inscription des dispensateurs de soins à l'étranger

---

**Groupe cible**

Les médecins avec un diplôme étranger qui sont actifs dans les soins de santé en Belgique.

**Objectif de l'action et motivation**

L'action en question vise:

- Un meilleur enregistrement et contrôle de l'autorisation des médecins ayant un diplôme étranger à exercer leur profession en Belgique.
- L'élaboration d'une cartographie de leurs travaux (type, lieu d'occupation, durée de l'occupation, etc.)

Ces mesures seront exécutées en collaboration avec le SPF Santé publique et permettront d'entreprendre des actions rapides et adéquates dans le cadre de la politique de contrôle.

**Situation financière**

Un calcul est prévu: rapport entre le montant des prestations attesté en 2015 à l'assurance maladie obligatoire par les médecins ayant un diplôme étranger et le montant total attesté par l'ensemble des médecins.

**Procédure**

Une banque de données/un système de gestion pour la collecte et la mise à jour continue des données relatives aux travaux des médecins ayant un diplôme étranger est mis(e) en place.

Cet enregistrement des données s'inscrit dans la lignée de la mesure structurelle 2 du plan d'action politique de contrôle ("Cartographie de toutes les pratiques de dispensateurs de soins en Belgique peu importe leur typologie"). Les données qui sont déjà disponibles auprès de différentes sources authentiques seront couplées aux données qui seront récoltées en ligne par les médecins concernés via l'application interactive MyINAMI

Par analogie avec la mesure structurelle 2 susvisée, il importera en préparation à l'instauration de cet enregistrement de fixer d'abord la nature des données ainsi que les modalités pratiques en matière de collecte des données, en concertation avec le SPF Santé publique, les organisations professionnelles représentatives et d'autres partenaires externes, et compte tenu du cadre technique et juridique encore à élaborer.

**Calendrier**

Les mêmes dates butoir peuvent que celles proposées pour la mesure 2 susvisée du plan d'action dans le cadre de la politique de contrôle peuvent être appliquées :

- Détermination des données à saisir. Date butoir : 31.12.2016.
- Elaboration de la proposition de texte pour le cadre réglementaire de l'enregistrement des données et lancement du projet IT en interne. Date limite : 31.3.2017
- Mise en place d'un système opérationnel d'enregistrement des données. Date butoir : X + 18 mois, X étant la date à laquelle la proposition de texte pour le cadre réglementaire est approuvée par la Cellule stratégique.

**Moyens  
nécessaires et  
collaboration**

Concertation constructive avec des partenaires externes + moyens ICT/RH supplémentaires pour le développement de la banque de données susvisée et la gestion des flux de données.

## 5) Mesures prises dans le cadre de la lutte contre la fraude

Sur le plan de la lutte anti-fraude, des initiatives sont prises en vue de rationaliser le rôle et la collaboration respectivement des OA et de l'INAMI. Dans ce contexte, les synergies nécessaires seront développées en exécution de ce plan d'action. Ce plan d'action prévoit dix enquêtes de contrôle proposées dans le cadre de la lutte anti-fraude. La collaboration est prévue dans six d'entre elles. Il est clair ici qu'on attend davantage des OA qu'une simple production de données.

Il s'agit notamment des projets : gros profils chez les praticiens de l'art infirmier; transport urgent de patients; contrôle des outliers chez les bandagistes; prestations obsolètes; contrôle du statut E en kinésithérapie; contrôle des outliers en logopédie.

Diverses possibilités de collaboration sont testées via ces projets, l'apport des organismes assureurs variant sensiblement.

Ainsi il est préu que les OA exercent dans le projet "gros profils chez les praticiens de l'art infirmier" un contrôle sur le terrain (auprès des assurés) pour vérification quant à la réalité et la conformité. Ce contrôle peut s'exercer dans le cadre existant de la CNMC. Nous demandons également à l'AIM de produire les données nécessaires.

Dans le cadre du "contrôle des services ambulanciers", la collaboration est plus limitée : le SECM y demande aux OA de fournir les données de facturation ainsi que les formulaires justificatifs y afférents. Ils constituent une partie essentielle de la procédure de contrôle.

En ce qui concerne le projet "outliers chez les bandagistes", nous recourrons à des actions préparatoires qui sont élaborées à cet effet au sein de la Cellule Datamining du CIN. Le screening qui y est opéré peut servir de base à des actions INAMI sur le terrain.

Quant aux 'prestations obsolètes', une partie structurelle est prévue. Les OA et l'INAMI peuvent supprimer conjointement les numéros qui ne sont plus utilisés (ou mal utilisés) de la nomenclature par le truchement du Conseil technique médical. Ici se situe la collaboration après le contrôle par le SECM sur le terrain à travers l'adaptation de la nomenclature.

Le projet "contrôle du statut E" a démarré à la demande des OA via le Conseil supérieur des médecins-directeurs. Le protocole de collaboration a été fixé. Le SECM analysera les données des OA et se concertera avec eux à ce sujet. Ensemble, nous examinerons si la réglementation est valide, si des experts doivent être consultés ou s'il y a lieu de s'attaquer à des abus. L'option pour un volet parallèle évaluation (in)capacité de travail au sein des OA est ouverte.

Dans le cadre du "contrôle des outliers en logopédie" enfin, la collaboration OA-SECM a déjà démarré et la première phase est en cours d'exécution : d'abord écrire à titre informatif aux dispensateurs de soins sur la base des indicateurs; ensuite procéder à l'évaluation des enquêtes de contrôle effectuées. Les étapes suivantes seront fixées en concertation.

## 5.1 Contrôle des gros profils chez les praticiens de l'art infirmier

---

<b>Groupe cible</b>	Praticiens de l'art infirmier dans le secteur des soins à domicile.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	<p>Contrôle des praticiens de l'art infirmier qui ont porté en compte à l'AMI soit plus de 150.000 EUR en un semestre soit plus de 100.000 EUR avec au moins un critère supplémentaire.</p> <p>Critères supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- important antécédent auprès du SECM</li><li>- travaille également comme salarié</li><li>- hausse rapide du profil (&gt; 50.000/an)</li><li>- pas d'attestation pour les aides-soignants</li><li>- emploi du temps irréaliste</li></ul> <p>Sur la base d'une estimation du temps consacré à différentes prestations de l'art infirmier à domicile et en tenant compte aussi des déplacements, le SECM estime qu'il n'a pas assez de temps pour exécuter toutes ces prestations portées en compte conformément à la réglementation et en garantissant leur qualité.</p> <p>Dans la période du 1.1.12 au 30.5.15, 87 dossiers de praticiens de l'art infirmier accusant un profil de plus de 200.000 EUR par an ont été examinés. 62 de ces dossiers étaient positifs : infractions pour une somme totale de 3.000.000 EUR.</p> <p>Les prestations non effectuées formaient 26 % des infractions. Les attestations non conformes sont principalement du surscorage de l'échelle de Katz, l'attestation fautive de soins de plaie(s) complexes et le fait de travailler avec du personnel non qualifié.</p>
<b>Situation financière</b>	<p><b>Dépenses totales en 2015 pour les soins infirmiers : 1.369.862.000 EUR.</b></p> <p>184 praticiens de l'art infirmier tombent dans la catégorie des gros profils (calcul fondé sur les données de facturation du premier semestre 2015).</p> <p>Parmi eux, on dénombre 6 "nouveaux" avec un profil de &gt; 150.000 EUR sur un total de 67 "nouveaux" gros profils de dispensateurs qui n'ont pas ou pas encore eu de dossier récent auprès du SECM.</p>
<b>Procédure</b>	<p>Il est procédé à une sélection de 50 praticiens de l'art infirmier par an qui feront l'objet d'un examen approfondi.</p> <p>Cet examen implique :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- un contrôle sur le terrain par le Collège national des médecins-conseils (CNMC praticiens de l'art infirmier)</li></ul>

- la demande de données de facturation
- l'audition d'assurés et de témoins (p.ex. médecins généralistes) : SECM
- l'audition de dispensateurs : SECM
- un PJ et une procédure de récupération et sanction : SECM

**Calendrier**

A calculer à partir de septembre 2016 :

- Demande de données de facturation : 1 mois
- Premier contrôle sur le terrain : 3 mois
- Audition SECM : 3 mois
- Constatations : 2 mois

**Impact financier visé**

Nous prévoyons un effet, récupération de 2.5 millions EUR.

Grâce à l'application de l'art. 77sexies, l'impact peut sans doute encore être amélioré. Nous constatons en effet que certains dispensateurs reviennent sur le tapis malgré des enquêtes antérieures.

**Moyens nécessaires et collaboration**

Le facteur limitant dans ce projet est la disponibilité du personnel d'inspection auprès du SECM. Besoin supplémentaire : recrutement d'un infirmier-contrôleur (coût : 50.000 EUR).

Idem employabilité CNMC

**Remarques supplémentaires**

Projet en cours donc en partie en 2016 et en partie en 2017. Voir également partie 4.12 (mesure structurelle).

**5.2 RMN non autorisées**

---

**Groupe cible**

Hôpitaux - service technique médical - imagerie médicale - imagerie médicale lourde - IRM

**Objectif de l'action et motivation**

Lors du premier audit mesure de base du protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde, des indications ont été fixées pour l'attestation de prestations dans l'AMI, avec des appareils RMN non autorisés. La première version du cadastre de l'appareillage médical lourd confirme ces indications. Ces appareils non autorisés déforment l'image du terrain, génèrent des remboursements indus dans l'AMI et perturbent une programmation correcte. Le but est de mettre un terme à ces activités non autorisées et de récupérer autant que faire se peut les dépenses indues dans l'AMI. Il importe de donner par une politique et des actions dynamiques au terrain élargi un signal que ce type d'agissement ne cadre pas avec la culture politique actuelle.



<b>Situation financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Montant total imagerie médicale lourde : 426.000.000 EUR</li> <li>- Dépenses totales IR en base annuelle (2014) : 85.000.000 EUR</li>   <li>- Montant total à soumettre à l'analyse : 85.000.000 EUR</li> </ul>
<b>Procédure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rassembler tous les documents légaux sous-jacents nécessaires à la source : Demander les AR qui régissent la programmation (nombres et répartition entre les Régions), tous les arrêtés d'agrément RMN auprès des Communautés respectives + date de début de l'agrément : demande faite le 27.6.2016.</li> <li>- Réclamer les données d'attestation RMN : en possession du Service, et à actualiser périodiquement</li> <li>- Analyse des données sur la base de la date de début des arrêtés d'agrément par appareil → discuter de la détection volumétrique d'appareils non autorisés →, en fonction de l'analyse, de la stratégie à suivre → action de terrain avec les constatations ad hoc</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 27.6.2016 : arrêtés d'agrément avec date de début demandés auprès des Régions et des Communautés (R&amp;C) (téléphone + mail ensuite); date butoir réception 15.7.2016</li> <li>- Analyse faite de toutes les prestations de nomenclature RMN portées en compte à partir du 1.1.2014 jusqu'au 28.2.2016 en fonction des arrêtés d'agrément R&amp;C : date butoir 3.8.2016</li> <li>- Analyse juridique : 31.8.2016</li> <li>- Examen des résultats de l'analyse et mise en place d'une stratégie à suivre dans un cadre juridique sûr : date butoir 30.9.2016</li> </ul>
<b>Impact financier visé</b>	<p>Sur la base des chiffres actuels, on peut supposer que 13 appareils RMN non autorisés sont connus. Nous ignorons actuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quand les appareils non autorisés sont entrés en service.</li> <li>- ou si des prestations de nomenclature ont été portées en compte sur les appareils RMN scientifiques</li> <li>- s'il n'y a pas dans le cadastre des appareils RMN connus des appareils non autorisés</li> </ul> <p>Les arrêtés d'agrément réclamés et l'analyse nous renseigneront à ce sujet.</p>
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	<p>Production des arrêtés d'agrément par les Communautés et les Régions.</p> <p>Production correcte et à temps des données d'attestation par les OA.</p> <p>Disponibilité de médecins-inspecteurs.</p>

## 5.3 Transport urgent de patients

---

<b>Groupe cible</b>	Prestations de transport urgent de patients effectuées par un service ambulancier
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	<p>Constatation de remboursements indus (normalement à 50 % de la facture) de prestations de transport urgent de patients assurées par des services ambulanciers alors que ce transport n'a pas été effectué après un appel via le système d'appel unifié.</p> <p>3/6 des enquêtes individuelles effectuées au SECM étaient positives avec des infractions de 14 000, 31 000 et 71 000 EUR.</p>
<b>Situation financière</b>	Dépenses totales en 2014 pour ces frais de déplacement : 18 020 000 EUR.
<b>Procédure</b>	<p>Réclamer les données de facturation postérieures au 1.4.2015</p> <p>Demander aux OA les factures respectives</p> <p>Comparer ces données avec les données des courses effectuées via le système d'appel unifié 112. (demander données aux centres SPF Santé publique).</p>
<b>Calendrier</b>	<p>A calculer à partir du 4<sup>e</sup> trimestre 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Demande données de facturation électroniques : 2 mois (données OA et données centres de secours)</li><li>- Demande / recherche des factures respectives au niveau des OA : 3 mois</li><li>- Analyse et comparaison des données afin de détecter les infractions : 3 mois</li><li>- Constatations, audition des dispensateurs de soins : 2 mois</li></ul>
<b>Impact financier visé</b>	Nous prévoyons un effet, récupération de 0,5 millions EUR.
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	Disponibilité du personnel de soutien d'inspection et administratif auprès du SECM. Pas de datamatching électronique possible actuellement.
<b>Remarques supplémentaires</b>	<p>Projet en cours donc en partie en 2016 et en partie en 2017.</p> <p>Premier contrôle dans l'aide médicale urgente. Des contrôles supplémentaires peuvent être définis (P.EX. attestation de prestations</p>

de santé dans le cadre des interventions SMUR)

## 5.4 Contrôle des bandagistes

---

<b>Groupe cible</b>	Bandagistes avec un chiffre d'affaires élevé présentant un écart important
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Ces dernières années le SECM a constaté de très importants préjudices via un nombre limité d'enquêtes menées auprès de certains bandagistes (préjudice INAMI minimum 100 000 EUR; quelques fois au-dessus de 0,5 millions EUR)
<b>Situation financière</b>	Dépenses comptabilisées bandagistes et orthopédistes 2014: 286 millions EUR ensemble; dont 131 millions EUR pour les seuls bandagistes.
<b>Procédure</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recherche dans des données globales de facturation de dispensateurs outliers: screening avec fourniture des profils suspects (attention portée aux grandes disparités régionales)</li><li>- Demande des détails de facturation des dispensateurs de soins sélectionnés. Audition des assurés si indiqué; audition des témoins éventuels et des dispensateurs de soins</li><li>- Établissement du procès-verbal de constatation</li><li>- Composition des dossiers</li></ul>
<b>Calendrier</b>	Les phases ci-dessus requièrent respectivement, à calculer à partir du 4 <sup>e</sup> trimestre 2016: <ul style="list-style-type: none"><li>- 2 mois</li><li>- 4 mois</li><li>- 3 mois</li><li>- 3 mois donc au total 12 mois</li></ul>
<b>Impact financier visé</b>	750 000 EUR
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	Inspecteurs SECM ad hoc spécialement formés (si nécessaire avec assistance technique en matière d'évaluation des matériaux)
<b>Remarques supplémentaires</b>	Projet en partie en 2016, en partie en 2017.

## 5.5 Médicaments sensibles à la fraude

---

<b>Groupe cible</b>	Assurés présentant une grande consommation d'analgésiques narcotiques + leurs médecins prescripteurs (éventuellement le
---------------------	---

pharmacien qui les a délivrés s'il est impliqué dans la fraude)

<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Les données statistiques révèlent que plusieurs assurés achètent plus de 2x la dose journalière maximale d'analgésiques narcotiques sur une longue période.
<b>Situation financière</b>	Montant qui est dépensé par l'INAMI pour une médication supérieure à 2 x la dose journalière maximale: 1,8 million EUR par an.
<b>Procédure</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recherche dans les données de tarification des assurés outliers pour les différentes sortes d'analgésiques narcotiques.</li><li>- Demande et vérification d'une série de prescriptions (effectivement prescrits par le médecin ou fraude)</li><li>- Audition des prescripteurs mentionnés + les assurés</li><li>- Établissement du procès-verbal de constatation</li><li>- Composition des dossiers</li></ul>
<b>Calendrier</b>	Les phases susmentionnées requièrent respectivement, à calculer à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2016 : <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 mois</li><li>- 3 mois</li><li>- 3 mois</li><li>- 2 mois donc au total 9 mois</li></ul>
<b>Impact financier visé</b>	La moitié du montant susmentionné, soit 900.000 EUR.
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	Collaboration avec le Parquet pour de graves infractions; également le rôle pour les Commissions médicales provinciales et Ordres. Collaboration avec le SCA pour les infractions plus légères. Affectation des collaborateurs en fonction du nombre d'assurés visés (prévoir financièrement une valeur cut-off)
<b>Remarques supplémentaires</b>	Volet structurel : il est possible de prévenir ces infractions en instaurant une prescription médicale électronique et en assurant un suivi éventuel par le médecin prescripteur de la quantité de médicaments qui a été effectivement délivrée par le passé à un assuré (e-health : accès à la banque de données pharmacien).

## 5.6 Prestations obsolètes

---

<b>Groupe cible</b>	Une quinzaine de prestations de la nomenclature sont attestées par un nombre limité de dispensateurs de soins, parfois dans une mesure
---------------------	--

	considérable.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Un certain nombre de prestations techniques sont obsolètes, et attestées par un groupe restreint. Très probablement indûment pour une autre intervention (non remboursable).
<b>Situation financière</b>	Dépenses totales sur une base annuelle pour ces prestations : 2 millions EUR.
<b>Procédure</b>	Analyse des données; audition de dispensateurs de soins, suivi du dossier et rapports d'opération.
<b>Calendrier</b>	A calculer à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2016: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande et réception des données : 1 mois</li> <li>- analyse des données : 3 mois</li> <li>- Audition : 3 mois</li> <li>- Rédaction des procès-verbaux : 2 mois.</li> </ul>
<b>Impact financier visé</b>	Estimation de l'impact d'1 million EUR.
<b>Remarques supplémentaires</b>	Projet en partie en 2016 et en partie en 2017. Une partie structurelle est à prévoir: après constatations sur le terrain, suppression via le Conseil technique médical des numéros qui ne sont plus utilisés dans la nomenclature.

## 5.7 Contrôle a posteriori des CT Rochers

---

<b>Groupe cible</b>	La mesure concerne tous les services d'imagerie médicale qui attestent des CT Rochers et en particulier les 13 services pour lesquels une facturation fautive a été constatée en 2015.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Par cette action nous souhaitons vérifier si les services qui ont été contrôlés précédemment facturent correctement entre-temps. Lors d'une enquête de contrôle réalisée en 2015, il s'est avéré que la moitié des CT Rochers attestés étaient en réalité une CT du crâne ou une CT du massif facial.
<b>Situation financière</b>	L'attestation fautive d'une CT du crâne ou d'une CT du massif facial en tant que CT Rochers coûte chaque année 2 millions EUR à l'assurance maladie.
<b>Procédure</b>	Analyse des données de facturation: D'une part, il sera vérifié si certains hôpitaux attestent relativement trop de CT Rochers (par rapport aux CT du crâne et du massif facial). D'autre part, on cherche dans la facturation CT des 13 hôpitaux contrôlés précédemment un éventuel glissement vers une facturation

d'autres prestations indues.  
En cas d'abus avéré, une procédure de sanction sera entamée.

<b>Calendrier</b>	L'analyse sera réalisée en septembre 2016. Des contrôles éventuels commenceront en octobre et se termineront en 2017.
<b>Impact financier visé</b>	Si la CT du crâne et la CT du massif facial réalisées sont correctement facturées et qu'il n'y a pas de glissement vers une autre facturation indue, cela rapporte 2 millions EUR par an.
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	Données d'attestation de tous les examens CT de tous les hôpitaux. Pas de moyens supplémentaires requis.

## 5.8 Suivi du plafond des prestations de kinésithérapie

---

<b>Groupe cible</b>	Kinésithérapeutes
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	L'objectif est le contrôle et le maintien des dispositions de l'article 7, § 19, de la nomenclature. Le plafond des prestations attestables est fixé, à savoir 40.000 valeurs M par trimestre et 156.000 valeurs M par année civile.
<b>Situation financière</b>	<p>Le calcul des valeurs M pour tous les kinésithérapeutes pour 3 périodes de 3 mois (septembre à novembre 2014, octobre à décembre 2014 et janvier à mars 2015) donne le résultat suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 110 dispensateurs dépassent le plafond dans 1 des 3 trimestres dont 5 dans tous les trois trimestres.</li><li>- Dans le trimestre avec la plupart des dépassements, 8 dispensateurs ont plus de 50.000 valeurs M et 50 dispensateurs se situent entre 42.000 et 50.000 valeurs M.</li></ul> <p>Dans une deuxième phase, les valeurs M excédentaires doivent être converties en montants en EUR qui seront imputés.</p> <p>Dans un précédent projet à ce sujet (période contrôlée 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 30 septembre 2009), un montant de 435.520 EUR a été imputé à un total de 28 dispensateurs. Il convient toutefois de faire remarquer à ce sujet que la nomenclature a entre-temps été modifiée le 1.5.2014.</p>
<b>Procédure</b>	- Analyse des données de tous les kinésithérapeutes, avec

détermination de leur nombre de valeurs M attestées pour l'année 2015 entière.

- Fixation de la date à laquelle le plafond de valeurs M a été dépassé.
- Grievs et récupération des montants indus correspondants

**Calendrier**

Ce contrôle est programmé entre le 1.7.2016 et le 31.3.2017

**Impact financier visé**

Il s'agit dans un premier temps d'une récupération de montants indus qui sont actuellement encore difficiles à estimer.

Dans un second temps, on vise une économie grâce à un meilleur respect des plafonds par le groupe professionnel.

**Moyens nécessaires et collaboration**

L'enquête est menée par les inspecteurs du SECM.

200 jours ouvrables sont prévus pour ce projet.

## 5.9 Contrôle du statut E en kinésithérapie

---

**Groupe cible**

Demande suivi intervention majorée kiné avec comme justification diagnostic syndrome d'Ehlers-Danlos et syndrome de Sjögren.

**Objectif de l'action et motivation**

Nombre (croissant) considérable de nouvelles demandes par un nombre limité de dispensateurs de soins.

Les autorisations du médecin-conseil ont une validité de 3 ans maximum.

La prévalence des affections n'est sans doute pas aussi élevée que le nombre de demandes; il faut d'ailleurs également tenir compte de l'impact fonctionnel (le diagnostic en soi ne suffit pas).

**Situation financière**

- Remboursement sans doute trop élevé de prestations de kiné: surtout davantage de prestations ou de prestations mieux remboursées remboursables; ticket modérateur légèrement plus élevé pour le premier groupe de 20 prestations.
- En ordre secondaire bénéficiaire indûment du forfait de malade chronique en raison d'une "situation de dépendance" via 6 mois de kiné; affection lourde avec autorisation du médecin-conseil.

**Procédure**

1. Les demandes + les décisions prises par les médecins-conseils sont signalées au SECM à partir du 1.7.2016.  
Le SECM traite les données et effectue la première analyse :

- Ampleur concrète du problème
  - Données (diagnostiques) fournies
2. Feed-back à ce sujet au CSMD Le CSMD prévoit une consultation orientée sur le plan scientifique chez quelques experts pour des données stables en matière de diagnostic des affections (et approche)
  3. Le SECM procédera à un examen poussé des attestations frauduleuses éventuelles.
  4. Un lien vers les informations médicales transmises dans le cadre d'une attestation d'incapacité de travail peut encore constituer une piste supplémentaire. Les OA examinent éventuellement dans une seconde phase dans quelle mesure les assurés ont potentiellement droit à des indemnités et/ou s'ils en bénéficient effectivement.

<b>Calendrier</b>	Collecte des données, analyse et test scientifique : 6 mois;  Suivi au niveau des prescripteurs sélectionnés : 6 mois
<b>Impact financier visé</b>	Difficile à estimer: le nombre de demandes n'est pas encore connu.  Intervention majorée kinés: 40-100 prestations remboursables en plus par assuré; possibilité également de prestations plus onéreuses; ticket modérateur légèrement moins élevé de 1,53 EUR par prestation pour le groupe des 20 premières prestations. Forfait malade chronique: 300,11 EUR par assuré
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	Réception des demandes des organismes assureurs; consultation experts pour base scientifique.
<b>Remarques supplémentaires</b>	Projet première partie en 2016 et deuxième partie en 2017.

## 5.10 Contrôle des outliers en logopédie

---

<b>Groupe cible</b>	Les logopèdes avec de gros profils et des valeurs élevées au niveau des indicateurs spécifiques.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	La commission Contrôle et Datamining du CIN créée récemment examine les logopèdes comme projet pilote. Ils ont choisi les logopèdes parce que la nomenclature est limitée dans le temps et que cela permet l'utilisation d'indicateurs spécifiques. Le projet pilote doit en outre permettre une collaboration avec le SECM.



<b>Situation financière</b>	Le remboursement annuel des logopèdes sélectionnés se situe autour des 2,5 millions EUR.
<b>Procédure</b>	<p>CIN: Sur la base de trois indicateurs, 32 logopèdes ont été sélectionnés. Après un matching avec les enquêtes de contrôle en cours du SECM, il restait 27 logopèdes qui ont reçu une lettre pour expliquer leur profil spécifique. Il sera ensuite évalué avec le SECM pour quels logopèdes une enquête de contrôle sera ouverte ou si un avertissement peut éventuellement être donné.</p> <p>SECM: parallèlement à la sélection du CIN, le SECM compte déjà une enquête de contrôle en cours auprès de plusieurs logopèdes dont 3 logopèdes avec un remboursement annuel de plus de 100.000 EUR.</p>
<b>Calendrier</b>	Le CIN a déjà envoyé un courrier aux logopèdes. Pour fin 2016, une sélection éventuelle des logopèdes à contrôler peut être réalisée. L'impact ne sera visible qu'à partir de fin 2017. Les enquêtes de contrôle individuelles du SECM qui sont déjà en cours actuellement seront clôturées en partie en 2016 et en partie en 2017.
<b>Impact financier visé</b>	Suite à l'action préventive, les griefs prévus et la récupération de 10% sur 18 mois, l'impact sera d'environ 375.000 EUR.
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	La collaboration entre le CIN et le SECM est essentielle. Pas de moyens supplémentaires requis.
<b>Remarques supplémentaires</b>	Le CIN travaille via des informations et avertissements dont l'impact financier ne sera visible que fin 2017.

## 6) Mesures soins efficaces

Avec l'ancrage structurel des travaux "soins efficaces" dans les structures de l'INAMI, les thèmes suivants sont abordés prioritairement.

### 6.1 Prestations de diagnostic chez les connexistes

---

Eviter des dépenses non justifiées identifiées sur base des variations de consommation géographiques standardisées

<b>Groupe cible</b>	Les prestations visées dans cette fiche concernent les examens "autoprescrits" (connexistes) : <ol style="list-style-type: none"><li>Dentistes imagerie</li><li>Echographies (gastro, gyneco, uro), carotide</li><li>Cardio spécifique (echo, ECG/Holter/Stress)</li></ol>
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Les variations inexplicables constituent un signe d'utilisation des ressources non justifiées. Il n'est pas nécessaire de s'appuyer sur des recommandations existantes pour évaluer les dépenses inutiles ni pour fixer un objectif.
<b>Situation financière et impact financier visé</b>	<p>Le total des dépenses qui ont fait l'objet de l'analyse (3 types d'imagerie – cf. Groupe cible) est de <b>354.5 millions EUR</b> (53.5 millions pour la dentisterie + 130 millions pour échographies (hors cardio) et 171 millions pour cardio).</p> <p>La méthodologie suivante peut être appliquée pour fixer un <b>objectif</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Les codes de nomenclature sont regroupés de manière logique correspondant à des activités identifiables de prestataires et de centres de traitement ;</li><li>Les consommations sont analysées par entité géographique (provinces) sur la base des populations et standardisées sur le sexe et l'âge ;</li><li>L'évolution des consommations est observée ;</li><li>La province la moins consommatrice est identifiée et son résultat sert d'objectif d'alignement ce qui permet de fixer un objectif de récupération des dépenses inutiles dans un délai de 5 ans ;</li></ol> <p>Sur base de l'analyse, <b>70 millions d'EUR de dépenses</b> (-20%) pourraient graduellement être évitées (100% de ce montant est atteint au terme de 5 ans). Ce montant est réparti de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>9 M/53.5 millions pour l'imagerie dentiste (-16%)</li><li>32.7M/130 millions pour les echos connexistes, y</li></ul>

- compris carotide (-25%)
- 29 M/171millions pour les échos cardio et autres (-17%)

### **Procédure**

La procédure pour obtenir l'impact financier envisagé supra est la suivante :

1. Les résultats sont discutés avec les sociétés scientifiques qui analysent la faisabilité des réductions envisagées et formulent des recommandations au secteur ;
2. Le montant de dépenses évitable sont fixés par les commissions nationales (médicomut ou dentomut) ;
3. L'inami met à disposition du secteur des feedbacks d'informations globaux (GLEM) et individuels qui permettent aux prestataires / centres de s'aligner sur les objectifs fixés ;
4. Les prestataires / centres de traitement qui ne réalisent pas leurs objectifs sont visités par les inspecteurs du SECM.

### **Calendrier**

En 2016, nous préparerons l'analyse (regroupement des codes nomenclature, regroupement des prestataires, identification des unités de production,...). Le regroupement des codes nomenclature est un input qui nécessite la mobilisation des médecins du SECM et qui ne pourra être livré qu'en septembre 2016. Le regroupement des prestataires consiste notamment à associer les médecins aux hôpitaux et aux différents services qui composent ces hôpitaux.

En 2017, toutes les analyses seront réalisées. Ces analyses comprendront notamment : la construction d'indicateurs, les visites de terrain (DGEC), les discussions avec les sociétés scientifiques pour établir les recommandations et la confection d'un feed-back. Au dernier trimestre 2017, le feed-back sera envoyé aux prestataires et un accompagnement des GLEM sera organisé.

En cas d'évolution négative ou d'absence d'évolution de la situation par rapport aux objectifs fixés (ce qui nécessite d'avoir un certain recul par rapport au feed-back, il faudra entamer les actions complémentaires en 2019 (réglementation, organisation et contrôle).

### **Moyens nécessaires et collaboration**

Pour l'exécution des points d'actions 6.1 – 6.6.

Les moyens actuellement prévu dans le contrat d'administration (2016 : 250.000 euro, 2017 et suivants : 428.000 euro) permettent de disposer des ressources suivantes pour initier les activités :

- Chef de cellule, médecin A4
- Chef de projet, A3 (part time)
- 2 Médecins
- Data analyste, A1
- Data analyste, A2
- Un soutien administratif, B

Les moyens encore nécessaire concernent :

- Un soutien pour le volet communication (notamment scientific writers) : 120.000 euro
- Experts médicaux : 240.000 euro

Pour 2018 et les années suivantes le staff devra être étoffé en fonction des activités.

## 6.2 Contrôle des centres cardiaques

---

Eviter des dépenses non justifiées identifiées sur base des variations de consommation géographiques standardisées

### Groupe cible

Les prestations visées dans cette fiche concernent les centres cardiaques et plus particulièrement :

- a. Coronarographie
- b. CABG+ PTCA
- c. Rhythmologie (pace maker)
- d. Electrophysiologie (ablation)

### Objectif de l'action et motivation

Les variations inexplicables constituent un signe d'utilisation des ressources non justifiées. Il n'est pas nécessaire de s'appuyer sur des recommandations existantes pour évaluer les dépenses inutiles ni pour fixer un objectif.

### Situation financière et impact financier visé

Le total des dépenses qui ont fait l'objet de l'analyse (4 types de prestations – cfr. Doelgroep) est de **119 millions d'EUR**.

La méthodologie suivante peut être appliquée pour fixer un **objectif** :

1. Les codes de nomenclature sont regroupés de manière logique correspondant à des activités identifiables de prestataires et de centres de traitement ;
2. Les consommations sont analysées par entité géographique (provinces) sur base des populations et standardisées sur le sexe et l'âge ;
3. L'évolution des consommations est observée ;
4. La province la moins consommatrice est identifiée et son résultat sert d'objectif d'alignement ce qui permet de fixer un objectif de récupération des dépenses inutiles dans un délai de 5 ans ;

Sur base de l'analyse, **29.5 millions d'EUR de dépenses (-25%)** pourraient graduellement être évitées (100% de ce montant est atteint au terme de 5 ans).

**Procédure**

La procédure pour obtenir l'impact financier envisagé supra est la suivante :

1. Les résultats sont discutés avec les sociétés scientifiques (ou le Collège) qui analysent la faisabilité des réductions envisagées et formulent des recommandations au secteur ;
2. Les montants de dépenses évitables sont fixés par les commissions nationales (médicomut ou dentomut) ;
3. L'inami met à disposition du secteur des feedbacks d'informations globaux et individuels (médecin-chef des unités hospitalières) qui permettent aux prestataires / centres de s'aligner sur les objectifs fixés. Les recommandations seront également rappelées ;
4. Les prestataires / centres de traitement qui ne respectent pas leurs objectifs sont visités par les inspecteurs du SECM.

**Calendrier**

En 2016, nous préparerons l'analyse (regroupement des codes nomenclature, regroupement des prestataires, identification des unités de production,...). En 2017, toutes les analyses seront réalisées. Au dernier trimestre 2017, le feed-back sera envoyé aux centres cardiaques via le collège de cardiologie qui veillera à l'organisation de peer review (GLEM ?) et à leur accompagnement. En 2019 se déroulera les actions complémentaires (réglementation, organisation et contrôle).

**Moyens nécessaires et collaboration**

Pour l'exécution des points d'actions 6.1 – 6.6.

Les moyens actuellement prévu dans le contrat d'administration (2016 : 250.000 euro, 2017 et suivants : 428.000 euro) permettent de disposer des ressources suivantes pour initier les activités :

- Chef de cellule, médecin A4
- Chef de projet, A3 (part time)
- 2 Médecins
- Data analyste, A1
- Data analyste, A2
- Un soutien administratif, B

Les moyens encore nécessaire concernent :

- Un soutien pour le volet communication (notamment scientific writers) : 120.000 euro
- Experts médicaux : 240.000 euro

Pour 2018 et les années suivantes le staff devra être étoffé en fonction des activités.

## 6.3 Imagerie médicale : médecins généralistes

---

<b>Mesure</b>	Eviter des dépenses non justifiées identifiées sur base des variations de consommation géographiques standardisées
<b>Groupe cible</b>	L'imagerie médicale visée dans cette fiche est : <ol style="list-style-type: none"><li>Imagerie de la colonne vertébrale</li><li>Imagerie tête (CT+RX)</li><li>Imagerie obsolète (UIV, cystopyélo, phlebo des membres, abdomen à blanc / contraste)</li></ol>
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Les variations inexplicables constituent un signe d'utilisation des ressources non justifiées. Il n'est pas nécessaire de s'appuyer sur des recommandations existantes pour évaluer les dépenses inutiles ni pour fixer un objectif.
<b>Situation financière et impact financier visé</b>	<p>Le total des dépenses qui ont fait l'objet de l'analyse (3 types d'imagerie – cfr. Doelgroep) est de <b>149,2 millions d'EUR</b>.</p> <p>La méthodologie suivante peut être appliquée pour fixer un <b>objectif</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Les codes de nomenclature sont regroupés de manière logique correspondant à des activités identifiables de prestataires et de centres de traitement ;</li><li>Les consommations sont analysées par entité géographique (provinces) sur base des populations et standardisées sur le sexe et l'âge ;</li><li>L'évolution des consommations est observée ;</li><li>La province la moins consommatrice est identifiée et son résultat sert d'objectif d'alignement ce qui permet de fixer un objectif de récupération des dépenses inutiles dans un délai de 5 ans ;</li></ol> <p>Sur base de l'analyse, <b>27.5 millions d'EUR de dépenses (-18%)</b> pourraient graduellement être évitées (100% de ce montant est atteint au terme de 5 ans).</p>
<b>Procédure</b>	<p>La procédure pour obtenir l'impact financier envisagé supra est la suivante [Voir aussi la note Conseil général – Hoofstuk 4]:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Sensibilisation du public et des patients (campagne d'informations grand public, informations aux affiliés via les OA) ;</li><li>Information par spécialité sur l'importance des examens non recommandés par entité géographique ;</li><li>Large publicité autour des recommandations actualisées ;</li><li>Les montants de dépenses évitables sont fixés par le medicomut;</li></ol>

5. Information individuelle pertinente de chaque professionnel de santé basée sur sa pratique
6. Visite d'évaluation du SECM vis-à-vis des outliers.

D'autres leviers seront également actionnés :

7. Lien avec le nouveau système d'accréditation
8. Aide à la prescription rationnelle à partir du DMI du prescripteur (scripts)
9. Mise à disposition des résultats des examens dans les DMI (via les hubs)

## **Calendrier**

En 2016, nous préparerons l'analyse (regroupement des codes nomenclature, regroupement des prestataires, identification des unités de production,...). D'autres initiatives seront également prises encore en 2016 (recommandations actualisées et validées par les professionnels, brochure didactique pour les professionnels).

En 2017, les actions suivantes seront exécutées : campagne d'information grand public, étudier la possibilité de créer un programme de prescription retardée, feed-back aux prescripteurs, accompagnement des GLEM (via le nouveau processus d'accréditation), mise en place d'un trajet de soins « douleurs lombaires » (cfr rapport KCE prévu en décembre 2016), aide à la prescription rationnelle dans les DMI,

En cas d'évolution négative ou d'absence d'évolution de la situation par rapport aux objectifs fixés (ce qui nécessite d'avoir un certain recul par rapport au feed-back envoyé en 2017), il faudra entamer les actions complémentaires en 2018 (réglementation, organisation et contrôle).

## **Moyens nécessaires et collaboration**

Pour l'exécution des points d'actions 6.1 – 6.6.

Les moyens actuellement prévu dans le contrat d'administration (2016 : 250.000 euro, 2017 et suivants : 428.000 euro) permettent de disposer des ressources suivantes pour initier les activités :

- Chef de cellule, médecin A4
- Chef de projet, A3 (part time)
- 2 Médecins
- Data analyste, A1
- Data analyste, A2
- Un soutien administratif, B

Les moyens encore nécessaire concernent :

- Un soutien pour le volet communication (notamment scientific writers) : 120.000 euro
- Experts médicaux : 240.000 euro

Pour 2018 et les années suivantes le staff devra être étoffé en fonction des activités

## 6.4. Actieplan “Pertinence des soins” (Frankrijk)

---

<b>Mesure</b>	Eviter des dépenses non justifiées identifiées sur base des variations de consommation géographiques standardisées
<b>Groupe cible</b>	La chirurgie électorale : sur base de la liste des 33 priorités identifiées en France une vingtaine d'interventions seront étudiées en Belgique. La cataracte en est un exemple.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Les variations inexplicables constituent un signe d'utilisation des ressources non justifiées. Il n'est pas nécessaire de s'appuyer sur des recommandations existantes pour évaluer les dépenses inutiles ni pour fixer un objectif.
<b>Situation financière et impact financier visé</b>	<p>Le total des dépenses qui ont fait l'objet de l'analyse (cataracte) est de <b>62 millions d'EUR</b>.</p> <p>La méthodologie suivante peut être appliquée pour fixer un <b>objectif</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Les codes de nomenclature sont regroupés de manière logique correspondant à des activités identifiables de prestataires et de centres de traitement ;</li><li>2. Les consommations sont analysées par entité géographique (provinces) sur base des populations et standardisées sur le sexe et l'âge ;</li><li>3. L'évolution des consommations est observée ;</li><li>4. La province la moins consommatrice est identifiée et son résultat sert d'objectif d'alignement ce qui permet de fixer un objectif de récupération des dépenses inutiles dans un délai de 5 ans ;</li></ol> <p>Sur base de l'analyse, <b>5 millions d'EUR de dépenses</b> (-8%) pourraient graduellement être évitées (100% de ce montant est atteint au terme de 5 ans).</p>
<b>Procédure</b>	<p>La procédure pour obtenir l'impact financier envisagé supra est la suivante [Voir aussi la note Conseil général – Chapitre 4]:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Information par spécialité sur l'importance des variations constatées par entité géographique ;</li><li>2. Large publicité autour des recommandations actualisées ;</li><li>3. Les montants de dépenses évitables sont fixés par le médicament (proposition contrat d'amélioration de la pertinence des soins);</li><li>4. Information individuelle pertinente de chaque professionnel de santé basée sur sa pratique ;</li><li>5. Adaptation des processus de prise en charge (création/révision des itinéraires cliniques incluant la première ligne, adaptation de la nomenclature, obligation de continuité entre première et second</li></ol>



ligne via la communication électronique)

### **Calendrier**

En 2016, nous préparerons l'analyse (regroupement des codes nomenclature, regroupement des prestataires, identification des unités de production,...). Le regroupement des codes nomenclature est un input qui nécessite la mobilisation des médecins du SECM et qui ne pourra être livré qu'en septembre 2016. Le regroupement des prestataires consiste notamment à associer les médecins aux hôpitaux et aux différents services qui composent ces hôpitaux.

En 2017, nous prévoyons : une information, par spécialité, sur l'importance de certaines variations géographiques inexplicables (ces constats seront discutés en GLEM via le nouveau processus d'accréditation), les recommandations seront actualisées et validées par les professionnels et diffusées via différents canaux et enfin un feed-back aux prestataires de soins à partir de fin 2017, échelonné en fonction des priorités.

### **Moyens nécessaires et collaboration**

Pour l'exécution des points d'actions 6.1 – 6.6.

Les moyens actuellement prévus dans le contrat d'administration (2016 : 250.000 euro, 2017 et suivants : 428.000 euro) permettent de disposer des ressources suivantes pour initier les activités :

- Chef de cellule, médecin A4
- Chef de projet, A3 (part time)
- 2 Médecins
- Data analyste, A1
- Data analyste, A2
- Un soutien administratif, B

Les moyens encore nécessaires concernent :

- Un soutien pour le volet communication (notamment scientific writers) : 120.000 euro
- Experts médicaux : 240.000 euro

Pour 2018 et les années suivantes le staff devra être étoffé en fonction des activités

## 6.5 Antibiotiques

---

<b>Mesure</b>	Le but est de proposer un plan d'action national afin de limiter l'usage des antibiotiques en pratique ambulatoire et de ne prescrire des antibiotiques de première ligne que si nécessaire.
<b>Groupe cible</b>	Tous les prescripteurs (généralistes, spécialistes et dentistes) et autant les antibiotiques de première ligne que de seconde ligne.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	En 2015, malgré des actions d'informations renouvelées auprès des prescripteurs et des patients, la Belgique se caractérise encore et toujours par un niveau élevé de consommation d'antibiotiques (42% des assurés en prennent chaque année) et un niveau considérable d'antibiotiques de seconde ligne (amoxi-clav, céphalosporines, quinolones, macrolides).
<b>Situation financière et impact financier visé</b>	Les objectifs fixés par la BAPCOC sont les suivants :

### Box 7 – An example of targets set by BAPCOC (2014-2019)

- A decrease in total antibiotic consumption, from more than 800 prescriptions per 1000 inhabitants per year today to 600 prescriptions by 2020 and 400 prescriptions by 2025;
- A decrease in quinolones consumption, from about 10% of the total antibiotic use today to 5% by 2018;
- An increase in ratio amoxicillin versus amoxicillin + clavulanic acid, from about 50/50 today to 80/20 by 2018.

Selon la BAPCOC on peut estimer l'impact financier à 33 millions euro (annuel) d'ici en 2020.

<b>Procédure</b>	<p>La procédure pour obtenir l'impact financier envisagé supra est la suivante [Voir aussi la note Conseil général – Hoofdstuk 4]:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sensibilisation du public et des patients : par une campagne d'information adressée au public et par des informations adaptées aux affiliés (par les organismes assureurs) Création d'un programme d'information pour les patients pour la prescription retardée.</li><li>2) Une information, par spécialité sur l'importance des prescriptions par entité géographique (provinces) Il convient de coupler étroitement cette stratégie au <b>redesign du processus d'accréditation</b>.</li><li>3) Une large publicité autour de recommandations actualisées.</li><li>4) Une information individuelle pertinente de chaque</li></ol>
------------------	--

- professionnel de santé basée sur sa pratique
- 5) Étude de la possibilité de mettre en œuvre la tarification à l'unité en ambulatoire (dans le contexte « schéma de médication, VIDIS »).
  - 6) Autre levier : Création d'un programme pour retarder la prescription d'AB si toutefois elle s'avère nécessaire (voir stratégie « nice antibiotic guardian »).
  - 7) Importance de développer une politique intégrée :
    - a. « bon marché » (par exemple les médicaments recommandés pour les infections urinaires ne sont pas dans la classe des « bon marché »);
    - b. Disponibilité de certains produits pose problème (furadantine);
    - c. Conditionnement non adapté

## **Calendrier**

La préparation de l'analyse du secteur et l'analyse elle-même a déjà été réalisée. En 2016, nous finaliserons le plan d'action proposé (campagne de sensibilisation du grand public, rappel des recommandations actualisées, préparation d'un feed-back aux prescripteurs, création d'un programme pour la prescription retardée) et nous vérifierons sa faisabilité. Début 2017, nous prévoyons un feed-back aux prestataires et un accompagnement des GLEM (via le nouveau processus d'accréditation). En cas d'évolution négative ou d'absence d'évolution de la situation par rapport aux objectifs fixés (ce qui nécessite d'avoir un certain recul par rapport au feed-back envoyé début 2017), il faudra entamer les actions complémentaires en 2018 (réglementation, organisation et contrôle).

## **Moyens nécessaires et collaboration**

Pour l'exécution des points d'actions 6.1 – 6.6.

Les moyens actuellement prévus dans le contrat d'administration (2016 : 250.000 euro, 2017 et suivants : 428.000 euro) permettent de disposer des ressources suivantes pour initier les activités :

- Chef de cellule, médecin A4
- Chef de projet, A3 (part time)
- 2 Médecins
- Data analyste, A1
- Data analyste, A2
- Un soutien administratif, B

Les moyens encore nécessaires concernent :

- Un soutien pour le volet communication (notamment scientific writers) : 120.000 euro
- Experts médicaux : 240.000 euro

Pour 2018 et les années suivantes le staff devra être étoffé en fonction des activités.

## 6.6 Comportement de prescription rationnelle (polypharmacie)

---

<b>Mesure</b>	Suite à la conférence de consensus de décembre 2015 et conformément au point 7.1 de l'accord médico-mut, le but est de proposer un plan d'action national afin de promouvoir la prescription rationnelle des médicaments, la sécurité médicamenteuse chez les personnes âgées et la conciliation médicamenteuse.
<b>Groupe cible</b>	Tous les prescripteurs (généralistes, spécialistes et dentistes). Les patients âgés et les patients chroniques sont particulièrement concernés. Les médicaments ciblés en priorités sont les psychotropes, les AINS, les gastroprotecteurs et l'ensemble des médicaments cardiovasculaires.
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	A l'initiative de l'INAMI, les médecins généralistes et les unités de gériatrie ont bénéficié ces dernières années de feedbacks sur des indicateurs de qualité de prescriptions de médicaments. Toutefois, les recommandations sont diversement appliquées et appliquées de manière discontinue. Le contexte de plan intégré de maladies chroniques et de conciliation médicamenteuse (projet « come on ») et promotion de la concertation médicopharmaceutique renforce la <b>nécessité de développer une stratégie globale afin d'asseoir et renforcer la prescription rationnelle dans tous les secteurs de soins.</b>
<b>Situation financière et impact financier visé</b>	Situation actuelle (SA) et Objectif (O) : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Polymédication de la personne âgée (SA : 40% ; O: -5%)</li><li>2. Les AINS (et ipp) (SA : 38 % ; O: -10 %)</li><li>3. Les statines (SA : 40 % ; O: - 5 %)</li><li>4. Les antidépresseurs (SA : 22 % ; O: - 5 %) et antipsychotiques de longue durée (SA : 19 % ; O: -5 %)</li><li>5. Les médicaments à caractère anticholinergiques en particulier antidépresseurs (SA : 14 % ; O: -5 %)</li><li>6. Diminuer les stocks chez les patients chroniques (SA : 28% ; O: - 10 %)</li></ol>
<b>Procédure</b>	La procédure pour obtenir l'impact financier envisagé supra est la suivante [Voir aussi la note Conseil général – Hoofdstuk 4]: <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sensibilisation du public et des patients par des brochures en salle d'attente et par des informations adaptées aux affiliés (par les organismes assureurs)</li><li>2) Une information, par spécialité sur l'importance des prescriptions par entité géographique (provinces). Les indicateurs ont été développés pour les feed-backs aux</li></ol>

médecins généralistes et aux unités de gériatrie. Ces indicateurs seront étendus à tous les prescripteurs mais aussi aux unités hospitalières et aux MRS afin d'amener le prescripteur à réfléchir au quotidien et dans des plateformes comme les GLEM au bien fondé des médicaments prescrits (opportunité, adéquation, ...).

Il convient de coupler étroitement cette stratégie au **redesign du processus d'accréditation**.

- 3) Une large publicité autour de recommandations actualisées. Les recommandations et lignes directrices (guidelines sur base du formulaire thérapeutique farmaka ainsi que la méthodologie « stopp and start ») seront rappelées par les professionnels.
- 4) Une information individuelle pertinente de chaque professionnel de santé basée sur sa pratique (INAMI).
- 5) Adaptations des processus de prise en charge: (INAMI)
  1. Mise en place de la révision thérapeutique systématique chez les patients cibles
  2. Promotion des concertations médicopharmaceutiques
  3. Intégration des critères de réconciliation thérapeutique dans les protocoles de soins intégrés
  4. Accès par le médecin traitant à l'ensemble des prescriptions délivrées au patient (VIDIS)
  5. Renforcement du rôle du médecin traitant dans la responsabilité des prescriptions
  6. Vérification systématique des politiques médicamenteuses afin d'évaluer leur synergie avec la politique de médicament rationnelle ( ex : bon marché )
  7. Mise en place d'un outil d'évaluation et de monitoring
- 6) Elargissement des commissions d'évaluation du médicament (INAMI) et développement de lien étroits avec les commissions de comités pharmaceutiques (SPF). Il convient également de s'assurer que les stratégies développées par l' AFMPS, farmaka, le BCFI soient synergiques et congruentes.

## Calendrier

La préparation de l'analyse du secteur et l'analyse elle-même a déjà été réalisée. En 2016, nous finaliserons le plan d'action proposé (création d'un programme d'information pour le patient, rappel des recommandations « STOPP and START » actualisées, préparation d'un feed-back) et nous vérifierons sa faisabilité. En 2017, nous prévoyons une campagne de sensibilisation du public cible, un feed-back aux MRS (en collaboration avec les régions) , aux services hospitaliers et aux prestataires et un accompagnement des GLEM (via le nouveau processus d'accréditation).

En cas d'évolution négative ou d'absence d'évolution de la situation par rapport aux objectifs fixés (ce qui nécessite d'avoir un certain recul par rapport au feed-back envoyé début 2017), il faudra entamer les actions complémentaires en 2018 (réglementation, organisation et

contrôle).

**Moyens nécessaires et collaboration**

Pour l'exécution des points d'actions 6.1 – 6.6.

Les moyens actuellement prévu dans le contrat d'administration (2016 : 250.000 euro, 2017 et suivants : 428.000 euro) permettent de disposer des ressources suivantes pour initier les activités :

- Chef de cellule, médecin A4
- Chef de projet, A3 (part time)
- 2 Médecins
- Data analyste, A1
- Data analyste, A2
- Un soutien administratif, B

Les moyens encore nécessaire concernent :

- Un soutien pour le volet communication (notamment scientific writers) : 120.000 euro
- Experts médicaux : 240.000 euro

Pour 2018 et les années suivantes le staff devra être étoffé en fonction des activités.

## 6.7 Profils de patients - praticiens de l'art dentaire

---

<b>Mesure</b>	Structurel / soins efficaces
<b>Groupe cible</b>	Dentistes Patients pour les soins dentaires
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Mise en place d'un instrument de détection de profils anormaux patients Cet outil peut permettre de détecter des pratiques anormales chez des dentistes, non détectables par les techniques habituelles, ni par le système des valeurs P (ex dentistes étrangers effectuant des soins dentaires en Belgique de manière intensive, durant une courte période)
<b>Situation financière</b>	Budget global des soins dentaires : +/- 0.8 milliards
<b>Procédure</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Analyse des données de facturation (prestations nomenclature) suivant la méthodologie suivante :<ol style="list-style-type: none"><li>a. Par tranche d'âge, définir un profil « moyen » patient sur la base :<ul style="list-style-type: none"><li>- du montant moyen global annuel par patient ;<ul style="list-style-type: none"><li>• Montant moyen global annuel par patient par groupe de prestations (ex soins conservateurs)</li></ul></li><li>- Nombre moyens de prestations totales hors prestations pharmaceutiques</li></ul></li><li>b. Définition d'indicateurs : par patient et par tranche d'âge<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de dentistes différents par patient</li><li>- Coût par patient</li><li>- Répétition de prestations :<ul style="list-style-type: none"><li>- contact</li><li>- soins dentaires attestés</li><li>- imagerie médicale</li></ul></li></ul></li></ol></li><li>2) Présentation des résultats au Comité du SECM</li><li>3) Sélection de patients hors norme, mise en relation avec le profil des dentistes concernés</li><li>4) Audition et examen du patient et/ou audition du (des) dentiste(s)</li><li>5) Actions à déterminer suivant les résultats : information du patient, information du dentiste, transmission des résultats au SPF Santé Publique (notamment en matière d'autorisation de pratiquer pour les dentistes étrangers), enquêtes thématiques et individuelles.</li></ol>
<b>Calendrier</b>	Analyse de la base de données, détection de profils anormaux :

<b>Impact financier visé</b>	Dépend des résultats de l'analyse
<b>Moyens nécessaires et collaboration</b>	Mise à disposition des données de facturation des soins de santé (attest) Analystes nécessaires pour analyses de données Médecins-inspecteurs pour la mise en oeuvre

## 6.8 Comportement de prescription des médecins en ce qui concerne la bandagisterie

---

<b>Groupe cible</b>	Les médecins prescripteurs d'orthèses lombo-sacrées et de genouillères
<b>Objectif de l'action et motivation</b>	Analyse de la pertinence de la prescription d'orthèses lombo-sacrées et de genouillères. Avec un accent particulier sur <ul style="list-style-type: none"><li>- les indications de ces orthèses</li><li>- les constatations faites lors de l'étude de terrain de 2008 (notamment sur les produits délivrés, sur l'influence d'une prescription peu précise, sur la façon dont ces orthèses sont portées ... )</li></ul> Mise en évidence de la variabilité de la prescription suivant les catégories de prescripteurs  Modification de la pratique en matière de prescription des orthèses.
<b>Situation financière</b>	Budget 2014 des principales orthèses lombaires : 15 363 487 EUR  Budget 2014 des principales orthèses de genou : 9 233 802 EUR
<b>Procédure</b>	Analyse des données Campagne d'information et de prévention destinée aux différents prescripteurs, ciblée suivant les catégories de prescripteurs Présentation au Comité du SECM  Première approche des prix sur le marché mondial.
<b>Calendrier</b>	Analyse des données et préparation de la campagne : premier trimestre 2017



Campagne d'information et de prévention : second trimestre 2017

Présentation au Comité : septembre 2017

**Impact financier visé**

Diminution des dépenses de plus de 2.000.000 EUR  
De plus une prescription plus précise et mieux ciblée dans le domaine de la bandagisterie – orthopédie devrait en principe générer des économies sur l'ensemble des orthèses

**Moyens nécessaires et collaboration**

Analystes de données : 50 jours ETP  
Médecins-inspecteurs: 100 jours ETP

## 6.9 Radioscopie de l'article 17 et audit du protocole d'accord imagerie médicale lourde

---

**Groupe cible**

Hôpitaux - service technique médical - imagerie médicale lourde : CT, RM, SPECT, SPECT-CT, PET, PET-CT

**Objectif de l'action et motivation**

Soutenir les objectifs du protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde :

- Budget shift neutre : CT → RMN
- Pas de budget neutre, contrôle augmentation de volume PET nombre d'appareils programmés et de prestations : max. 3.400 examens cliniques et 1.200 examens scientifiques
- Développer le cadastre des appareils lourds d'imagerie médicale
- Surveiller moratorium : PET et RM
- Répartition territoriale équitable - favoriser l'accessibilité
- Développer la politique de contrôle
- Éviter une exposition inutile aux rayonnements
- Collaborer : SdSS, SPF Santé publique, AFCN, Régions et Communautés
- Contrôler le budget
- Détecter la surconsommation

**Situation financière**

- Dépenses totales du domaine concerné sur base annuelle (2014) : 425.000.000 EUR
- Montant total soumis à l'analyse : 425.000.000 EUR

**Procédure**

Piste 1, audit protocole d'accord

Analyse des données :

- **Par lieu de prestation**
  - Hôpital
  - Arrondissement – région de soins (VL) / Province (WL)

Lieu de prestation

Domicile du patient - "arrière-pays"

- Corrélation avec le nombre :  
d'appareils  
de prestations  
d'habitants
  - **Par région anatomique : tronc-parties molles, colonne vertébrale, coeur, membres et crâne (base)**
    - Hôpital
    - Arrondissement – région de soins (VL) / Province (WL)
- Lieu de prestation  
Domicile du patient - "arrière-pays"
- Corrélation avec le nombre :  
d'appareils  
de prestations  
d'habitants

Rapport semestriel avec chiffres par trimestre pour le Cabinet de la Ministre des Affaires sociales et les acteurs.

Piste 2, radioscopie prévue dans le but de contribuer à des soins efficaces :

- Succession d'examens dans une même région anatomique
- Répétition d'examens
- Upcoding
- Scission des enquêtes
- Enquête par lieu / Service
- imagerie chez les enfants
- imagerie chez des patients oncologiques
- Exposition aux rayonnements
- mammographie
- algorithmes EBM
- Comportement des prescripteurs

#### **Calendrier**

Piste 1 : rapport semestriel

Piste 2 : screening :

- Analyse des données : échéance 31.12.2016
- Actions sur le terrain : 2017

#### **Impact financier visé**

Celui-ci résultera des changements de comportement en matière de prescription et d'utilisation de l'imagerie médicale. Ce changement de comportement sera la conséquence des actions à entreprendre précitées.

#### **Moyens nécessaires et collaboration**

Données d'attestation

Analyse de données et reporting

Analystes : 30 + 30 jours ouvrables

Médecins inspecteurs : 200 jours ouvrables

## 7) Estimation des moyens nécessaires

- Capacité de personnel pour les audits hôpitaux, contrôle du secteur de l'art infirmier, etc. à l'INAMI :
  - o 10 médecins inspecteurs : 1.000.000 EUR (non compris dans les moyens alloués dans le cadre de l'article 31 du contrat d'administration INAMI 2016-2018)
  - o 1 infirmier contrôleur : 50.000 EUR
  - o Autres : 100.000 EUR
- Capacité supplémentaire développement de données :
  - o 500.000 EUR à attribuer à l'AIM
  - o 60.000 EUR à attribuer à l'INAMI
- Moyens de fonctionnement et location expertise INAMI
  - o Rédacteurs scientifiques : 120.000 EUR
  - o Experts médicaux : 240.000 EUR
- TOTAL : 2.070.000 EUR

La demande de ces moyens financiers supplémentaires sera soumise au prochain conclave budgétaire.

**Lexicon of infringements by healthcare providers in healthcare provision considered to be "WASTE" and suggested enforcement actions**

WASTE									
TYPES									
Incorrect billing of services			Unwarrented services/Overconsumption						
Rules			Guidelines EBM/BPF						
NATURE	Compliance / Formal checks		Reality/ Material check		Overutilization of services/Medical Check	Overly expensive services/Financial Check			
<b>Errors</b>	E1	Unintentionally billing a night time consult instead of a daytime consult	E2	Unintentionally billing a radiography that has not been rendered	E3	Prescription of antibiotics "out of ignorance" for simple rhinitis	E4	Prescription of the most expensive antibiotics "out of ignorance" for a simple infection	O u t l i e r
Enforcement		information/warning/(reimbursement claim)/ (admin fine)		information/warning/reimbursement claim/ (admin fine)		information/warning		information/warning	
<b>Abuses</b>	A1	Assimilation of non insured care by use of a code for insured care	A2	A hospital "optimizes" the default % of errors permitted in their invoicing system	A3	Knowingly taking and billing an electrocardiogram without GMP indication	A4	A supplier makes and bills knowingly a tailor-made orthosis for profit only, while a cheaper prefab equivalent product exists	O u t l i e r
Enforcement		adapt or create rules		adapt or create rules		focused information/warning/(reimbursement claim)/ (admin fine)/ (disciplinary sentence) <b>Monitoring/ corrective incentives</b>		focused information/warning/(reimbursement claim)/ (admin fine)/(disciplinary sentence) <b>Monitoring/ corrective incentives</b>	
<b>Fraud</b>	F1	Intentionally billing a night time consult instead of a day time consult	F2	Intentionally billing a night time consult that has not been rendered	F3	Intentionally taking and billing an electrocardiogram without GMP indication <b>after being informed and warned</b>	F4	A supplier makes and bills intentionally a tailor-made orthosis for profit only, while a cheaper prefab equivalent product exists, <b>after being informed and warned</b>	r e s p o n s i v e
Enforcement		reimbursement claim/ (admin fine)/(penal fine)/(prison sentence)/(disciplinary sanction)		reimbursement claim/admin fine/(penal fine)/(prison sentence)/(disciplinary sanction)		(reimbursement claim)/ (admin fine)/ (penal fine)/(prison sentence)/ <b>disciplinary sentence</b>		(reimbursement claim)/ admin fine/(penal sentence)/(prison sentence)/ <b>disciplinary sentence</b>	
<b>Corruption (third party involved)</b>	C1	Implant of a singular pacemaker while billing for a quadrupal and receiving a kickback from the hospital or the industry	C2	Paying for car petrol with a certificate for a night time consult that has not been rendered	C3	Prescribing unnecessary bloodtests and receiving a kickback from the lab	C4	A supplier makes and bills intentionally a tailor-made orthosis for profit only, while a cheaper prefab equivalent with a kickback from the industry	
Enforcement		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction		reimbursement claim/admin fine/tax claim/damage claim/ tax fine/penal fine/prison sentence/ disciplinary sanction	

**Generic definitions of:**

- Errors** unjustly obtaining a benefit of any nature by UNintentionally breaking a rule or guideline
- Abuses** unjustly obtaining a benefit of any nature by knowingly stretching a rule or a guideline or by taking advantage of an absence of rule or guideline
- Fraud** illegally obtaining a benefit of any nature by intentionally breaking a rule
- Corruption** illegally obtaining a benefit of any nature by abuse of power with third party involvement