



SECM Rapport d'activités 2012

Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Mai 2013

LE BILLET DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

Qualifier l'année 2012 pour le Service pourrait être : « Tournée vers l'avenir ».

D'un point de vue légal d'abord : 2012 a débuté avec d'importantes restrictions des sanctions applicables aux prestataires fautifs. Elles étaient imposées par le Code pénal social entré en vigueur en 2011. Ces restrictions ont été levées par une modification de la législation publiée le 18 mars 2012. Cela a permis pour l'avenir à un retour à des sanctions proportionnelles aux fautes commises.

Une nouvelle tâche s'est imposée au Service : la gestion de l'accréditation des médecins-conseils. Celle-ci se renouvellera d'année en année.

D'un point de vue interne ensuite. De profondes modifications du Service sont à attendre suite à l'arrivée à la pension de 30% du personnel actuel d'ici 2015. Cette situation s'est préparée en 2012 par la mise en place de groupes de travail. Ils ont réalisé un bilan des forces, des faiblesses et des opportunités futures liées à cet état des choses.

Dans le même ordre d'idées, la direction a accompli un tour des provinces. Une journée était consacrée à la visite de chaque province, ainsi qu'au service central. Cela a permis de rencontrer l'ensemble du personnel et de réaliser un bilan de la situation, avec les difficultés actuelles et les solutions proposées pour la suite.

Imposées par le gouvernement, certaines mesures auront aussi un impact sur les temps à venir. Des mesures d'économies ont entraîné la préparation de la fermeture en 2013 des centres de Charleroi, Tournai et Verviers. Une approche RH des demandes des collaborateurs et des possibilités internes a tenté d'atténuer au maximum les répercussions attendues pour le personnel.

Et même si elles n'ont pas encore été mises en chantier en 2012, deux perspectives nouvelles ont déjà mobilisé les esprits pour le futur :

- le contrôle des médecins-conseils en matière d'incapacités de travail
- la participation du SECM à la mise en place d'une task-force en vue d'optimiser l'utilisation des moyens financiers mis à la disposition des prestataires de soins infirmiers.

Mais l'avenir c'est aussi le quotidien du Service : les missions d'information, d'évaluation et de contrôles divers dont vous retrouverez le détail dans les pages qui suivent.

Comme chaque année, je veux remercier l'ensemble des collaborateurs qui s'investissent au quotidien et dans la préparation de cet avenir.

Docteur Bernard Hepp
Médecin-directeur général
Fonctionnaire-dirigeant.

RAPPORT : MODE D'EMPLOI ET PRECAUTIONS DE LECTURE

Le rapport est structuré afin de permettre au lecteur de choisir sa grille de lecture. La table des matières ci-contre vous permettra de vous y retrouver au plus vite.

- Le lecteur pressé découvrira dans les cinq pages sur fond coloré "**En un coup d'œil**" le résumé des activités et la structure du SECM.
- Dans la partie "**Résultats**", les détails des activités sont repris avec tous les chiffres et tableaux qui reflètent le bilan 2012.
- Les textes explicatifs complémentaires sont rassemblés à la fin du document dans la partie "**Documentation**".

Point d'attention : ce rapport rassemble les actions réalisées au cours d'une année. Il faut savoir qu'une enquête n'est pas débutée, menée, clôturée et transmise aux organes du contentieux pour décision définitive au cours de la même année. Les tableaux concernent donc des dossiers différents : il ne faut pas y chercher la chronologie d'un même dossier.

Bonne lecture !

Ce rapport est conçu et réalisé par l'i&C-team du SECM sur base des résultats et renseignements fournis par les autres départements à la date du 30 avril 2013.

Il a été présenté à la séance du Comité du SECM du 31 mai 2013.

TABLE DES MATIÈRES

Le billet du Fonctionnaire-dirigeant	3
Lecture du rapport : mode d'emploi	4
Table des matières.....	5
1^{ère} partie : en un coup d'œil	7
I. Le SECM	8
II. 2012 : réalisations.....	9
III. Quelques chiffres SECM 2012.....	10
IV. Le personnel	11
V. La structure.....	11
2^{ème} partie : résultats.....	13
I. L'impact des actions du Service, l'ECONOMIE INDUITE.	15
II. L'information.....	17
1. <i>Information des dispensateurs de soins</i>	<i>17</i>
2. <i>La fonction d'avis</i>	<i>17</i>
III. L'évaluation	19
IV. Le contrôle en soins de santé	23
1. <i>Les enquêtes thématiques « CENEC »</i>	<i>23</i>
2. <i>Le contrôle « Code-barres unique »</i>	<i>30</i>
3. <i>Les enquêtes individuelles</i>	<i>31</i>
V. Récupérations et mesures appliquées par les organes du contentieux	37
1. <i>Les organes d'administration active</i>	<i>43</i>
2. <i>Les juridictions administratives.....</i>	<i>46</i>
VI. Le contrôle en incapacité de travail	51
1. <i>Le contrôle de l'incapacité de travail après la première année</i>	<i>51</i>
2. <i>Le contrôle de l'incapacité de travail à la demande des médecins-conseils.....</i>	<i>51</i>
3. <i>Le contrôle du travail du médecin-conseil en matière d'incapacité primaire.....</i>	<i>52</i>
4. <i>Expertises et enquêtes à la demande des tribunaux du travail.....</i>	<i>52</i>
5. <i>Le contrôle médical de l'incapacité de travail des titulaires handicapés et de certains travailleurs indépendants</i>	<i>52</i>
6. <i>Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères</i>	<i>52</i>
VII. Le contrôle primaire des Organismes assureurs	55

3^{ème} partie : perspectives 2013-2014	59
4^{ème} partie : documentation.....	63
I. La loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins	65
1. <i>Historique.....</i>	65
2. <i>Infractions</i>	65
3. <i>Mesures applicables</i>	66
4. <i>Explications.....</i>	67
5. <i>Organes du contentieux</i>	68
6. <i>Procédures en matière de surconsommation et de sur-prescription.....</i>	69
7. <i>Conclusion</i>	70
II. Le SECM au sein de l'INAMI	71
III. Le SECM : bonne gouvernance	73
1. <i>Gestion du SECM.....</i>	73
2. <i>Le Comité du SECM.....</i>	73
IV. Le SECM : types d'actions.....	75
1. <i>Information.....</i>	75
2. <i>Évaluation</i>	75
3. <i>Contrôle</i>	75
4. <i>La jurisprudence</i>	76
V. LEXIQUE DES ACRONYMES	77
VI. Plus d'informations ?	78

1^{ère} partie : en un coup d'œil

I. LE SECM

MISSION

La mission du SECM est de contribuer à l'utilisation optimale des moyens de l'Assurance soins de santé et indemnités (ASSI).

A cet effet, le SECM veille entre autres au respect par tous les intervenants de leurs obligations dans le cadre légal et réglementaire : dispensateurs de soins, gestionnaires des établissements de soins, Organismes assureurs, assurés sociaux,

STRATÉGIE

La stratégie du SECM repose sur trois piliers : Information, Contrôle et Évaluation.

Toutes les missions et responsabilités du SECM sont fondamentalement complémentaires. Par une approche générale et efficiente, le SECM choisit au moment opportun la combinaison idéale des actions et contribue ainsi à la meilleure utilisation des moyens mis à disposition par l'assurance SSI.

Le SECM n'est qu'un des acteurs qui veillent à cette utilisation optimale. Pour cette raison, le service remplit sa mission dans le contexte, basé sur le respect mutuel, d'une collaboration et d'un partenariat profitables à tous les acteurs.

ACTIVITÉS

- Diffuser de l'information aux dispensateurs de soins
- Évaluer les prestations, prescrites ou dispensées, de l'assurance soins de santé
- Contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi
- Assurer le contrôle médical dans le cadre de l'assurance indemnités et maternité
- Faire exécuter les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant, le Comité, les Chambres de première instance et les Chambres de recours.

VALEURS

Intégrité, Respect, Confiance, Esprit d'équipe, Professionnalisme.

ENGAGEMENT

Au service de la société, le SECM s'engage à remplir ses missions avec efficacité.

II. 2012 : RÉALISATIONS

Sur le plan de l'information - communication :

- Participation à la rédaction de la brochure « Remboursement des médicaments du chapitre IV. Comment demander le remboursement ? Contrôle renforcé. »
- Publication d'une version actualisée de la brochure « Missions et procédures ».
- Présentation au Comité d'un recueil des publications, études et enquêtes thématiques réalisées de 2005 à 2011.

Sur le plan du contrôle :

814 enquêtes individuelles ont été clôturées et un indu total constaté de 11,88 millions EUR.

Deux enquêtes thématiques ont été terminées :

- IP020 Mesure d'impact de l'enquête hémodialyse
- IP021 PET/CT-scans : étude de la facturation

Sur le plan de l'évaluation :

Un projet terminé : mesure d'impact de la campagne de sensibilisation « quinolones »

Sur le plan des récupérations et des mesures applicables :

Nombre de décision des organes du contentieux :

- Fonctionnaire-dirigeant : 99
- Chambre de première instance : 86
- Chambre de recours : 59

Sur le plan du contrôle en incapacité de travail :

Réalisation de 11.132 examens médicaux dans le cadre des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité.

Sur le plan international :

- Participation au Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé, « European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN) »
- Participation à la COOPAMI (plate-forme de coopération entre pays visant à développer et moderniser les systèmes de sécurité sociale, notamment dans les pays en voie de développement)
- Échange d'informations dans le cadre de l'accord bilatéral franco-belge.

III. ACTIVITES SECM 2012 : QUELQUES CHIFFRES

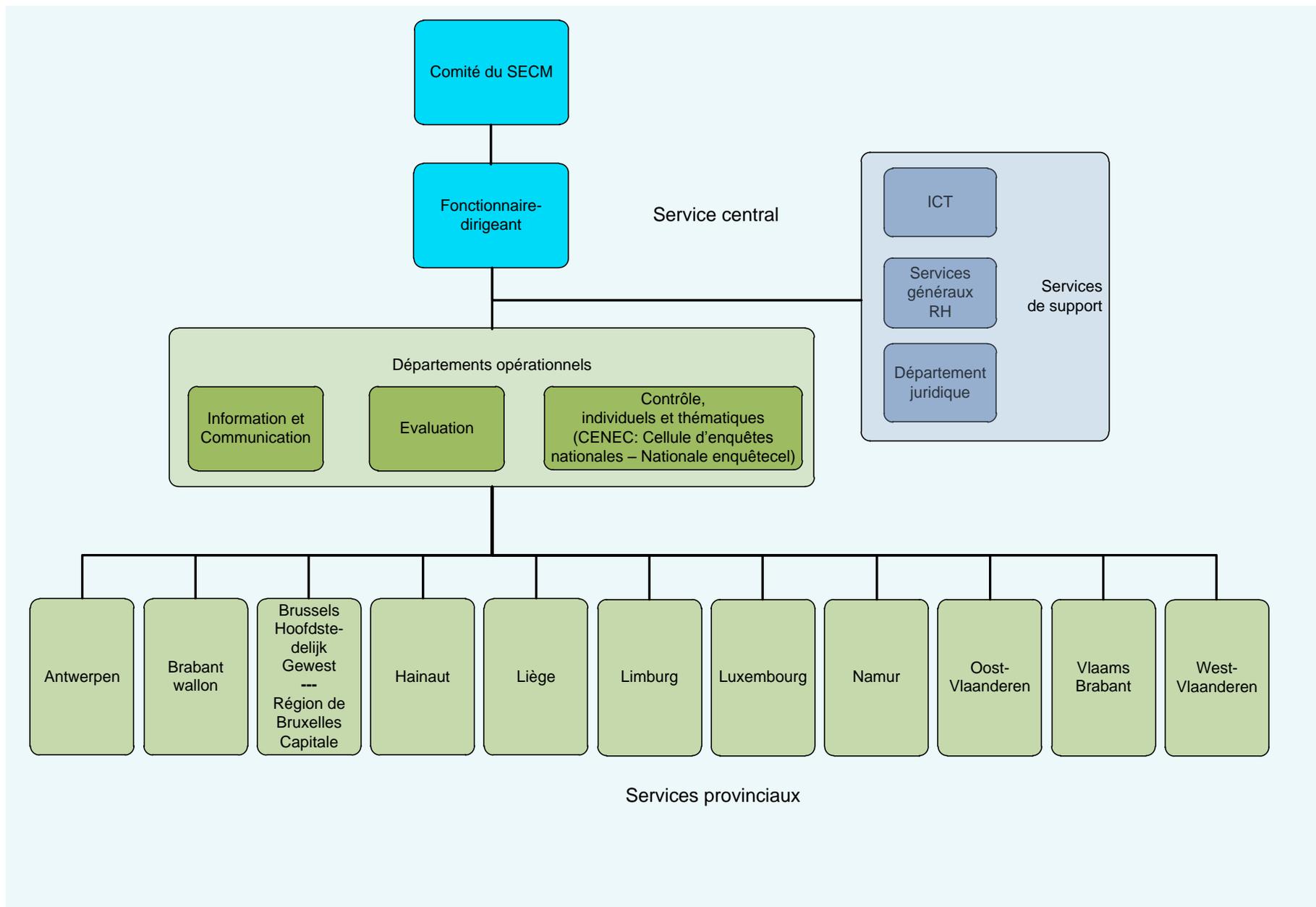
	2012
Information	
Mise à disposition des brochures d'information sur le site internet de l'INAMI	
Évaluation	
Nombre de thème clôturé	1
Contrôle	
Nombre d'enquêtes individuelles clôturées	814
Montant des remboursements volontaires perçus (enquêtes clôturées « avertissement avec remboursement volontaire »)	3.474.763 €
Nombre d'enquêtes thématiques (CENEC) clôturées	2
Procédures et mesures applicables :	
1. Décisions du Fonctionnaire-dirigeant	
Nombre de décisions prononcées	99
Montant des remboursements ordonnés	1.194.792 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	808.500 €
Montant des amendes administratives avec sursis prononcées	341.738 €
2. Décisions de la Chambre de première instance	
Nombre de décisions prononcées	86
Montant des remboursements ordonnés	3.029.151 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	1.326.909 €
Montant des amendes administratives avec sursis prononcées	700.803 €
3. Décisions de la Chambre de recours	
Nombre de décisions prononcées	59
Montant des remboursements ordonnés	3.624.379 €
Montant des amendes administratives effectives prononcées	216.997 €
Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	
Nombre d'examens médicaux effectués	11.132

IV. LE PERSONNEL

Personnel SECM au 01-12-2012	Service central			Services provinciaux			TOTAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Médecin-directeur général	1		1				1
Médecin-inspecteur général	2	1	3				3
Médecin-inspecteur directeur		1	1	6	5	11	12
Conseiller	2	1	3				3
Pharmacien-inspecteur	3	3	6				6
Attaché	5	2	7	4	1	5	12
Attaché juriste	4	4	8				8
Médecin-inspecteur	3	6	9	42	33	75	84
Expert SMALS	1	3	4				4
Expert administratif		1	1	3	3	6	7
Expert technique (infirmier-contrôleur)				27	17	44	44
Assistant administratif	11	5	16	39	31	70	86
Collaborateur administratif	5	9	14	17	16	33	47
TOTAL	37	36	69	138	106	244	317

V. LA STRUCTURE

Voir organigramme ci-après.



2^{ème} partie : résultats

I. L'IMPACT DES ACTIONS DU SERVICE, L'ECONOMIE INDUITE.

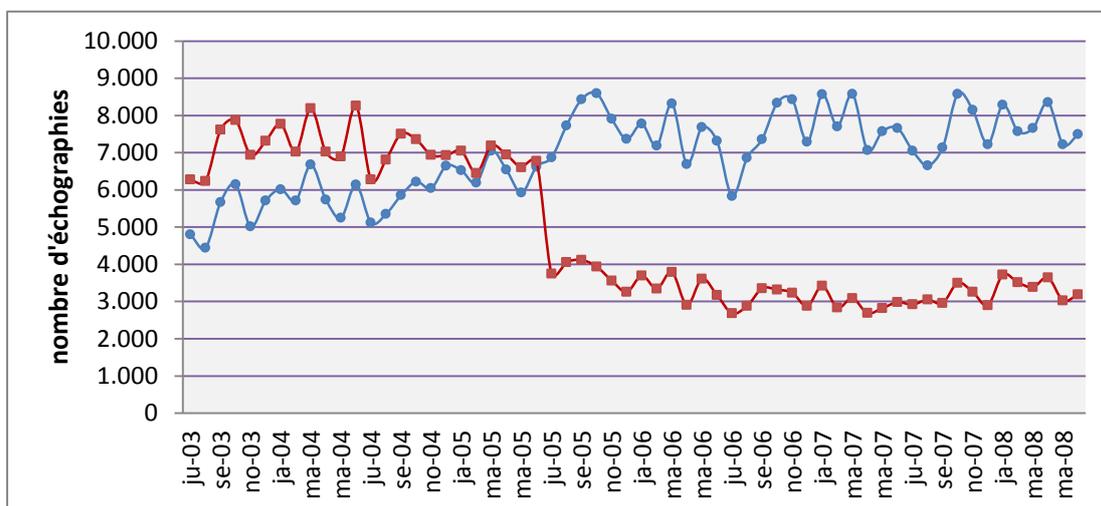
Un bilan d'activités exige des chiffres, des tableaux, des graphiques. Vous en trouverez dans les pages qui suivent : nombre d'enquêtes, montants de toutes sortes, activités réalisées cette année.

Et pourtant le bilan du SECM ne se limite pas à ces données.

L'information réglementaire correcte apportée par les brochures « Infobox » aux nouveaux dispensateurs, ou déjà aux étudiants grâce à leur utilisation par leurs enseignants, permet à l'assurance d'éviter les conséquences financières d'une erreur répétée durant toute leur carrière.

Un courrier envoyé suite à un projet du département Évaluation à quelques dispensateurs et repris dans la presse spécialisée peut modifier le comportement prescripteur de tout un groupe professionnel sans que cette amélioration ne soit chiffrée quelque part.

Comment, parfois des années après une campagne, mettre en évidence la persistance de l'adaptation du comportement en attestations ou prescriptions ? A titre d'illustration, effet sur le nombre d'échographies attestées pendant trois ans suite à l'envoi d'une lettre à un petit groupe de dispensateurs.



Lorsqu'un dossier, en raison de la gravité des faits constatés, est transféré au Procureur du Roi, les montants concernés (indu, remboursement, amendes) n'apparaîtront pas dans ce rapport.

Résultats

Parfois l'impact peut être chiffré, comme le contrôle du code-barres unique des médicaments (= spécialités pharmaceutiques remboursées obtenues en pharmacie). Cette action, que la Belgique fut la première à introduire en 2006, et reprise ensuite par d'autres pays européens, empêche la double facturation des médicaments. Cette infraction concerne des médicaments non délivrés mais portés en compte à l'assurance soins de santé par le pharmacien.

Une vérification, effectuée sur la période 2011 – 2012 sur les 31 dossiers de pharmaciens pour lesquels les infractions les plus graves avaient été constatées, montre une réduction très significative du nombre de doubles lectures du code-barres unique. L'impact sous forme d'économie induite se chiffre à 1.052.000 EUR pour les 31 pharmaciens concernés, soit 500.000 EUR sur une base annuelle. L'effet sur l'ensemble du secteur du médicament est à l'étude.

En résumé, l'impact du SECM sur l'Assurance soins de santé et indemnités ne se limite pas aux seuls montants présentés ici. Un autre impact, l'économie induite de ses actions qualitatives et quantitatives, doit toujours être pris en compte.

II. L'INFORMATION

1. Information des dispensateurs de soins

Brochures d'information

Le service publie des brochures d'information à l'intention des dispensateurs de soins. Ces brochures ont pour objectif de leur apporter une réponse aux questions les plus fréquentes qu'ils peuvent se poser, en particulier chez les débutants. Cela concerne différents domaines de leur pratique quotidienne et leur dit ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif sans devoir éplucher tous les textes de loi.

Les groupes cibles (dispensateurs débutants, maîtres de stage, ...) sont informés de leur publication et les brochures sont envoyées sur demande. Les textes sont aussi publiés sur le site web de l'INAMI.

2012	Brochure
Avril	Remboursement des médicaments du chapitre IV. Comment le demander ?
Novembre	Missions et procédures, mise à jour

Exposés et conférences

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

2012	
Exposés et conférences	6

2. La fonction d'avis

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

2012	
Participations	179

III. L'ÉVALUATION

Le service réalise des projets d'évaluation dans différents domaines médicaux afin de déterminer si les prestations, prescrites ou dispensées, le sont en concordance avec la réglementation et les règles de bonne pratique médicale.

Outre l'impact direct dans les domaines évalués, les projets peuvent déboucher sur des enquêtes individuelles ou des sujets d'enquêtes nationales (CENEC).

Projet d'évaluation finalisé en 2012 :

09/004 Mesure d'impact de la campagne de sensibilisation « quinolones »

Les quinolones sont des antibiotiques onéreux ayant des indications limitées spécifiques. Le SECM avait démontré en 2007 leur utilisation inadéquate par les médecins généralistes et réalisé une campagne de sensibilisation. En 2012, le Service a mesuré l'impact de cette campagne.

09/004 Mesure d'impact de la campagne de sensibilisation « quinolones »

Contexte

Les quinolones sont des antibiotiques onéreux ayant des indications limitées spécifiques dont le SECM a, lors d'une étude précédente (E 05/010), démontré l'utilisation inadéquate. En 2007, le Service a réalisé une action de sensibilisation destinée aux médecins généralistes sur base du rapport de cette étude. Ce projet étudie son impact.

Objectif

L'objectif initial était d'effectuer une mesure d'impact de la campagne de sensibilisation du SECM en 2007. Comme au cours de la même période des actions de sensibilisation différentes ont aussi été menées par d'autres acteurs, les répercussions de ces actions ont été intégrées dans l'analyse.

Méthodologie

Ce projet étudie l'évolution du nombre de prescriptions de quinolones rédigées par les médecins généralistes entre 2004 et 2009.

Les données analysées proviennent de Pharmanet. Outre le volume prescrit, globalement et par type de quinolone, l'impact des différentes formes de sensibilisation utilisées auprès de différents groupes de médecins ont été examinés. Ces (sous-)groupes ont été identifiés en fonction du comportement prescripteur et des formes d'actions de sensibilisation.

Résultats

1. Dans tous les groupes, il existe après la campagne, une légère diminution des prescriptions suivie d'une nouvelle augmentation. Au terme de la période étudiée, les valeurs de départ sont à nouveau dépassées par la plupart des groupes. Toutefois, ces valeurs sont inférieures à ce qu'on aurait pu prévoir s'il n'y avait pas eu d'action de sensibilisation spécifique.

2. Il n'y a pas eu de modification au niveau du type de molécule ou du type de conditionnement prescrits :
 - la molécule la plus récente avec l'indication la plus restreinte figure toujours en première position
 - le pourcentage de grands conditionnements s'élève toujours à 70 %.

3. Efficacité des méthodes de sensibilisation utilisées :
 - des actions personnelles de sensibilisation telles qu'une visite et une lettre individuelles ont davantage d'impact que des actions plus globales (mailing collectif)
 - plus le profil prescripteur est grand, plus l'impact est important
 - l'augmentation qui se manifeste de manière générale après la diminution initiale semble être contrecarrée par une nouvelle action de sensibilisation supplémentaire
 - une réduction importante des prescriptions chez les déviants ne représente qu'une faible pourcentage de l'impact global. À l'inverse, même une réduction restreinte des prescriptions au niveau du grand groupe des « non déviants » génère un grand pourcentage de l'impact global.

Conclusion

1. Le caractère temporaire des réductions obtenues et la position dominante de la moxifloxacine dans un domaine d'indications plutôt très contestable suscitent des questions quant à l'influence qu'exerce l'industrie pharmaceutique sur les prescripteurs.

2. Pour un effet durable sur le comportement prescripteur de médicaments, les actions isolées ne suffisent pas. Une approche globale, assortie de multiples stratégies complémentaires, coordonnées et soutenues, semble indiquée.

IV. LE CONTRÔLE EN SOINS DE SANTÉ

1. Les enquêtes thématiques « CENEC »

(Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecél)

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

Enquêtes thématiques (dites IP comme interprovinciales) terminées en 2012

- IP020 Mesure d'impact de l'enquête « hémodialyse »
Cette enquête a vérifié dans quelle mesure, suite à une enquête précédente, les hôpitaux se conformaient aux interdictions de cumuls entre
 - l'utilisation de codes de nomenclature pour des hémodialyses aiguës ou péritonéales
 - et les forfaits pour des hémodialyses chroniques.

- IP021 PET/CT-scans : étude de la facturation
L'enquête a analysé trois infractions qui avaient été mises en évidence lors du projet commun Évaluation - CENEC IP010 relatif aux examens effectués au moyen d'un PET-scan :
 1. la facturation d'un isotope lors de la réalisation d'un examen au moyen d'un PET-scan dans une indication non mentionnée dans la nomenclature
 2. la facturation de plusieurs tomographies commandées par ordinateur lors d'une prestation de PET-scan
 3. la facturation d'examens dans un service non agréé.

IP020 Mesure d'impact de l'enquête « hémodialyse »

Origine

Lors de l'enquête CENEC IP006, des cumuls interdits ont été constatés entre

- des codes de nomenclature pour des hémodialyses aiguës ou péritonéales
- et des forfaits pour des hémodialyses chroniques.

Objectif

Le but de cette enquête était de vérifier dans quelle mesure les hôpitaux se conformaient aux conditions réglementaires relatives à l'hémodialyse depuis l'enquête précédente IP006.

Base réglementaire

- A.R. du 23 juin 2003 portant exécution de l'art. 71bis, §§1^{er} et 2, de la loi coordonnée chapitre 1 intitulé « Intervention pour hémodialyse dans un centre pour hémodialyse chronique »

Art. 2, §1^{er}

..... Le pourcentage de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale est fixé pour une période de référence par hôpital comme suit :

Pourcentage = [(A/156 + B/52 + C/jours)/(A/156 + B/52 + C/jours + D/156)] x 100 où D = le nombre d'hémodialyses chroniques effectuées telles que visées au chapitre 1.

- L'A.R. du 27 novembre 1996 (Santé publique) fixe les normes auxquelles les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre, dont entre autres le service d'hémodialyse chronique (exécution de l'art. 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987).

- Circulaire HÔPITAUX 2003/6 : le forfait 761272-761283 vise l'hémodialyse chronique

Le point 2a) stipule : « pour l'hémodialyse chronique' ...;

idem au point 3.a) Montants : 'Insuffisance rénale chronique: forfait hémodialyse »

- Circulaire 2007/252 du 12 juillet 2007 avec, en annexe HOP/2007 (la nouvelle convention nationale entre les hôpitaux et les Organismes assureurs) :

les montants dus des centres d'hémodialyse chronique sont regroupés dans un nouveau chapitre IV : « Traitement de l'insuffisance rénale chronique ».

Méthodologie

Les prestations de la période de facturation 1^{er} janvier 2009 - 28 février 2010 ont été analysées.

Les codes de nomenclature : 470374, 470385, 470400, 470422, 470433, 470444, 470466, 470492, 470503 (= tous les numéros de dialyse aiguë et de dialyse péritonéale) ont été sélectionnés, ainsi que les prestations : 761272, 761283 (= forfaits hémodialyse chronique).

Les données des hôpitaux où des infractions ont encore été retrouvées dans l'analyse ont été transmises aux services provinciaux respectifs. Ces derniers ont poursuivi l'enquête en auditionnant les dispensateurs de soins concernés.

Constats

Les infractions constatées au cours de la première période d'enquête ont été réduites de manière importante : le montant indu a diminué de 80% (de plus de 2,5 millions EUR à moins d'un demi-million EUR).

Au total, 11 hôpitaux sur 53 ont commis des infractions (par rapport à 39 hôpitaux sur 53 dans l'enquête de base) :

- 6 hôpitaux ont attesté ensemble la dialyse aiguë ou péritonéale et les forfaits d'hémodialyse chronique alors que ces cumuls sont interdits
- 2 hôpitaux ont effectué une double facturation
- 3 hôpitaux ont procédé à la fois aux cumuls et à une double facturation.

Cela représente un indu de 433.828,83, EUR pour les cumuls et de 36.544,82 EUR pour la double facturation, soit 470.373,65 EUR au total.

Suites

Les dossiers concernant dix hôpitaux ont été clôturés par un avertissement à l'issue du remboursement volontaire de l'indu.

Deux hôpitaux sont en procédure :

- pour un, une discussion technique est en cours concernant uniquement un solde de 4.684,59 EUR. L'hôpital déclare que ce montant a déjà été récupéré par l'Organisme assureur mais aucun document ne permet actuellement de confirmer la chose.
- l'autre est en procédure devant la Chambre de Première Instance. Cet hôpital est le seul à encore estimer que le cumul de la dialyse aiguë et du forfait de dialyse chronique est autorisé.

IP021 PET/CT-scans : étude de la facturation

Contexte

Fin 2009, le projet commun Évaluation - CENEC IP010 relatif aux examens effectués au moyen d'un PET-scan en Belgique a été clôturé. Des procès-verbaux de constat (PVC) ont été établis à l'encontre d'hôpitaux :

- qui n'ont pas pu produire d'agrément pour un service équipé d'un PET-scan
- équipés de plus d'un PET-scan.

But de l'enquête

Cette enquête IP021 avait pour objectif d'analyser d'autres infractions qui avaient été mises en évidence lors de cette enquête, lesquelles justifiaient un examen plus approfondi.

Trois infractions ont été retenues :

1. La facturation, dans un service agréé équipé d'un PET-scan, de l'isotope FDG 699215-699226 lors de la réalisation d'un examen au moyen d'un PET-scan dans une indication non mentionnée dans la nomenclature (prestation du PET-scan portée en compte sous le numéro « alternatif » 442595-442606)
2. La facturation, dans un service agréé équipé d'un PET-scan, de plusieurs tomographies assistées par ordinateur (CT) lors d'une prestation de PET-scan portée en compte sous le numéro de nomenclature « officiel » 442971-442982
3. La facturation, dans un service non agréé équipé d'un PET-scan, d'examens au moyen d'un PET-scan et de l'isotope utilisé. Les prestations de PET-scan sont portées en compte sous un numéro alternatif.

Base légale

1. Infraction 1

- **Article 18, § 2, B, d)quater**, de la nomenclature des prestations de santé (NPS) :
A.R. du 14/12/1984

442971-442982: Tomographie à positrons par détection en coïncidence avec protocole et documents, pour l'ensemble de l'examen N 1150

442595 – 442606: Test scintigraphique fonctionnel comportant deux examens tomographiques successifs avec traitement par ordinateur comprenant au moins deux plans non parallèles de reconstruction, avec protocole et documents iconographiques.

Selon la règle interprétative 18/01, le code 442595-606 (code alternatif) peut être porté en compte pour des examens PET avec indications qui ne sont pas mentionnés dans la NPS sous le code officiel 442971-442982.

○ **Radio-isotopes repris au Chapitre VI de la réglementation en vigueur relative aux spécialités pharmaceutiques**

Catégorie à 173,53 EUR : les radio-isotopes de poids atomique bas O15, N13, C11, F18 destinés à être utilisés pour effectuer une tomographie à positrons prévue sous les numéros 442971 - 442982 de la nomenclature. Code attestable sous le pseudo-code 699215-226.

2. Infraction 2

Article 18, § 2, B, d) quater, de la NPS (AR du 14.12.1984)

442971-442982: *Tomographie à positrons par détection en coïncidence avec protocole et documents, pour l'ensemble de l'examen* N 1150

[...]La prestation 442971 - 442982 n'est cumulable qu'avec une seule des prestations techniques des articles 17, 17bis, 17ter ou 17quater, pendant une période de 12 mois, pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie.

3. Infraction 3

○ **Art. 64 de la loi coordonnée**

§ 1. *Pour les prestations effectuées au moyen de l'appareillage médical lourd ou dans des services médicaux, services médico-techniques, programmes de soins, sections ou fonctions visés dans la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 telles qu'elles sont définies par le Roi, l'octroi d'une intervention de l'assurance est subordonné à la condition que ces prestations soient effectuées au moyen d'appareillage ou dans des services qui :*

1° ont été installés et sont exploités conformément aux dispositions d'application concernant la programmation et l'agrément de la loi sur les hôpitaux et de ses arrêtés d'exécution

2° sont agréés par le Ministre, sur base de critères déterminés par le Roi pouvant se rapporter notamment au contrôle quantitatif et au financement.

À compter de la date d'entrée en vigueur de la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé, il est interdit de facturer au patient des prestations qui ne satisfont pas aux conditions mentionnées à l'alinéa 1^{er}.

- **Radio-isotopes repris au Chapitre VI de la réglementation en vigueur relative aux spécialités pharmaceutiques**

Catégorie à 173,53 EUR : les radio-isotopes de poids atomique bas O15, N13, C11, F18 destinés à être utilisés pour effectuer une tomographie à positrons prévue sous les numéros 442971 - 442982 de la nomenclature.

Méthodologie

La période de prestation analysée s'étendait du 1.1.2010 au 31.12.2010.

1. Infraction 1

Tous les codes attestables pour des examens effectués au moyen d'un PET-scan 442595-606 et 442971-982 et tous les pseudo-codes utilisés pour la facturation d'isotopes ont été demandés.

2. Infraction 2

Tous les codes attestables pour des examens effectués au moyen d'un PET-scan et tous les codes d'examen CT mentionnés à l'art. 17 de la NPS ont été demandés.

3. Infraction 3

Tous les codes de tomographies scintigraphiques et tous les pseudo-codes utilisés pour la facturation d'isotopes alors que le service dans lequel le PET-scan a été installé n'est pas agréé ont été demandés.

Les chefs de service de médecine nucléaire ou de radiologie et/ou le médecin-chef de tous les hôpitaux ont été entendus et des procès-verbaux d'audition ont été établis.

Résultats

Des infractions ont été constatées dans tous les hôpitaux pour les infractions 1 et 3 et dans neuf hôpitaux sur quatorze pour l'infraction 2.

Actions

1. Infraction 1

Un PVC a été envoyé aux chefs de service de médecine nucléaire, au médecin-chef et à l'hôpital. Tous les pseudo-codes 699215-226 portés en compte en combinaison avec le numéro PET alternatif 442595-606 ont été retenus pour la période en question.

2. **Infraction 2**

Un PVC a été envoyé aux chefs de service de radiologie, au médecin-chef et à l'hôpital. Tous les codes CT, sauf ceux correspondant au montant de remboursement le plus élevé, ont été retenus comme griefs.

3. **Infraction 3**

Un PVC a été envoyé aux chefs de service de médecine nucléaire, au médecin-chef et à l'hôpital. Tous les codes relatifs à l'attestation d'examens PET ainsi que tous les pseudocodes des isotopes utilisés y ont été retenus comme griefs.

Suites

Le montant total mis à charge pour les trois infractions s'élève à 5.547.220,31 EUR.

- **infraction 1** : 163.366,10 EUR, ce montant n'a pas été remboursé
- **infraction 2** : 1.266.202,24 EUR. Sept des neuf hôpitaux ont effectué un remboursement pour un montant total de 964.261,66 EUR
- **infraction 3** : 4.117.651,97 EUR. Aucun des sept hôpitaux n'a effectué de remboursement.

Une procédure sera lancée à l'encontre des hôpitaux n'ayant pas procédé à un remboursement sur base volontaire.

2. Le contrôle « Code-barres unique »

Le code-barres unique (CBU) est un numéro unique sous forme de code-barres apposé sur chaque conditionnement pharmaceutique. Le but de ce contrôle est de permettre à l'INAMI de contrôler la délivrance réelle des médicaments.

Les firmes qui introduisent des médicaments remboursables en Belgique envoient chaque trimestre au SECM les CBU des médicaments mis sur le marché. Les offices de tarifications envoient au SECM, par le biais de fichiers intégrés, les CBU des médicaments portés en compte.

Le service vérifie par le contrôle du fichier des offices de tarification si un CBU est introduit et porté en compte plusieurs fois, soit par le même pharmacien, soit par différents pharmaciens.

Les fichiers des firmes permettent de vérifier si les CBU portés en compte par les pharmaciens ont bien été introduits sur le marché.

Contrôle CBU octobre 2010 à septembre 2012 inclus (= 24 mois)	
Nombre d'officines concernées	5.101
Nombre total de lignes de tarification analysées	273.245.970
Nombre de lignes de tarification qui doivent être munies d'un CBU	218.063.421
% sans CBU	1,23%
% nombre CBU doubles dans la même officine	0,12%
% nombre CBU dont le chiffre de contrôle (check digit) n'est pas correct	0,02%
% CBU lus correctement et CBU corrects	98,63%
% CBU identiques retrouvés dans différentes officines	0,04%

Le pourcentage de lecture des CBU reste constant depuis les quatre dernières années. Les causes de non-lecture ou de lecture double dans une même officine se situent chez les pharmaciens et sont dans la plupart des cas involontaires. Dans quelques cas, l'industrie a introduit sur le marché des codes doubles.

On a constaté un certain nombre de cas de fraude chez des pharmaciens qui ont lu des codes apparaissant également dans d'autres officines.

Conclusion

Le code-barres unique est un outil efficace pour contrôler la délivrance effective de médicaments par les pharmaciens mais aussi pour détecter les profils hors normes chez ceux-ci, ce qui permet d'effectuer des contrôles plus ciblés

3. Les enquêtes individuelles

Les médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs et infirmiers-contrôleurs ont compétence pour constater toute infraction à la loi Assurance soins de santé et indemnités et à ses arrêtés d'exécution.

a. Nombres

Tableau C1 : Nombre d'enquêtes individuelles **clôturées** en 2012

Enquêtes clôturées en 2012 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	69	8,48%
Médecins spécialistes	226	27,76%
Pharmaciens	19	2,33%
Dentistes	53	6,51%
Infirmiers	179	21,99%
Kinésithérapeutes	19	2,33%
Logopèdes	3	0,37%
Orthopédistes	9	1,11%
Bandagistes	11	1,35%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	5	0,61%
Laboratoires agréés	2	0,10%
Audiciens	6	0,74%
Pharmaciens-biologistes	3	0,37%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	73	8,97%
MRPA	16	1,97%
MRS	2	0,25%
Assurés	60	7,37%
Autres	59	7,25%
TOTAUX	814	100,00%

Tableau C2 : Nombre d'enquêtes individuelles **débutées** en 2012

Enquêtes débutées en 2012 Qualification du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	80	8,66%
Médecins spécialistes	221	23,92%
Pharmaciens	24	2,92%
Dentistes	58	6,28%
Infirmiers	194	21,00%
Kinésithérapeutes	66	7,14%
Logopèdes	1	0,11%
Orthopédistes	7	0,76%
Bandagistes	6	0,65%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	2	0,22%
Prothésistes acousticiens	6	0,65%
Pharmaciens biologistes	1	0,11%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	89	9,63%
MRPA	18	1,95%
Laboratoires agréés	3	0,32%
Assurés	78	8,44%
Autres	67	7,25%
TOTAUX	920	100,00%

Tableau C8 : nombre d'enquêtes individuelles **en cours** au 31-12-2012

Enquêtes individuelles en cours au 31-12-2012 Qualifications du concerné	Nombre	%
Médecins généralistes	66	7,33%
Médecins spécialistes	207	22,97%
Pharmaciens	22	2,44%
Dentistes	66	7,33%
Infirmiers	252	27,97%
Kinésithérapeutes	65	7,21%
Logopèdes	1	0,11%
Orthopédistes	6	0,67%
Bandagistes	5	0,55%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	2	0,22%
Prothésistes acousticiens	4	0,44%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	87	9,66%
MRPA	11	1,22%
MRS	1	0,11%
Laboratoires agréés	3	0,33%
Assurés	49	5,44%
Autres	54	5,99%
TOTAL	901	100,00%

b. Résultats

Tableau C3 : type des dossiers en fonction du résultat

Type des dossiers 2012	Nombre	%
Informatif	65	8,00%
Négatif	254	31,20%
Négatif avec action pour tiers	81	10,00%
Avertissement	96	11,80%
Avertissement avec remboursement volontaire	203	24,90%
A poursuivre	115	14,10%
TOTAUX	814	100,00%

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

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

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

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

Tableau C9 : dossiers transmis au Parquet

Qualifications du concerné	Nombre
Médecins généralistes	4
Dentistes	1
Infirmiers	3
Orthopédistes	1
Pharmaciens biologistes	1
MRPA	1
Assurés	5
TOTAL	16

Les catégories "avertissement" et "avertissement avec remboursement volontaire" reprennent les cas où, de bonne foi, le dispensateur a attesté erronément des prestations. Dans ce cas, le constat d'infraction n'entraîne pas l'ouverture d'une procédure devant les juridictions administratives mais l'envoi d'un avertissement avec, le cas échéant, le remboursement volontaire des prestations indues.

Tableau C4 : remboursements volontaires après avertissement.

Remboursements volontaires 2012 Qualification du dispensateur	Montants (EUR)	%
Médecins généralistes	46.554,75	1,34%
Médecins spécialistes	754.051,49	21,70%
Pharmaciens	28.501,32	0,82%
Dentistes	67.706,02	1,95%
Infirmiers	151.595,97	4,36%
Kinésithérapeutes	120.456,08	3,47%
Logopèdes	17.598,36	0,51%
Orthopédistes	80.843,59	2,33%
Bandagistes	16.269,10	0,47%
Dispensateurs d'appareillages divers	484.501,61	13,94%
Acousticiens	1.224,66	0,04%
Pharmaciens biologistes	1.474,60	0,04%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1.667.940,51	48,00%
MRPA	1.511,14	0,04%
Assurés	295,31	0,01%
Autres	34.238,85	0,99%
TOTAUX	3.474.763,36	100,00%

La catégorie "à poursuivre" comprend les dossiers introduits auprès d'un des organes de juridiction administrative et pénale en fonction du type d'infraction constaté. Les données statistiques sont reprises dans la partie « Récupérations et mesures appliquées par les organes du contentieux ».

c. Les infractions constatées

Le tableau reprend toutes les infractions constatées par les enquêteurs pour toutes les enquêtes clôturées dans l'année. Notons qu'une même prestation peut faire l'objet de plusieurs infractions.

Exemples :

- une radiographie dentaire peut être non conforme, faire l'objet d'un cumul non autorisé, ne pas avoir de protocole et de plus l'appareil RX peut ne pas être en ordre
- l'absence de dossier infirmier est une infraction.

Tableau C5 : Nombre d'infractions constatées (à l'exclusion des médicaments)

	2012
Nombre d'infractions constatées	534.465

d. Enquêtes suites à une plainte ou une déclaration

Les citoyens peuvent déposer une plainte auprès de leurs Organismes assureurs ou informer le SECM de l'existence éventuelle d'infractions.

On entend :

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

Le SECM analyse toutes les plaintes qui lui sont adressées. Elles peuvent déboucher, selon les éléments contenus, sur une enquête ou sur un transfert vers l'institution compétente si la matière ne relève pas de la compétence du SECM.

Les données correspondantes se trouvent dans les tableaux C6 et C7 page suivante.

Anonymat

La règle est l'anonymat des plaignants, garanti par la loi. L'article 59 du Code pénal social entré en vigueur le 1^{er} juillet 2011 stipule en effet que *"sauf autorisation expresse de l'auteur d'une plainte ou d'une dénonciation relative à une infraction aux dispositions des législations dont ils exercent la surveillance, les inspecteurs sociaux ne peuvent révéler en aucun cas, même devant les tribunaux, le nom de l'auteur de cette plainte ou de cette dénonciation"*.

Tableau C6

Enquêtes suite à une plainte	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de plaintes	242	172	147	185	236
Nombre de dossiers débutés sur plaintes	242	172	147	185	236
Nombre de dossiers débutés sur plaintes/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	26%	16%	16%	21%	26%
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels l'instruction est terminée *	242	170	146	156	137
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels un indu a été constaté *	93	59	39	45	33
Nombre de dossiers débutés sur plaintes pour lesquels une amende a été prononcée * (la plupart des dossiers débutés depuis 2010 sont toujours en procédure)	22	9	11	13	
*situation au 31/03/2013					

Tableau C7

Enquêtes suite à une déclaration	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de déclarations	121	162	221	183	185
Nombre de dossiers débutés sur déclarations	121	162	221	183	185
Nombre de dossiers débutés sur déclarations/ nombre total de dossiers débutés durant l'année	13%	15%	24%	20%	20%
Nombre de dossiers débutés sur déclarations dont l'instruction est terminée *	121	159	211	143	81
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels un indu a été constaté *	68	80	119	55	27
Nombre de dossiers débutés sur déclarations pour lesquels une amende a été prononcée * (la plupart des dossiers débutés depuis 2010 sont toujours en procédure)	28	25	10	14	
*situation au 31/03/2013					

e. Les dossiers post-contrôle

Après une enquête, un suivi informatique et une vérification permettent de s'assurer de la modification du comportement du dispensateur. Le cas échéant, une enquête de post-contrôle est ouverte.

V. RÉCUPÉRATIONS ET MESURES APPLIQUÉES PAR LES ORGANES DU CONTENTIEUX

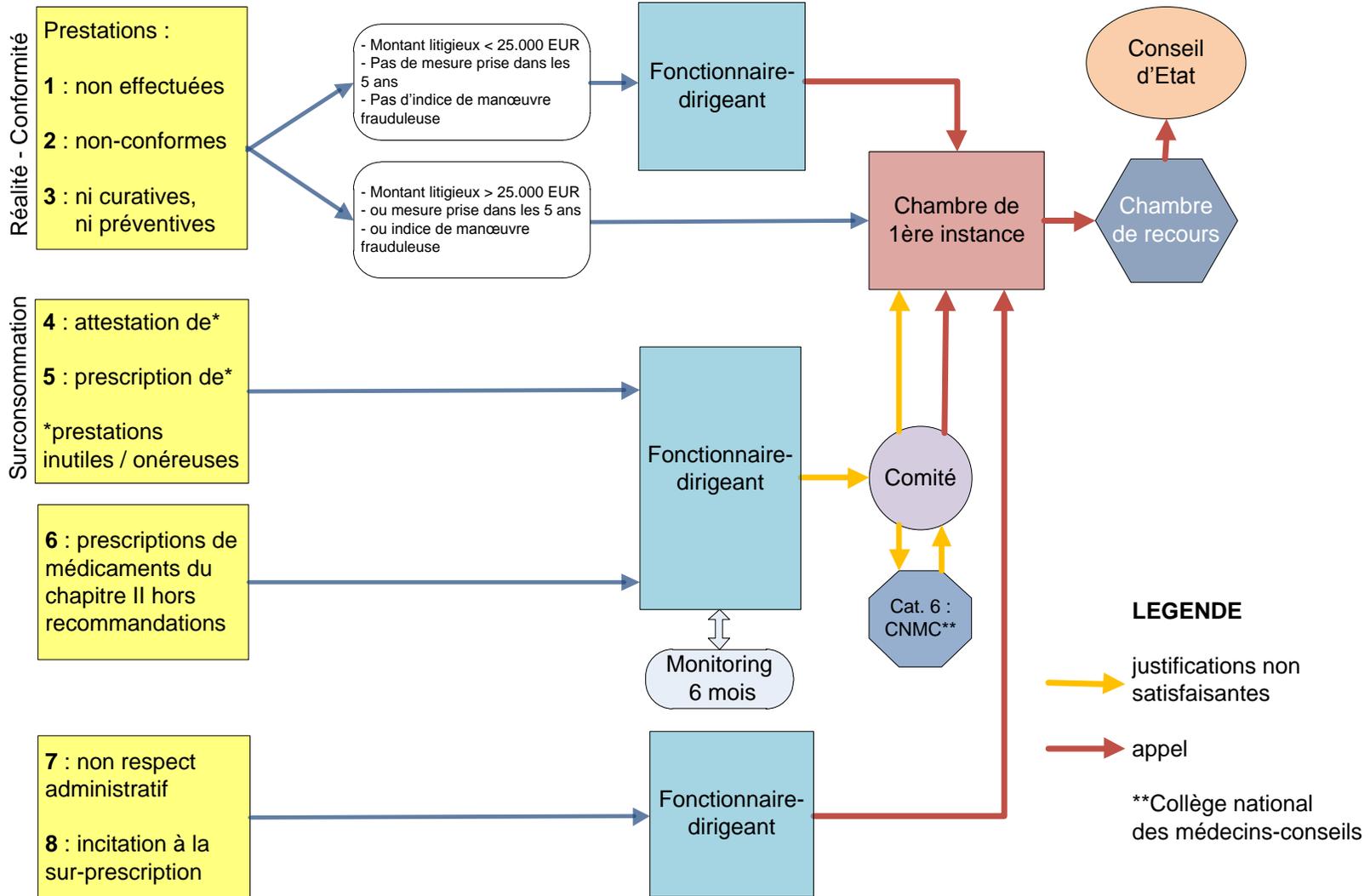
Les dossiers qui font l'objet de poursuites devant un des organes du contentieux suivent un parcours qui diffère selon la catégorie d'infractions constatées. Les divers parcours possibles sont rassemblés sur les schémas des pages suivantes.

Les lignes du temps applicables à chaque procédure sont aussi présentées. Elles mettent en évidence qu'un dossier peut faire l'objet de décisions successives par divers organes du contentieux et que la procédure se déroule sur plusieurs années.

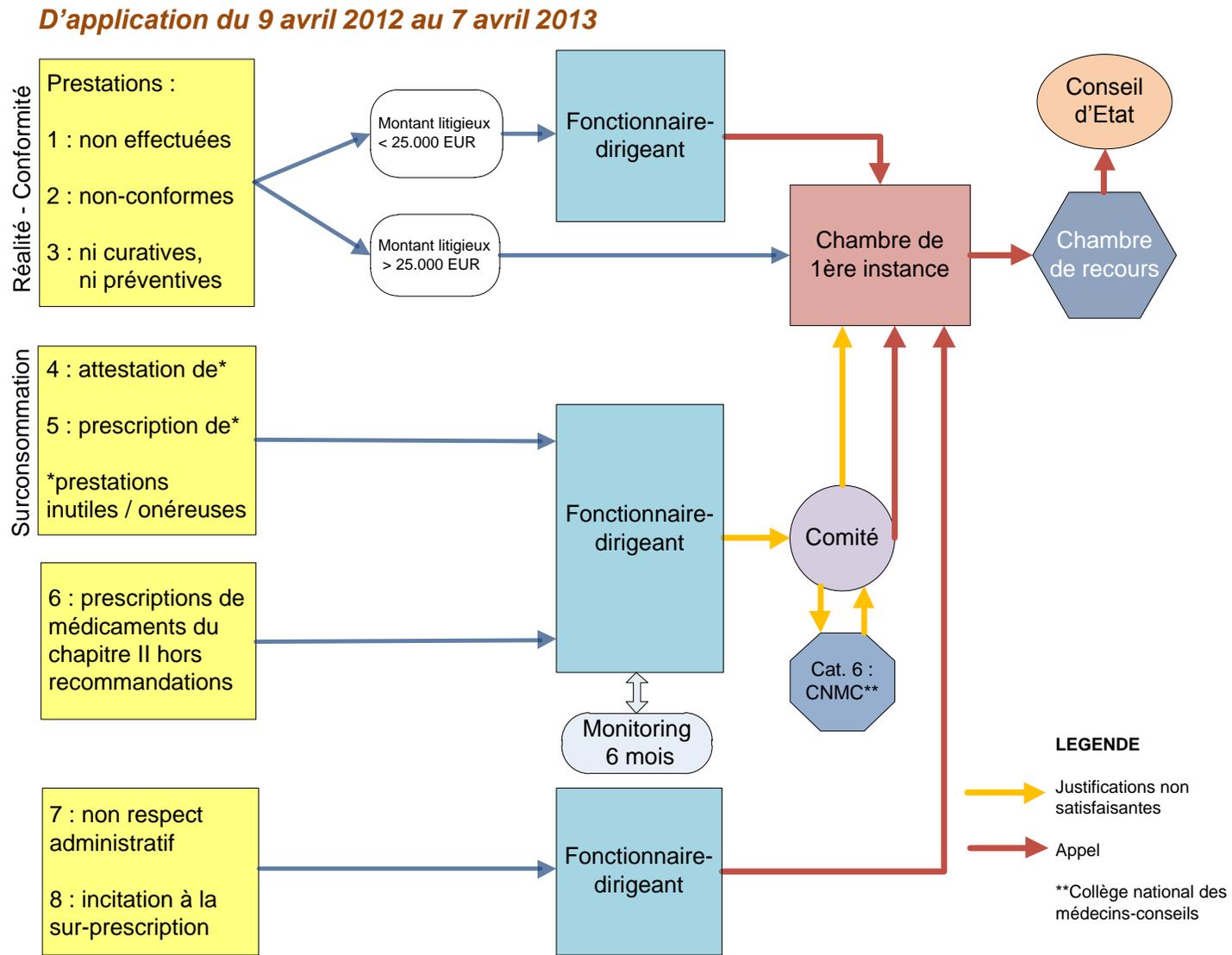
Les décisions de chacun de ces organes sont ensuite détaillées.

CATEGORIE D'INFRACTION

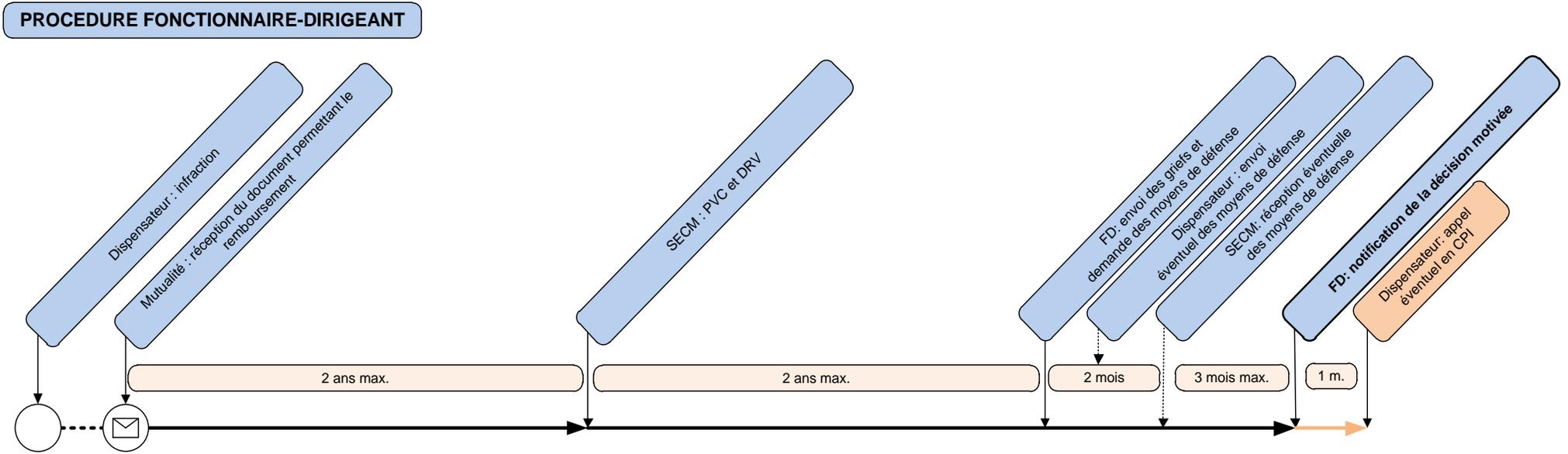
D'application du 15 mai 2007 au 8 avril 2012



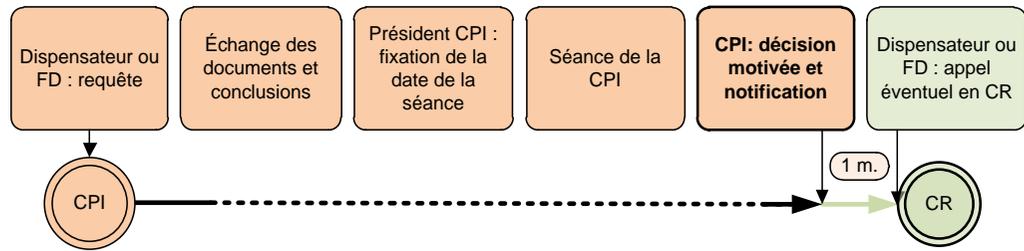
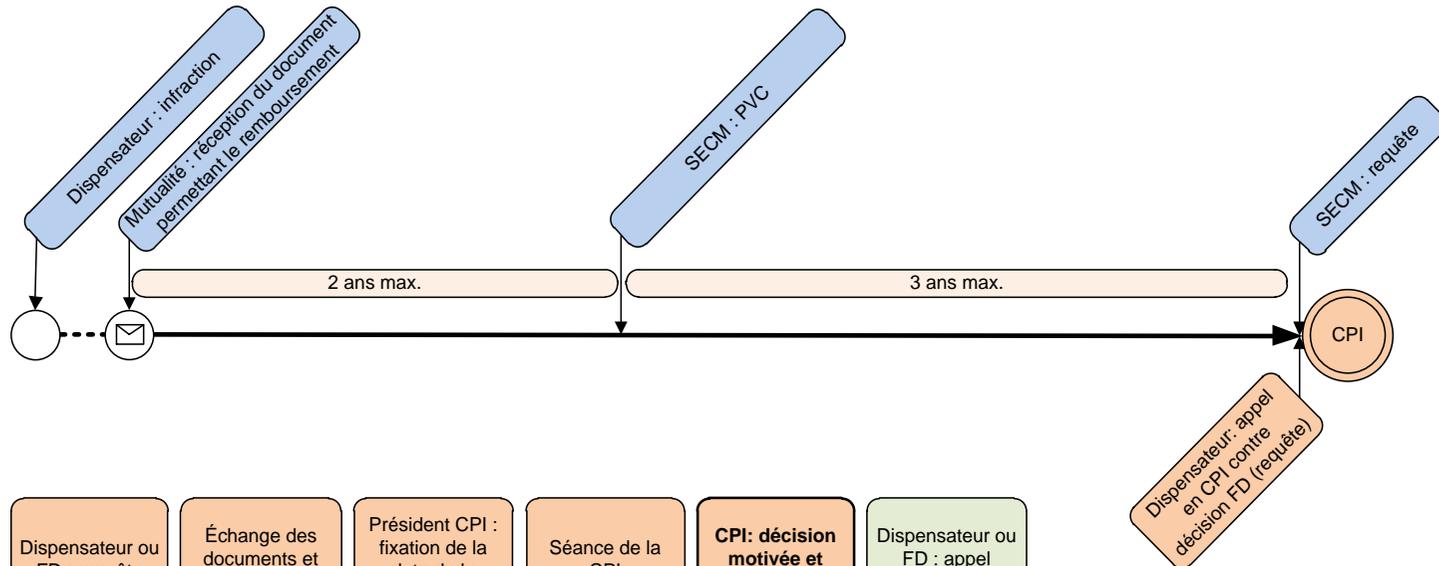
CATEGORIE D'INFRACTION



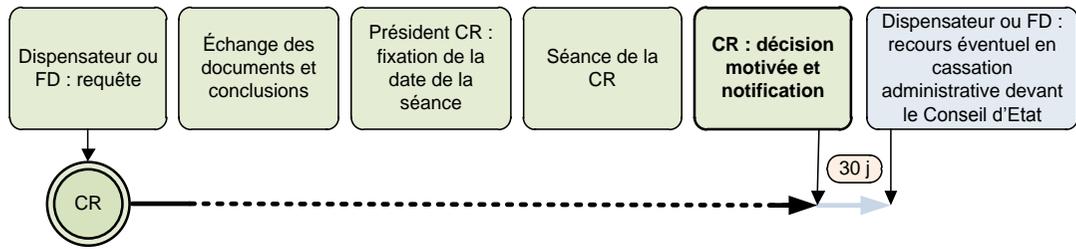
D'application depuis le 09 avril 2012



PROCEDURE CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE



PROCEDURE CHAMBRE DE RECOURS



1. Les organes d'administration active

a. les décisions du Comité du SECM

Les dossiers relatifs aux suspicions de surconsommation ou de sur-prescription sont soumis au Comité afin de décider si ces affaires peuvent être

- classées sans suite
- clôturées par un avertissement
- ou être renvoyées devant la Chambre de première instance.

Nombre de séances : 4

Dossiers surconsommation traités : 3, renvoyés en Chambre de première instance.

b. les décisions du Fonctionnaire-dirigeant

Le Fonctionnaire-dirigeant s'est vu confier par les lois de décembre 2006 le pouvoir de connaître des constats faits à charge de dispensateurs attestant des prestations non effectuées ou non-conformes, d'en ordonner le remboursement et/ou le paiement d'amendes administratives, éventuellement assorties d'un sursis.

Jusqu'au 8 avril 2012, trois conditions cumulatives limitaient son pouvoir :

- il ne traitait que les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses était inférieure à 25.000 EUR
- en l'absence d'indices de manœuvres frauduleuses
- et de mesure prise dans les cinq années qui précédaient le constat de l'infraction.

Depuis le 9 avril 2012, une seule condition reste d'application : il traite les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 25.000 EUR.

Le tableau S1.1 reprend les données concernant les décisions du Fonctionnaire-dirigeant prises en 2012.

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

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

Tableau S1.1

Qualification du dispensateur	Décisions		Ventilation des décisions			Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
			renvoi en CPI	griefs non établis	griefs établis		Remboursements imposés	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
	Nb	%	Nb	Nb	Nb	1	2	3	4	5	1+5
						EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	9	9			9	149.453,58	186.952,22	99.457,48	72.225,68	60.907,95	210.361,53
Médecins spécialistes	10	10			10	16.763,95	121.603,47	37.999,99	33.476,29	103.071,05	119.835,00
Pharmaciens	11	11	1		10	257.524,57	258.268,27	385.456,81	21.295,11	365.808,40	623.332,97
Dentistes	6	6			6	20.115,30	47.032,51	18.802,69	15.442,02	8.943,52	29.058,82
Infirmiers	50	50	3	1	46	301.152,13	426.181,42	223.140,18	151.009,65	251.927,98	553.080,11
Kinésithérapeutes	7	7			7	27.221,45	102.180,71	23.341,21	41.267,59	56.278,02	83.499,47
Orthopédistes	1	1			1		12.780,44	12.780,44			
Dispensateurs d'implants	1	1			1	23.756,75	23.756,75				23.756,75
Hôpitaux, centres de soins	2	2			2		13.745,76	6.872,88	5.683,60	20.618,63	20.618,63
Autres	2	2			2	2.291,04	2.291,04	648,91	1.338,19	648,91	2.939,95
TOTAUX	99	100%	4	1	94	798.278,77	1.194.792,59	808.500,58	341.738,11	868.204,46	1.666.483,23

Tableau S1.2

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
99	26	26

2. Les juridictions administratives

a. les décisions de la Chambre de première instance

Il s'agit d'une juridiction administrative composée, sous la présidence d'un magistrat de l'Ordre judiciaire, de quatre membres nommés par le Roi, deux sur proposition des Organismes assureurs, les deux autres sur proposition du groupe de dispensateurs de la profession du comparant. Les membres ne siègent pas comme délégués de leur groupe, mais en raison de leurs connaissances techniques de la matière traitée.

Cette juridiction statue sur les recours introduits contre les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant.

Elle décide aussi, en premier ressort, dans toutes les affaires qui échappent à la compétence du Fonctionnaire-dirigeant. Comme lui, elle peut condamner au remboursement de l'indu et/ou au paiement d'amendes administratives effectives ou avec sursis.

La première séance de la Chambre de première instance a eu lieu le 5 février 2009.

Le tableau S2.1 reprend les données concernant les décisions de la Chambre de première instance prises en 2012.

Le tableau S2.2 reprend les appels qui ont été introduits contre les décisions de la Chambre de première instance par les prestataires ou par le SECM.

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

Tableau S2.1

Qualification du dispensateur	Décisions		Décisions en 1ère instance		Décisions en degré d'appel		Remboursements volontaires	Décisions			Montants			
	en CPI		renvoi au FD	griefs non établis	griefs établis	appel non fondé		appel fondé	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total	
	Nb	%	Nb	Nb	Nb	Nb		Nb	1	2	3	4	5	1+5
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR		EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	2	2,33			2			10.606,11	19.830,05	4.693,52		12.814,74	23.420,85	
Médecins spécialistes	15	17,44			9	2	4	38.614,93	1.257.668,15	320.901,52	435.182,87	1.111.822,84	1.150.437,77	
Pharmaciens	5	5,81			5			121.659,62	121.659,61	107.069,44		107.069,46	228.729,08	
Dentistes	7	8,14			4	1	2	259.365,87	607.575,90	430.464,09	1.901,44	30.044,35	289.410,22	
Infirmiers	49	56,98			11	3	35	124.907,88	466.025,97	331.673,81	41.159,90	236.406,67	361.314,55	
Kinésithérapeutes	1	1,16					1	19.829,00	19.829,00	19.829,00		21.790,31	41.619,31	
Logopèdes	2	2,33			2			31.405,32	58.164,13	22.800,99	18.843,20	10.000,00	41.405,32	
Orthopédistes	1	1,16			1				407.431,42		203.715,71	407.431,42	407.431,42	
Hôpitaux, centres de soins	1	1,16		1										
MRPA	1	1,16				1			12.290,00			25.840,00	25.840,00	
Autres	2	2,33			2				58.677,24	89.476,73				
TOTAUX	86	100%		1	36	7	42	606.388,73	3.029.151,47	1.326.909,10	700.803,12	1.963.219,79	2.569.608,52	

Tableau S2.2

Nombre de décisions CPI	Nombre de recours en CR par le prestataire	%	Nombre de recours en CR par le SECM	%
86	12	14	34	40

b. les décisions de la Chambre de recours

Cette instance est également une juridiction administrative, composée comme la Chambre de première instance, la différence étant que seul le magistrat a voix délibérative.

Elle se prononce en degré d'appel sur les contestations relatives aux décisions de la Chambre de première instance.

La première séance de la Chambre de recours a eu lieu le 12 janvier 2009.

Le tableau S3 reprend les données concernant les décisions de la Chambre de recours prises en 2012.

Tableau S3

Qualification du dispensateur	Décisions		Décisions en appel		Remboursements volontaires	Décisions			Montants	
			Appel Non Fondé	Appel Fondé		Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	payés en exécution de la décision	payés au total
			Nb	%		Nb	Nb	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	4	6,78%	2	2	58,58	74.907,72	24.184,24	31.266,58		58,58
Médecins spécialistes	23	38,98%	6	17	409.861,48	2.224.728,34			745.523,26	1.155.384,74
Pharmaciens	4	6,78%	1	3	242.193,44	338.721,55	64.764,95	340.691,21	6.728,11	248.921,55
Dentistes	8	13,56%	4	4		198.891,51	121.308,05	19.557,06	40.131,51	40.131,51
Infirmiers	14	23,73%	5	9	1.642,35	612.154,01	6.740,30	44.232,56	291.529,36	293.171,71
Kinésithérapeutes	2	3,39%		2	8.256,68	30.523,69		12.780,20	22.302,33	30.559,01
Orthopédistes	2	3,39%		2	12.600,00	46.042,06		26.927,08		12.600,00
MRPA	1	1,69%		1		21.805,93			21.805,93	21.805,93
Autre	1	1,69%		1		76.605,16				
TOTAUX	59	100 %	18	41	674.612,53	3.624.379,97	216.997,54	475.454,69	1.128.020,50	1.802.633,03

VI. LE CONTRÔLE EN INCAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Le contrôle de l'incapacité de travail après la première année

Après la première année d'incapacité de travail débute la période d'invalidité, durant laquelle le contrôle est confié au Conseil médical de l'invalidité (CMI). Cet organe composé de médecins des Organismes assureurs et de médecins fonctionnaires de l'INAMI décide en règle générale sur base des dossiers médicaux communiqués par les médecins-conseils. Toutefois, il arrive que le CMI ne puisse se prononcer sur pièces. Il invite alors une section de ses commissions régionales à convoquer l'assuré concerné afin de le soumettre à un examen corporel.

Ces sections sont composées de deux médecins-conseils des Organismes assureurs et d'un médecin-inspecteur du SECM qui préside. Pour garantir toute objectivité des décisions, le médecin-conseil de l'Organisme assureur auquel est affilié l'assuré ne prend pas part à la décision.

Deux possibilités s'offrent aux sections régionales :

- soit elles proposent au Conseil supérieur de l'invalidité de reconnaître l'état d'incapacité
- soit elles décident d'y mettre fin.

Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	2012
Nombre de séances	1.900
Nombre d'assurés convoqués	13.300
Nombre d'exams médicaux effectués	11.132
Nombre d'exclusions ("moins de 66%")	5.300

Source : Service des indemnités de l'INAMI

2. Le contrôle de l'incapacité de travail à la demande des médecins-conseils

Le contrôle de l'incapacité de travail (régime général et indépendants), lors de la première année, est réalisé par les médecins-conseils. Les médecins-inspecteurs exercent aussi cette compétence à la demande du médecin-conseil dans des circonstances particulières, par exemple en milieu pénitencier.

3. Le contrôle du travail du médecin-conseil en matière d'incapacité primaire

Une cartographie de l'exécution de la mission de contrôle des médecins-conseils en matière de suivi de la période d'incapacité primaire de travail est en cours d'élaboration.

4. Expertises et enquêtes à la demande des tribunaux du travail

Les décisions de refus de reconnaissance de l'incapacité de travail prises par les Commissions régionales peuvent être contestées devant les tribunaux du travail.

S'agissant de contestations médicales, le tribunal désigne, dans la plupart des cas, un expert médical chargé de l'éclairer. Tout au long de la procédure d'expertise, le médecin-inspecteur qui, en tant que président de la commission régionale, a pris la décision contestée est amené à défendre son point de vue.

Par ailleurs, il arrive que l'Auditorat du travail charge le Service d'une mission d'information à propos d'un dossier contentieux.

5. Le contrôle médical de l'incapacité de travail des titulaires handicapés et de certains travailleurs indépendants

Sous certaines conditions administratives et médicales, les personnes handicapées et les travailleurs indépendants peuvent bénéficier, en tout ou en partie, du remboursement de leurs soins de santé.

La vérification du taux d'incapacité est réalisée par les médecins-inspecteurs du SECM. Ceci fait l'objet du tableau ci-dessous.

Dossiers "H"	2012
Nombre d'exams médicaux	
o pour première reconnaissance d'incapacité de travail	19
o pour prolongation de l'incapacité	36
Au total	55
Décisions lors de ces exams :	
o assurés incapables de travailler (>66%)	45
o assurés capables de travailler (<66%)	10

6. Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères

Certains assurés relevant d'une sécurité sociale étrangère résident ou sont domiciliés en Belgique. Il arrive que l'organisme étranger auquel ils sont affiliés souhaite soumettre ces assurés à un examen médical. Les règlements européens et les conventions bilatérales signées par la Belgique organisent une entraide administrative entre les services d'inspection

des états membres. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux réalise un certain nombre d'examens médicaux dans ce cadre.

Examens médicaux à la demande d'institutions de sécurité sociale étrangères 2012	
Nombre d'examens médicaux	154

VII. LE CONTRÔLE PRIMAIRE DES ORGANISMES ASSUREURS

Le montant des frais d'administration visé à l'article 195, §1er , 2° de loi relative à l'ASSI (14/7/1994), est accordé aux Unions nationales des mutualités et à la Caisse des soins de santé de la SNCB sur la base d'une évaluation de leurs performances de gestion et celles des mutualités qui leurs sont affiliées, effectuée par le conseil de l'Office de Contrôle des mutualités et les unions nationales des mutualités dénommée ci-après « l'Office de Contrôle ».

L'évaluation visée à l'alinéa 1er porte, à partir de l'année 2004, sur les performances de gestion constatées durant la période du 1er janvier au 31 décembre de l'année à laquelle se rapporte le montant dont question à l'alinéa 1er.

La part de ce montant auquel chaque Union nationale de mutualités peut au maximum avoir droit est fixée en tenant compte du pourcentage de répartition, visée à l'article 195, §1er, 2°, alinéa 7, de la loi précitée du 14 juillet 1994 , applicable au montant des frais d'administration afférents à l'exercice concerné par l'évaluation.

Les montants ainsi accordés seront répartis entre les secteurs et régimes de soins de santé et des indemnités dans la même proportion que la partie principale des frais d'administration.

(Arrêté Royal du 28 août 2002, relatif à la responsabilisation des Organismes assureurs sur les montants de leurs frais d'administration)

N°	CRITERE	PONDERATION
1	communication de données à l'INAMI et exécution de missions du contrat d'administration	15%
2	maximum à facturer – MAF	10%
3	transmission des documents de l'assurance obligatoire à l'INAMI et des données nécessaires aux experts	5%
4	participation aux études	5%
5	contrôle interne et audit interne : respect des modalités particulières de remboursement des prestations	25%
6	modalité de paiement des factures dans l'ordre chronologique	5%
7	respect des délais : imputation des prestations comptabilisées au mois comptable	10%
8	gestion des ressources de l'Assurance obligatoire	10%
9	délais de production des pièces et données nécessaires à l'exécution des missions du SECM et qualités	10%
10	éducation à la santé	5%
		100%

Résultats

Le SECM a pris en charge le critère 5 en vérifiant le bon respect des modalités de remboursement des prestations (règles d'application, cumuls interdits, qualifications...).

Réalisation et résultats

Le critère 5 plus communément appelé « contrôle primaire » a donné naissance aux sous-projets suivants :

Sous-projet	% global d'anomalies détectées
Consultation infirmière à domicile NPS art 8 §1 et §4 bis	0,97%
Cardiologie : cumul entre les épreuves d'effort et les potentiels tardifs NPS art, 20 e)	0,01%
Soins Palliatifs : forfait payé plus de 2 fois AR 02/12/99 et LC art, 34 14°	0,03%
Dossier Médical Global payé 2 fois NPS art 2	0,01%
Dossier Médical Global payé sans contact patient NPS art 2	2,98%
Démence : identification du prescripteur des examens NPS Art 2 et art 20 f)	24,00%
Démence : bilan sans examen neuropsychologique NPS Art 2 et art 20 f)	13,00%
Démence : bilan sans examen neuropsychologique (médecin accrédité) NPS Art 2 et art 20 f)	10,00%
Démence : examen neuropsychologique sans bilan NPS Art 2 et art 20 f)	17,00%
Démence : paiements séparés consultation et prestation interdits NPS Art 2 et art 20 f)	5,00%
Cumul interdit entre bilan de démence et évaluation gériatrique NPS Art 2 et art 20 f)	0,10%
Bilan de démence remboursé plus d'une fois NPS Art 2 et art 20 f)	0,20%
Démence : qualification du prestataire pour bilan NPS Art 2 et art 20 f)	3,00%
Démence : qualification du prestataire pour bilan (médecin accrédité) NPS Art 2 et art 20 f)	3,00%
Curetage d'ostéite attesté plus d'une fois NPS art, 14 I	10,22%
Physiothérapie : cumul interdit entre prestations diagnostique et thérapeutique NPS art, 23 §1	0,09%
Ballonet intra-aortique : cumuls intrerdits NPS art 14f) et art 14e)	0,61%
Colonoscopie : aide opératoire interdite NPS art. 20,§1,c	2,20%

Le SECM a mis en place toutes les techniques de management de projet afin de transmettre dans les temps un rapport de la meilleure qualité possible à l'Office de Contrôle.

Conclusions

Ce projet vise à stimuler les Organismes assureurs pour améliorer le contrôle primaire sur les dépenses de l'Assurance SSI.

En outre, ce projet montre qu'une synergie entre les Organismes assureurs, l'Office de contrôle des mutuelles et l'INAMI peut être efficace dans le cadre d'une allocation optimale des moyens mis à disposition par l'Assurance SSI.

3^{ème} partie : perspectives 2013-2014

LES PERSPECTIVES

Pour la continuité du fonctionnement du SECM après 2014, il faut tenir compte du départ à la retraite d'une centaine de collaborateurs entre 2010 et 2015. Ceci correspond à 28 % du personnel actuel. Ces futurs retraités occupent des fonctions essentielles. Il s'agit de détenteurs de connaissances critiques, d'enquêteurs (médicaux et paramédicaux) et de membres de la direction. Assurer la continuité de notre prestation de services constitue un grand défi.

Dans ce but, un programme de changements est mis en route en 2013 pour établir la structure, l'organisation et les modes de fonctionnement du nouveau service adapté à ce fait. (Article 23 du Contrat d'administration 2013-2015 : Réorganisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en vue d'assurer la continuité et de pouvoir relever les futurs défis).

Le SECM poursuivra en 2013 ses actions dans le cadre de la stratégie « Information Contrôle Évaluation (ICE) » développée afin de contribuer à l'utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le département Information et Communication terminera la publication de la série de brochures Infobox par une pour les dentistes et une générale pour les dispensateurs ne disposant pas encore d'une brochure spécifique. Il mettra aussi à jour les brochures existantes. Dans le futur, il sera tenu compte des aspects suivants :

- écologique : diminution des impressions papier par la suppression de l'envoi systématique de versions imprimées et par l'expédition uniquement sur demande
- électronique : instauration d'une version sur le WEB, plus interactive et constamment actualisée
- technologique : accès à la brochure par les appareils mobiles (code QR, smartphone, iPad, ...)
- budgétaire : adaptation aux moyens disponibles.

Les départements Contrôle et Évaluation renforceront l'approche thématique commune dans la poursuite de la stratégie appliquée ces dernières années.

Dans le domaine juridique l'attention restera portée sur les dossiers individuels avec les infractions les plus lourdes.

La collaboration avec le service des indemnités sera revue en fonction de l'impact des modifications de fonctionnement prévues des CR-CMI.

Sur le plan du partenariat avec les Organismes assureurs, l'activité des médecins-conseils en matière de suivi de la période d'incapacité primaire de travail sera analysée sur base de la cartographie mise en place.

Une mesure d'impact du contrôle renforcé des demandes d'autorisations pour les médicaments du chapitre IV, débuté en mai 2012 et piloté par le Conseil supérieur des médecins-directeurs (institué par l'article 153 § 5 de la Loi coordonnée), sera réalisée.

4^{ème} partie : documentation

I. LA LOI SUR LA RESPONSABILISATION DES DISPENSATEURS DE SOINS

1. Historique

Le 15 mai 2007, l'entrée en vigueur des lois du 13, du 21 et du 27 décembre 2006 modifie de manière considérable la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI). Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) subit à cette occasion une réforme très importante qui affecte fortement ses structures, ses missions et la manière de les exercer.

La procédure d'examen des dossiers introduite en 2003 avait été jugée comme ne garantissant pas suffisamment le respect des droits de la défense des dispensateurs de soins. En effet, dans ce système, le Comité du SECM connaissait des dossiers "réalité/conformité" et des dossiers "surconsommation" au 1er degré et les sanctionnait le cas échéant. Cette procédure ne permettait pas la comparution directe et personnelle du dispensateur de soins devant le Comité. Le seul contact du dispensateur avec le Comité avait lieu par l'intermédiaire de deux auditeurs, membres du Comité.

Une autre critique avancée était que, même si de manière légale et donc objective, les membres du Comité étaient totalement indépendants des enquêteurs du SECM, l'impression pouvait exister qu'ils faisaient cause commune.

Ce problème devait être résolu : le dispensateur doit ressentir en tous temps que son affaire est traitée en toute indépendance et impartialité. Ces différentes réflexions ont amené le législateur à revoir en profondeur l'organisation du SECM et des procédures de contrôle. Ainsi, il a supprimé les compétences de sanction du Comité en matière de surconsommation et de réalité/conformité, et les a transférées au Fonctionnaire-dirigeant du SECM et à la Chambre de première instance.

Les lois de décembre 2006 complètent et adaptent également les missions assignées au SECM. Elles modifient les définitions des manquements ainsi que les mesures applicables aux dits manquements lorsque ceux-ci sont déclarés fondés. Enfin, elles modifient les procédures en matière de surconsommation.

2. Infractions

Les infractions sont réparties en huit catégories :

1. les prestations non effectuées
2. les prestations non conformes à la législation
3. les prestations ni curatives ni préventives (par exemple, la chirurgie esthétique "pure" ou certaines prestations de médecine sportive. Les soins palliatifs ou les actes diagnostiques ne tombent pas sous cette définition)
4. les prestations exécutées de manière superflue ou inutilement onéreuse

5. les prescriptions de prestations superflues ou inutilement onéreuses
6. les prescriptions de spécialités pharmaceutiques qui ne respectent pas suffisamment les recommandations émises par la Commission de remboursement des médicaments (CRM)
7. les infractions purement administratives (qui visent les manquements relatifs à certaines formalités administratives qui ne mettent pas en cause les conditions essentielles de remboursement de la prestation)
8. l'incitation à la surconsommation ou à la sur-prescription.

3. Mesures applicables

1. Le dispensateur de soins qui atteste des prestations non effectuées peut se voir condamné au remboursement de l'indu et est passible d'une amende administrative comprise entre 50% et 200% de l'indu.
2. Le dispensateur qui atteste des prestations non conformes peut se voir condamné au remboursement du préjudice subi par l'assurance soins de santé et/ou au paiement d'une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.
3. Le dispensateur qui atteste des prestations qui ne sont ni curatives ni préventives doit en rembourser la valeur et est passible d'une amende comprise entre 5% et 100% de l'indu.
4. Le dispensateur qui atteste des prestations exécutées de manière superflue ou inutilement onéreuse se voit condamné à rembourser le préjudice subi par l'assurance soins de santé et est passible d'une amende administrative comprise entre 5% et 100% du montant du remboursement.
5. Le dispensateur qui prescrit des prestations superflues ou inutilement onéreuses est passible d'une amende administrative comprise entre 500 et 50.000 EUR.
6. Le dispensateur qui prescrit des spécialités pharmaceutiques visées à l'article 35bis, §10, alinéa 2 de la loi SSI, en dépassant les seuils fixés par les indicateurs et en respectant insuffisamment les recommandations de la CRM, est passible d'une amende administrative de 500 à 20.000 EUR.
7. Le dispensateur qui atteste des prestations en ne respectant pas une formalité administrative qui n'est pas une condition essentielle de remboursement, est passible d'une amende administrative de 50 à 500 EUR.
8. La personne, physique ou morale, qui incite un dispensateur à prescrire ou à exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses est passible d'une amende administrative de 1.000 à 250.000 EUR. Cette dernière infraction relevait, jusqu'à la présente modification législative, de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant du

Service du contrôle administratif de l'INAMI. Désormais, c'est le Fonctionnaire-dirigeant du SECM qui sanctionnera de telles infractions.

4. Explications

La loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins introduit un élément neuf en matière de remboursement : **le préjudice financier** subi par l'assurance soins de santé. Le SECM estime le montant de ce préjudice, lequel ne doit pas encore avoir été réparé sur base d'une autre disposition de la loi.

En cas de prestations non effectuées ou de prestations ni curatives ni préventives, le montant à rembourser porte sur la valeur totale des prestations indûment portées en compte à charge de l'assurance soins de santé.

En cas de surconsommation et de non-conformité en revanche, seul le dommage financier subi par l'assurance soins de santé sera remboursé. Auparavant, la récupération totale des prestations indûment attestées entraînait parfois la récupération de sommes énormes alors que l'assurance soins de santé n'avait subi aucun dommage financier.

Exemples :

L'Ordre des pharmaciens suspend un pharmacien qui se fait remplacer à l'officine mais sous le nom duquel les prestations continuent à être attestées. Les médicaments ont bien été prescrits et délivrés par une personne habilitée à le faire, mais ils auraient dû être attestés sous le nom du remplaçant : dans ce cas, il n'existe aucun préjudice financier pour l'assurance.

Le dispensateur qui atteste sous un code mieux remboursé en lieu et place du code correct : dans ce cas, le préjudice financier est la différence entre la somme remboursée et celle qui aurait dû l'être.

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

Les règles relatives à la **prescription** sont les suivantes :

- les affaires qui relèvent de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant doivent faire l'objet dans les deux ans à compter du procès-verbal de constat :
 - d'une décision pour les affaires jusqu'au 8 avril 2012
 - de l'envoi des griefs pour les affaires après le 8 avril 2012
- la Chambre de première instance doit, quant à elle, être saisie, à peine de déchéance, dans les trois ans du procès-verbal de constat.

5. Organes du contentieux

La nouvelle loi institue deux juridictions administratives :

- La Chambre de première instance se compose d'un magistrat président et de quatre membres nommés par le Roi : deux sur proposition des Organismes assureurs, les deux autres sur proposition du groupe de dispensateurs de la profession du comparant. Tous ont voix délibérative.
- En degré d'appel, la Chambre de recours est composée comme la Chambre de première instance. La différence est que seul le magistrat a voix délibérative.

Le mandat des magistrats et membres susvisés est incompatible avec tout autre mandat exercé au sein du SECM et celui de membre du Comité. L'indépendance et l'impartialité de ces juridictions sont donc parfaitement garanties.

En ce qui concerne les droits de la défense, le système proposé permet dorénavant au dispensateur de soins de comparaître en audience publique, assisté ou représenté par le conseil de son choix.

Si la surconsommation et la sur-prescription relèvent de la compétence exclusive des Chambres de première instance, les prestations non effectuées ou non conformes relèvent tantôt de la compétence des Chambres de première instance, tantôt de celle du Fonctionnaire-dirigeant du SECM.

Jusqu'au 8 avril 2012, trois conditions cumulatives limitaient son pouvoir :

- il ne traitait que les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses était inférieure à 25.000 EUR
- en l'absence d'indices de manœuvres frauduleuses
- et de mesure prise dans les cinq années qui précédaient le constat de l'infraction.

Depuis le 9 avril 2012, une seule condition reste d'application : il traite les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses est inférieure à 25.000 EUR.

Toutes les autres affaires relèvent de la compétence de la Chambre de première instance. Ces dernières sont saisies par le Fonctionnaire-dirigeant.

Les mesures prononcées par le Fonctionnaire-dirigeant peuvent être contestées en premier ressort devant les Chambres de première instance. Les décisions prises par ces Chambres peuvent à leur tour être contestées devant les Chambres de recours, tant par le dispensateur que par le SECM, partie au litige devant les deux instances.

Pour les affaires qui relèvent de la compétence des Chambres de première instance, l'appel de leurs décisions est porté devant les Chambres de recours.

6. Procédures en matière de surconsommation

L'éventuelle surconsommation ou sur-prescription s'évalue sur base de recommandations de bonne pratique médicale et d'indicateurs de déviation manifeste ou, en l'absence de ces données, par rapport à celle de dispensateurs normalement prudents et diligents, placés dans des circonstances similaires. Il y a lieu de tenir compte entre autres d'informations scientifiques acceptées par des associations et institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale.

En matière de surconsommation, le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) élabore les recommandations et les indicateurs. En matière de sur-prescription de médicaments du chapitre II, la Commission de remboursement des médicaments (CRM) émet les recommandations et le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) définit les indicateurs.

Le SECM recueille les données relatives aux prestations concernées par les indicateurs. Il invite les dispensateurs de soins dont la pratique se situe au-delà des indicateurs à se justifier par écrit.

Après avoir examiné les moyens de défense, le Fonctionnaire-dirigeant décide de classer le dossier sans suite ou de placer la pratique du dispensateur sous monitoring pour une période de minimum six mois.

C'est ensuite au Comité du SECM qu'appartient la décision finale de classer le dossier sans suite, de le clôturer par un avertissement ou de charger le Fonctionnaire-dirigeant de saisir la Chambre de première instance.

En matière de sur-prescription de certains médicaments (type « chapitre II »), une étape supplémentaire existe avant la décision finale du Comité. Le Collège national des médecins-conseils doit être consulté. Il évalue le respect des recommandations de la CRM par le dispensateur. Si, sur base de cette évaluation, le Collège constate que le dispensateur ne respecte pas suffisamment les recommandations dans 20% au moins des cas, il en avertit le SECM qui transmet le dossier au Comité.

Si le critère d'évaluation est celui de « dispensateurs normalement prudents et diligents, placés dans des circonstances similaires », le Comité décidera de la nécessité de transmettre le dossier à la Chambre de première instance.

7. Conclusion

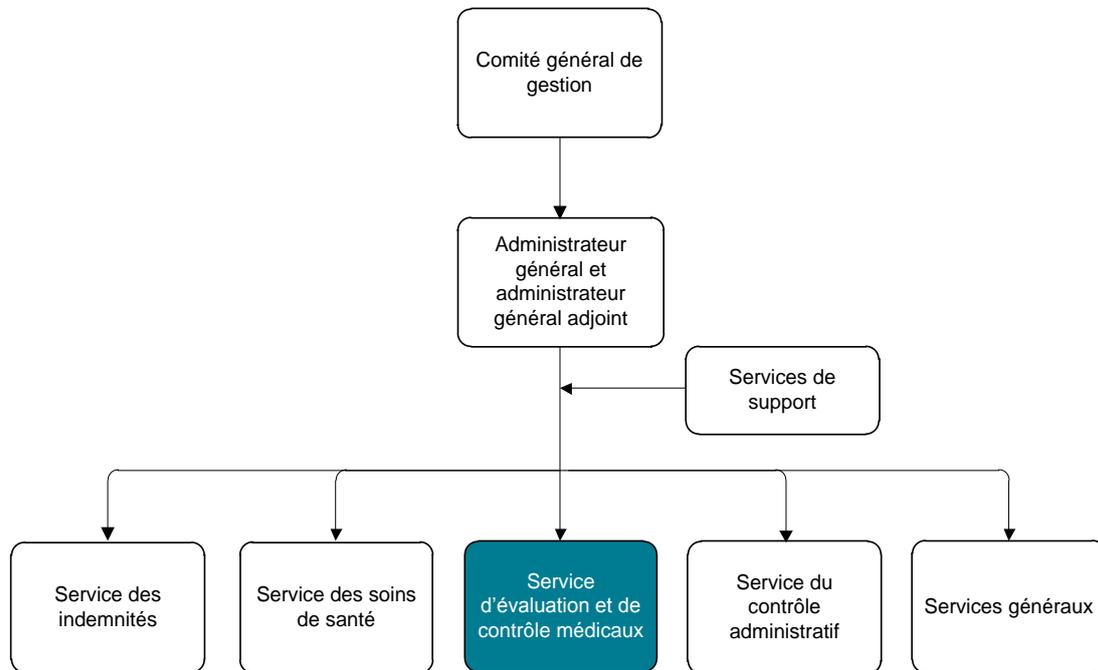
Les nouvelles dispositions introduites par les lois de décembre 2006 viennent renforcer l'efficacité du contrôle exercé par le SECM.

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

L'introduction de la notion de « dommage financier subi par l'assurance soins de santé » contribue également au sentiment de « meilleure justice » ressenti par le dispensateur de soins.

II. LE SECM AU SEIN DE L'INAMI

2012



III. LE SECM : BONNE GOUVERNANCE

1. Gestion du SECM

Ces dernières années, le Service a investi dans le processus de modernisation entamé suite aux nouvelles tâches et missions qui lui ont été confiées. Diverses procédures ont été revues et l'équipe de management du Service développe des outils de gestion et de suivi de l'efficacité de la politique menée.

Plan stratégique et Contrat d'administration

Les activités du SECM s'inscrivent dans la stratégie de l'INAMI en matière de gestion de l'assurance soins de santé et indemnités. Les actions sont étroitement liées aux plans stratégiques et contrat d'administration de l'Institut.

2. Le Comité du SECM

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est dirigé par un Comité présidé par un magistrat et composé de deux commissaires du Gouvernement, de représentants (médecins) des Organismes assureurs, de représentants de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des pharmaciens et des différentes professions médicales ou paramédicales concernées ainsi que des institutions qui dispensent des soins (hôpitaux, maisons de repos, centres de rééducation, etc.).

Il est chargé, avec le concours du personnel du Service, d'assurer le contrôle de l'assurance soins de santé, indemnités et maternité.

Jusqu'au 14 mai 2007, il connaissait de toutes les infractions à la législation AMI, aussi bien la surconsommation, la sur-prescription que l'attestation de prestations non effectuées ou non-conformes.

Depuis le 15 mai 2007, le Comité est compétent en matière de surconsommation et de prescription inutile ou trop onéreuse de prestations ou de produits.

En cas de surconsommation ou de sur-prescription, le Comité se prononce sur la suite à réserver aux dossiers qui lui sont soumis par le Service. Trois possibilités s'offrent à lui :

- soit classer le dossier
- soit le clôturer par un avertissement
- soit charger le Fonctionnaire-dirigeant du Service de saisir la Chambre de première instance en vue de poursuites et d'application des mesures prévues.

Documentation

Lorsqu'il est fait reproche à un dispensateur d'avoir prescrit certaines spécialités pharmaceutiques (type « Chapitre II ») sans avoir respecté les recommandations de la Commission de remboursement des médicaments, le Comité doit toutefois prendre l'avis préalable du Collège national des médecins-conseils avant de donner mission au Fonctionnaire-dirigeant de porter l'affaire devant la Chambre de première instance.

Les décisions de classement sans suite ou d'avertissement sont susceptibles d'être contestées par le Fonctionnaire-dirigeant qui peut interjeter appel devant la Chambre de première instance.

IV. LE SECM : TYPES D' ACTIONS

1. Information

De meilleures informations et sensibilisations des dispensateurs de soins au moyen de :

- brochures pratiques pour les dispensateurs de soins
- feed-back sur les résultats des activités d'évaluation et de contrôle
- informations utiles sur le site Internet www.inami.be (publication des décisions des instances administratives,...)

doivent permettre de prévenir les infractions à la législation.

2. Évaluation

L'évaluation est essentiellement préventive par l'information des dispensateurs de soins au sujet de leur pratique. Elle veille aussi à y détecter les anomalies dans le cadre de l'assurance SSI. Les points d'attention sont :

- la surconsommation
- l'utilité
- la réalité/conformité.

Le département Évaluation réalise par exemple un examen de la pratique professionnelle d'un groupe de dispensateurs sélectionné sur la base de critères tels que la qualification, le profil de prescripteur ou de prestataire. Les dispensateurs chez lesquels un comportement en dehors des normes est constaté sont invités à expliciter leur manière de faire.

L'évaluation peut aboutir à :

- une prévention individuelle : le dispensateur qui n'a pas pu donner une explication satisfaisante de sa pratique professionnelle reçoit une lettre de prévention individualisée
- une prévention générale : le rapport de l'évaluation thématique y compris les conclusions est diffusé largement dans le milieu professionnel concerné et peut faire l'objet d'une publication sur le site www.inami.be
- le cas échéant une proposition aux instances compétentes d'adaptation de la nomenclature en vigueur.

Les actions de l'Évaluation ne sont pas sans suites. Leurs effets peuvent être mesurés par la suite par une mesure d'impact, ou être l'occasion d'un post-contrôle.

3. Contrôle

Le contrôle permet de vérifier si, d'une part si les prestations de santé portées en compte par les dispensateurs de soins individuels et les établissements, et d'autre part les indemnités versées aux assurés, l'ont été conformément aux dispositions et conditions légales.

Dans le domaine des soins de santé, le SECM effectue des investigations ou enquêtes pouvant aboutir à une démarche, soit informative, soit préventive, soit répressive.

Dans le domaine de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité, le SECM participe, avec les médecins-conseils des Organismes assureurs, au contrôle de l'incapacité de travail au sein des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (CR-CMI).

4. La jurisprudence

L'article 157 §3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les décisions du Fonctionnaire-dirigeant, des Chambres de première instance et des Chambres de recours, sont publiées de manière anonyme sur le site internet de l'INAMI :

www.inami.be > dispensateurs de soins
> information générale
> Jurisprudence des instances administratives et juridictionnelles instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux
> décisions anonymisées.

Ces décisions sont publiées par année (selon la date du prononcé), en indiquant

- la langue de la procédure
- l'organe ayant prononcé la décision :
 - Fonctionnaire-dirigeant = FD
 - Chambre de première instance = CPI
 - Chambre de recours = CR
- et la qualification du dispensateur de soins concerné (par exemple médecin, dentiste, infirmier, ...).

V. LEXIQUE DES ACRONYMES

AMI : assurance maladie-invalidité

AR : Arrêté royal

ASSI : assurance soins de santé et invalidité

CBU : code-barres unique

CEM : Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments

CENEC : cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel

CMI : Conseil médical de l'invalidité

CNMC : Collège national des médecins-conseils

CNPQ : Conseil national de promotion de la qualité

COOPAMI : plate-forme de coopération soutenant les pays qui souhaitent développer ou moderniser une protection sociale universelle, solidaire et pérenne

CPI : Chambre de première instance

CR : Chambre de recours

CRM : Commission de remboursement des médicaments

CR-CMI : Commission régionale du conseil médical de l'invalidité

CS-CMI : Commission supérieure du conseil médical de l'invalidité

DRV : demande de remboursement volontaire

EHFCN : European Healthcare Fraud & Corruption Network

FD : Fonctionnaire-dirigeant

INAMI : Institut national de l'assurance maladie-invalidité

KCE : Centre fédéral d'expertise

MB : Moniteur belge

NPS : nomenclature des prestations de santé

O.A. : Organismes assureurs

PVC : procès verbal de constat

SECM : service d'évaluation et de contrôle médicaux

VI. PLUS D'INFORMATIONS ?

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

Contactez-nous :

Par mail : i&C-team@inami.fgov.be

Par courrier : Institut national d'assurance maladie-invalidité
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
i&C-team
Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles

