



Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018 - 2020

Bruxelles, le 4 juin 2018

Sommaire

1. Introduction	4
2. Plan d'approche	6
3. Collaboration avec les divers partenaires dans le secteur des soins de santé	9
3.1 Collaboration OA - INAMI dans le cadre d'une approche uniforme et efficiente des contrôles, des récupérations et des sanctions, y compris le déploiement des points de contact « fraude »	11
3.2 Approche intégrée des dispensateurs de soins suspendus ou dont le visa a été retiré.....	13
4. Échange de données et gestion des données.....	16
4.1 Diffusion des données.....	16
4.2 Optimisation de l'utilisation et de l'analyse des données	17
4.3 Projet-pilote Utilisation des données diagnostiques : soins efficaces en cas d'interventions cardiaques.....	19
5. Mesures structurelles	22
5.1 Création d'un cadre juridique pour un répertoire des structures de coopération clinique entre dispensateurs de soins.....	22
5.2 Garantir une facturation électronique à l'épreuve de la fraude, conformément à la réglementation	26
5.3 Audit hôpitaux.....	27
5.4 Détection de surconsommation par les dispensateurs de soins via les profils de patients	30
5.4.1 Case : Profils patients – analyse générale.....	30
5.4.2 Case: Profils patients - application aux prestations dentaires.....	31
5.5 Aide médicale urgente	32
5.5.1 Transparence et conformité dans la facturation du transport AMU au patient	32

5.5.2	Surveillance et contrôle de la facturation du transport AMU à l'autorité.....	33
5.5.3	Surveillance et contrôle des dossiers de subvention aux services ambulanciers.....	34
5.6	Seuil de justification attestation AMI praticiens de l'art infirmier à domicile.....	35
6.	Section "lutte contre la fraude".....	38
6.1	Forfaits d'hôpital de jour pour consultation en polyclinique.....	38
6.2	Monitoring cardiaque ambulatoire et hospitalisé: évaluation de l'application de la nomenclature.....	39
6.3	Médicaments attestés pendant l'hospitalisation: doses journalières facturées.....	40
6.4	Physiothérapie au sein des hôpitaux: contrôle du nombre de séances.....	41
6.5	Médicaments orphelins: conformité par rapport à l'accord du médecin-conseil.....	43
6.6	Contrôle outliers logopèdes.....	44
6.7	Médecins généralistes qui ne portent pas en compte de ticket modérateur : contrôle de la réalité des prestations effectuées.....	45
6.8	Clichés panoramiques et numéros de dents des dentistes : contrôle des clichés répétés en l'absence de traumatisme.....	46
6.9	Rétinographie : contrôle outliers.....	48
7.	Section « soins efficaces ».....	49
7.1	Approche globale.....	49
7.1.1	Methodologie.....	49
7.1.2	Les prérequis.....	52
7.1.3	Les priorités 2018-2020.....	52
7.1.4	Les analyses.....	53
7.1.5	Actions potentielles.....	55
7.1.5.1	Paquet de mesures globales.....	55
7.1.5.2	Actions ciblées à l'égard des groupes cibles.....	58
7.1.5.3	Actions complémentaires du SPF santé publique.....	58
7.2	Thèmes spécifiques « soins efficaces ».....	59
7.2.1	Dossier médical global (DMG).....	59
7.2.2	Dossier dentaire.....	60
7.2.3	Soins dentaires conservateurs.....	61
7.2.4	Cardiologie.....	62
7.2.5	Ophtalmologie.....	62

7.2.6	Neurologie EEG/VIDÉO EEG	63
7.2.7	Analyse des tests de la fonction pulmonaire	64
7.2.8	Anatomopathologie	66
7.2.9	Biologie clinique	66
7.2.10	Ménisectomies arthroscopiques	67
7.2.11	Audit du secteur de l'imagerie médicale 2.0	68
7.2.12	Autorisation de l'AFCN pour les prestations utilisant des rayons X.....	69
7.2.13	Profil de prescription des biosimilaires.....	70
7.2.14	Profil de prescription de médicaments bon marché	72
7.2.15	Médicaments du chapitre IV	73
7.2.16	Usage rationnel des antibiotiques	74
Annexe 1 : Recettes potentielles 2019		76
Annexe 2 : Moyens nécessaires		79

1. Introduction

Un premier « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 » avait été élaboré en 2016.

Ce plan d'action avait vu le jour à la suite des travaux menés par la task force créée à la demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par lettre du 9 février 2016, insistant à plusieurs reprises sur la nécessité de se concentrer davantage encore sur une utilisation adéquate des moyens dans le domaine des soins de santé, sur l'efficacité des soins de santé et sur un contrôle performant. Le rapport de la task force transmis à la Ministre le 13 juin 2016 formulait à ce propos plusieurs suggestions et recommandations concrètes ainsi qu'une stratégie d'approche.

Dans sa réaction écrite du 18 juin 2016 concernant ce rapport, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique avait notamment insisté sur l'élaboration d'un « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé ». Ce Plan d'action a été approuvé par le Conseil général de l'INAMI le 18 juillet 2016 et est arrivé à échéance fin 2017.

La nécessité d'une utilisation performante des ressources financières dans le secteur des soins de santé demeure actuel, entre autres du fait du volume réduit des moyens disponibles et de certaines tendances sociétales telles que le vieillissement de la population.

Dès lors, un nouveau « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé » portant sur la période 2018-2020 est soumis au Conseil général de l'INAMI pour approbation.

Tant le nouveau Plan d'action que le précédent portent exécution des objectifs formulés à ce sujet dans l'accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, 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. »

Ce nouveau Plan d’action s’inspire également du Pacte pluriannuel que la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a conclu avec les organismes assureurs le 28 novembre 2016. Le Pacte s’articule autour de 6 axes de modernisation dont l’axe n° 3 intitulé « Contrôle et efficacité » propose une série d’actions-engagements concrets pour toutes les parties concernées.

Par ailleurs, l’INAMI s’est attelé à l’article 35 du Contrat d’administration 2016-2018 conclu avec le gouvernement fédéral. L’article 35 de ce Contrat d’administration concerne l’« *Ancrage structurel de la lutte contre le gaspillage – création d’une Cellule Soins efficaces* ». Outre la création de cette Cellule, il est prévu de développer une méthodologie globale pour ses travaux. Pour la création de cette Cellule, des moyens en personnel récurrents supplémentaires ont été prévus et les recrutements requis ont été organisés.

Il convient également de citer le trajet « Redesign des administrations fédérales de soins de santé ». Dans le cadre de ce projet « Redesign », un programme appelé « Passerelles » a été lancé. Ce programme comporte une série de projets visant la mise en place d’une collaboration structurelle en vue de concrétiser une plus-value manifeste, une collaboration autour des projets et un alignement des processus. La politique de contrôle en matière de soins de santé en fait partie intégrante. Le Redesign vise entre autres l’INAMI, le SPF Santé publique et l’AFMPS.

Certains thèmes de ce Plan d’action peuvent être intégrés dans le socle commun des Contrats d’administrations 2019-2021 de l’INAMI, du SPF Santé publique et de l’AFMPS.

Enfin, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu le 19 décembre 2017 un nouvel accord pour 2018 et 2019. Dans cet Accord figure un chapitre distinct intitulé « Soins efficaces » (chapitre 4.4). Sur le plan des « Soins efficaces », la CNMM souhaite mener prioritairement des actions en matière d’imagerie médicale, en ce compris la rédaction d’un « Decision Support System », et en matière de biologie clinique (cf. également le chapitre « Soins efficaces »).

2. Plan d'approche

Le Plan d'action 2016-2017 comportait 15 mesures structurelles en matière de contrôle des soins de santé, 10 mesures dans le cadre de la lutte contre la fraude et 9 mesures de promotion de l'efficacité des soins de santé. Il s'agissait de combiner des points d'action axés sur une implémentation à court terme qui parfois avaient déjà parcouru tout un trajet et où d'autres points d'action, de part leur intégration dans le Plan d'action, ont servi de point de départ et n'ont donc pas encore été parachevés. Ces derniers points d'action essentiellement ont, le cas échéant, été repris dans le Plan d'action 2018-2020.

Une évaluation du taux de réalisation du Plan d'action 2016-2017 fera l'objet d'un document distinct.

Outre un chapitre distinct relatif à la collaboration et un autre chapitre distinct relatif à l'échange et à la gestion de données, le Plan d'action 2018-2020 prévoit à nouveau une série de mesures structurelles, plusieurs mesures en matière de lutte contre la fraude et certaines actions de promotion de l'efficacité des soins de santé.

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

Objectifs de ce nouveau Plan d'action :

- Dresser la liste des thèmes prioritaires pour les prochaines années (programme pluriannuel), avec mention du scope par thème.
- Rédiger un chapitre distinct concernant la collaboration entre l'INAMI, le SPF Santé publique et les divers partenaires externes, avec énumération de points d'action concrets.
- Le cas échéant, dresser l'inventaire des différentes étapes des actions à entreprendre et les concrétiser en vue d'un taux de réalisation maximum des objectifs visés.
- À ce propos, convenir d'une répartition claire des tâches par thème entre l'INAMI, le SPF Santé publique et les divers partenaires afin d'éviter doublons ou morcellements (éviter toute redondance).
- Fixer les échéances et les jalons et évaluer la charge de travail des différentes actions.
- Prévoir une plateforme fonctionnelle pour l'organisation de la concertation telle qu'elle a été organisée en 2016 et 2017 dans le cadre des travaux de la Commission anti-fraude dans le secteur des soins de santé..

De surcroît, dans le cadre de l'exécution du Plan d'action, il faudra poursuivre la réflexion sur la formulation de messages-clés à l'attention du secteur des soins de santé (changement de comportement en matière d'utilisation des soins de santé).

Lors de l'exécution du Plan, il faudra contrôler comment rendre davantage opérationnelle la partie « Soins efficaces » dans le nouvel accord de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) du 19 décembre 2017, en concordance avec le présent Plan d'action.

Le Plan d'action 2016-2017 prévoyait comme mesure structurelle la réforme de l'accréditation. Cette réforme tend à parvenir à un système dit de « Continuing Professional Development » qui met l'accent sur les réels besoins des dispensateurs de soins mais aussi sur les attentes des pouvoirs publics.

L'Accord de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) du 19 décembre 2017 prévoit la réforme du système de l'accréditation.

Pour le 30 septembre 2018, la CNMM prévoit, en collaboration avec le CNPQ et en concertation avec le SPF Santé publique, une proposition concrète reposant sur les principes énumérés ci-après où il est renoncé au caractère « tout ou rien » caractérisant le système actuel.

La CNMM souhaite qu'un nouveau système soit lancé en 2019, conçu sous la forme d'un système en trois volets contenant les éléments suivants :

- le suivi de la formation professionnelle continue, pour soutenir le cycle PDCA du médecin ou de la pratique médicale, à travers des programmes reconnus, des formations et des parcours d'e-learning en relation avec les évolutions scientifiques pertinentes et en tenant compte des priorités définies dans le plan EBP et d'objectifs de formation personnels ;
- la participation au peer review dans des groupes de qualité locaux (GLEM) en vue du développement d'une coopération professionnelle utile et de formuler des programmes d'amélioration qualitative au niveau du GLEM ;
- la réalisation d'objectifs généraux ou individuels en matière de qualité, basés sur un ensemble d'indicateurs de prescription et de traitement mis au point par des experts appartenant aux associations scientifiques pertinentes.

La réforme de l'accréditation aura entre autres pour objectif de constituer un levier de la promotion de l'efficacité des soins.

L'état d'avancement du Plan d'action sera consigné dans des rapports systématiques à la Commission anti-fraude (CAFC). Il s'agit d'un point fixe à l'ordre du jour des réunions bimestrielles.

Si souhaité, la CAFC rédigera un autre rapport externe sur l'exécution du Plan d'action à l'intention des autorités suivantes :

- la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
- le Conseil général,
- les Commissions de conventions et d'accords,
- le comité du SECM,
- le Conseil supérieur des médecins-directeurs,
- ...

3. Collaboration avec les divers partenaires dans le secteur des soins de santé

Selon le point d'action envisagé, des accords spécifiques en matière de collaboration doivent être pris avec :

- **Les organismes assureurs :**
 - dans le cadre de leurs compétences légales de gestion et d'exécution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, et en particulier en ce qui concerne le contrôle ;
 - en ce qui concerne leur rôle au sein des Commissions de conventions et d'accords où les modalités de remboursement sont, lors de leur instauration ou de leur réforme, évaluées quant à leur application correcte et réalisable et à un contrôle opérationnel ;
 - en ce qui concerne leur rôle dans l'exécution du pacte OA, avec l'accent sur l'axe 3.
 - en ce qui concerne leur rôle dans la vérification de la conformité et de la réalité des prestations ;
 - en ce qui concerne leur rôle dans l'exécution de contrôles a priori et a posteriori ;
 - en ce qui concerne leur rôle dans la lutte contre la fraude dans le secteur des soins de santé ;
 - en ce qui concerne leur rôle dans l'amélioration de l'efficacité dans le secteur des soins de santé ;
 - ...

- **L'Agence intermutualiste :**
 - en ce qui concerne son rôle dans la gestion qualitative et l'association des banques de données en matière de soins de santé ;
 - en ce qui concerne son rôle dans la politique de contrôle de l'ensemble de la banque de données AIM ;
 - en ce qui concerne sa mission de mise à disposition de données à l'INAMI via des accords de répartition des tâches entre l'INAMI et l'AIM ;
 - en ce qui concerne son rôle dans le calcul des indicateurs et dans l'exécution d'analyses via des accords de répartition des tâches entre l'INAMI et l'AIM ;
 - ...

- **Les dispensateurs de soins :**
 - en ce qui concerne leur rôle au sein des Commissions de conventions et d'accords où les modalités de remboursement sont, lors de leur instauration ou de leur réforme, évaluées quant à leur application correcte et réalisable et à un contrôle opérationnel ;
 - en ce qui concerne leur rôle dans le renforcement de l'efficacité dans le secteur des soins de santé, tant au niveau des prescripteurs qu'au niveau des dispensateurs de soins ;

- en ce qui concerne leur collaboration dans l'élaboration de trajets de suivi en matière de « soins efficaces » ;
 - en ce qui concerne leur rôle dans la réforme de l'accréditation ;
 - ...
- **Les associations scientifiques** (par le biais ou non du Conseil national pour la promotion de la qualité) :
- en ce qui concerne leur rôle dans les actions « soins efficaces » et dans la sélection de domaines et d'indicateurs prioritaires ;
 - en ce qui concerne leur rôle dans la diffusion de l'EBM sous-jacente de ces indicateurs ;
 - en ce qui concerne la rédaction, la discussion et la promotion des rapports relatifs aux « soins efficaces » ;
 - en ce qui concerne leur collaboration dans l'élaboration de trajets de suivi en matière de « soins efficaces » ;
 -
- **Le SPF Santé publique, DG Soins de santé :**
- en ce qui concerne son rôle dans la surveillance, le contrôle et la lutte contre la fraude dans le secteur des soins de santé, notamment au niveau des hôpitaux, des dispensateurs de soins et du secteur de l'aide médicale urgente ;
 - en ce qui concerne son rôle dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins de santé pour certains aspects de ce Plan d'action, également dans la perspective de la nouvelle réglementation prévue en matière d'organisation des professions de la santé qui assurera la qualité des pratiques, quel que soit le lieu de prestation des soins ;
 - dans le cadre du programme « Passerelles » du Redesign des administrations fédérales de soins de santé ;
 - dans le cadre du futur socle commun en préparation que sera le Contrat d'administration INAMI - SPF Santé publique - AFMPS pour la période 2019-2021 (volet du programme « Stratégie » dans le cadre du Redesign) ;
 - en ce qui concerne son rôle de coordination et de secrétariat au sein de la Conférence interministérielle Santé publique et la concertation avec les administrations des entités fédérées
 -

L'INAMI et le SPF Santé publique entameront la concertation afin d'aboutir, pour le contrôle des soins de santé, à un processus d'alignement stratégique, réglementaire et opérationnel systématique.

Le Plan d'action périodique en matière de contrôle des soins de santé sert de base pour définir une stratégie commune en matière de contrôle entre les institutions où des accords sont pris afin de fixer des priorités, la capacité, l'engagement futur des ressources et du personnel, la délimitation de synergies, etc.

L'harmonisation de la législation et du travail stratégique préparatoire où il est tenu compte de la cohérence entre la santé publique et l'assurance en fait également partie, de même que l'élaboration des projets communs repris dans ce Plan d'action via des méthodes et des équipes communes.

Sous réserve d'autres éléments qui seront formulés dans le cadre du plan d'action, les points concrets de collaboration et de consultation suivants ont déjà été inclus.

3.1 Collaboration OA - INAMI dans le cadre d'une approche uniforme et efficiente des contrôles, des récupérations et des sanctions, y compris le déploiement des points de contact « fraude »

Groupe cible

- Tous les dispensateurs de soins
- Tous les bénéficiaires des soins de santé
- OA, DGSS (SPF SP) et SECM (INAMI) dans le cadre des travaux du CAFC et du Conseil supérieur des médecins-directeurs.

Objectif de l'action et motivation

Le 18 juillet 2016, le « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 » a été approuvé par le Conseil général de l'INAMI. Le point d'action 4.6 concernait la création de points de contacts en matière de fraude et de gaspillage dans le secteur des soins.

Le point de contact est une nouvelle source d'informations qui contribue à définir l'approche des contrôles et où il convient de conclure des accords.

L'objectif est de favoriser des synergies lors des actions de contrôle : s'entraider/éviter du double travail.

Il a également pour objectif de créer la transparence quant aux enquêtes effectuées et aux récupérations financières qui s'ensuivent (contrôles a priori et contrôles a posteriori des OA, contrôle a posteriori du SECM).

Cela doit aboutir à une répartition concertée des missions et à une gestion des processus en matière de renvoi et de traitement des signalements selon le type et les éventuelles répercussions.

Situation financière

Peut concerner chaque partie du secteur des soins de santé.

Procédure

Pour pouvoir obtenir des résultats opérationnels à court terme, le choix s'est porté sur une procédure décentralisée où les antennes et les initiatives telles qu'elles existent actuellement au sein des organismes assureurs fonctionneront comme points de contact. Par la suite, une centralisation sera prévue au niveau de la commission datamining et contrôle du CIN.

Une mise en application adéquate est ainsi assurée par une approche efficiente et uniforme à l'égard des prestataires de soins par tous les OA (y compris le remboursement des dommages).

Des accords de répartition des tâches sont pris à ce sujet entre l'INAMI et les OA.

Approche par type de plainte reçue :

- 1) Les plaintes concernant des prestations non effectuées seront soumises au SECM par les OA.
- 2) Les plaintes relatives aux prestations non conformes ou à la surconsommation seront traitées par les OA et/ou l'INAMI selon une répartition concertée.

Parallèlement, des accords de répartition des tâches sont nécessaires :

- La communication entre les OA et l'INAMI concernant les récupérations effectuées.
- La régularisation des prestations de soins de santé récupérées par le SECM.
- Coopération et communication avec le SPF Santé Publique en ce qui concerne les points inclus dans ce plan d'action et, entre autres, en ce qui concerne la communication d'informations à propos des prestataires de soins outliers dans le cadre des travaux de la commission de planification. Sur la base des données de facturation des soins de santé, en tenant compte des outliers, la commission de planification détermine la charge de travail pour chaque groupe professionnel.
- Le rapport annuel sur le déroulement global.

Calendrier

Les points de contact dans les OA ont été activés début 2018.

- T2 2018 : fixer un cadre de collaboration
- T2 2018 : concertation et échange concernant le planning

annuel de projets importants.

- T2 2018 : échange de données concernant les contrôles effectués en 2016-2017.
- T1 2019 : Évaluation du fonctionnement des points de contact sur la base de l'exercice 2018.

Impact financier visé Selon les constatations faites à la suite des signalements : récupérations et, éventuellement, sanctions.

Moyens nécessaires et collaboration La collaboration de tous les OA (AIM, CIN) ainsi que du SECM et de la DGSS (SPF SP) est nécessaire pour concrétiser une approche uniforme.

3.2 Approche intégrée des dispensateurs de soins suspendus ou dont le visa a été retiré

Groupe cible Les dispensateurs de soins visés par la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et titulaires d'un visa en vertu de cette loi, qui, en dépit du retrait dudit visa (ou les conditions du maintien du visa), restent néanmoins actifs dans le domaine des soins de santé (au sens de la prestation et de la prescription de soins).

En ce qui concerne les médecins et les pharmaciens, la loi stipule qu'outre le visa, l'inscription sur la liste, respectivement, de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des pharmaciens est également une condition d'exercice de la profession. En d'autres termes, une sanction de l'Ordre peut également avoir des conséquences sur le « permis d'exercer ».

De même, dans le contexte d'un jugement rendu par un juge, une interdiction professionnelle peut être imposée.

Objectif de l'action et motivation Chaque année, un certain nombre de dispensateurs de soins ne se conforment pas à leur sanction de suspension, y compris une interdiction définitive d'exercer (Ordre et/ou DGSS du SPF Santé publique / Commissions médicales) : ceci en tant que dispensateur de soins et/ou prescripteur. Ceci s'applique mutatis mutandis aux dispensateurs de soins dont le visa a été retiré par une Commission médicale / DGSS, mais aussi pour les prestataires de soins dont le visa est soumis à des conditions (par exemple, interdiction de prescription de certains médicaments).

L'objectif est que les dispensateurs de soins soient conscients qu'ils font l'objet d'un suivi rigoureux en exécution de la mesure

susmentionnée. En principe, leurs prestations peuvent d'ailleurs être assimilées à un exercice illégal de l'art de guérir et ne peuvent en aucun cas donner lieu à des remboursements aux bénéficiaires dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. De plus, si l'INAMI détecte une fraude parmi les prestataires de soins par d'autres actions découlant ou non du plan d'action, le SPF Santé Publique doit en être informé afin que cela puisse être pris en compte pour la délivrance des reconnaissances de stage.

Les objectifs sont :

1. Identifier à temps les dispensateurs de soins sanctionnés et assurer un bon flux administratif de cette information entre tous les services concernés.
2. Communiquer les sanctions aux organismes assureurs et aux assurés, qui sont rapidement informés.
3. Adapter l'appareil de sanction et assurer une bonne communication du suivi effectué.

Situation financière

Difficile à prédire : cela dépend du nombre de dispensateurs de soins en infraction et du nombre de prestations qu'ils effectuent. Le nombre de dispensateurs de soins suspendus ou dont le visa a été retiré ou s'il a été placé sous conditions est jusqu'à présent très limité (moins de 100).

À l'avenir, il devrait être possible de recouvrer les frais causés par le prescripteur en adaptant la réglementation. (repris dans la loi : 5 dispositions diverses) Les prestations effectuées en tant que dispensateur de soins sont déjà récupérées et une sanction similaire à celle prévue en cas de prestations non effectuées est prévue par la législation.

L'organisme assureur peut limiter le préjudice pour l'assuré en communiquant les informations appropriées.

Procédure

Suivi des informations reçues concernant les suspensions.

Automatisation du transfert des données concernant les sanctions par les Ordres et la CMP, de la banque de données de la DGSS du SPF Santé publique vers la banque de données de l'INAMI. L'INAMI a actuellement accès à la base de données. À terme, ces données seront transmises via Cobrha, la plate-forme/Banque Carrefour de eHealth, qui consolide les données des différentes organisations de santé. Les procédures de transfert (délais et flux) de retraits, de suspensions

totales ou partielles dans le cadastre au niveau national ou pour l'IMI au niveau international seront décrites dans les procédures opératoires normalisées. Le système d'enregistrement des sanctions dans la banque de données du DGSS (eCad) sera analysé et optimisé.

Demande de données et d'informations aux organismes assureurs.
Audition du dispensateur de soins et, le cas échéant, rédaction d'un procès-verbal de constatation.

Calendrier

Il s'agit d'un suivi permanent sur la base des informations fournies par les instances compétentes. Il faut être le plus réactif possible pour constater des activités au cours d'une période de suspension. Le cadre juridique sera préalablement adapté. Dès 2019, les données relatives aux sanctions seront transmises quotidiennement à Cobrha. l'INAMI pourra s'abonner aux notifications de Cohbra afin de pouvoir recevoir toute modification de statut des professionnels de la santé.

Impact financier visé

L'impact financier est la récupération par l'AMI des dépenses indues occasionnées. Il est d'ores et déjà possible de récupérer les prestations en tant que dispensateur. Après adaptation de la loi, il sera également possible de récupérer des prestations qui ont été prescrites (par exemple : médicaments, kiné, etc.).

Moyens nécessaires et collaboration

Il est nécessaire de fournir de bonnes informations correctes : d'une part, au départ des banques de données du SPF Santé publique et du Service des soins de santé, d'autre part, grâce à des informations rapides et précises de la part des organismes assureurs. Cela suppose de nouveaux investissements dans les programmes de l'eSanté tels que eCAD, Cobrha(+), etc.

Une collaboration avec les inspecteurs des commissions médicales provinciales pourrait être utile pour améliorer l'efficacité des contrôles sur le terrain. L'échange de données sur la surconsommation peut être utile pour l'identification par exemple de problèmes parmi les professionnels qui prescrivent trop de psychotropes ou qui en prescrivent pour eux-mêmes, notamment dans le cadre d'un problème de toxicomanie.

4. Échange de données et gestion des 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. Dans le cadre de ce Plan d'action, plusieurs initiatives sont dès lors prévues.

4.1 Diffusion des données

Situation actuelle

Actuellement, l'ensemble des services de l'INAMI ont accès à différentes bases de données (Document N, données de profil, données des séjours hospitaliers classiques (SHA) et hôpital de jour (ADH), les données relatives aux médicaments (Pharmanet et Doc PH),...). Ces bases de données connaissent une limitation importante puisqu'elles sont segmentées (séjours hospitaliers, médicaments ambulatoires, médicaments d'officines hospitalières, prestations) et ne permettent pas de suivre de manière longitudinale la consommation des patients. Cela constitue une limite importante pour les analyses que l'INAMI doit réaliser. Pour cette raison, depuis quelques années, différents partenaires (INAMI, SPF Santé Publique, KCE, bureau du plan,...) ont pu compter sur l'Echantillon Permanent (EPS) qui permet un suivi longitudinal d'un échantillon représentatif d'1/40 de la population belge. Cet échantillon a constitué une avancée importante pour l'INAMI et ses partenaires mais cette base de données connaît aussi ses limites puisqu'elle n'est pas représentative pour certaines pathologies moins fréquentes mais surtout elle n'est pas représentative au niveau des prestataires de soins ce qui empêche notamment la réalisation de feed-back aux prestataires sur base de leur propre patientèle et de ses caractéristiques.

Dans le cadre de certaines missions dévolues par la loi, l'INAMI fait également appel aux données de facturation couplées avec le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) mis à disposition par la Cellule Technique.

Dans le cadre de leurs missions particulières, les services de contrôle de l'INAMI dispose également d'un accès privilégié à des données non anonymisées sur base de la loi AMI.

New Attest

Conformément à l'accord de gouvernement du 9 octobre 2014 et le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017, les services de l'INAMI et de l'AIM travaillent depuis plusieurs mois ensemble pour mettre à disposition de l'INAMI les données de l'AIM de manière plus rapide et plus directe. Il s'agit d'une interface qui permettra aux utilisateurs de l'INAMI de soumettre des demandes qui seront traitées dans un délai de maximum 5 jours. La base de données AIM est disponible depuis mi-

2017 mais la mise en production de l'interface et de toutes les fonctionnalités est prévue durant le troisième trimestre 2018. L'AIM met les données relatives aux soins de santé à la disposition de l'INAMI cinq mois après leur réception.

Action: Pour la fin du premier semestre 2019, l'INAMI et l'AIM réaliseront conjointement une évaluation du nouveau système New Attest.

Les deux services de contrôle et le service des soins de santé pourront utiliser l'application New Attest dans l'exercice de leurs missions. Pour les deux services de contrôle, il est fort probable que New Attest suffise à leur permettre de remplir leurs missions. Toutefois, pour le Service des soins de santé, une alternative, explicitée ci-dessous, a été rendue possible.

Accès direct aux données soins de santé

Conformément aux objectifs du contrat d'administration de l'INAMI et à la déclaration de politique gouvernementale fédérale, des data analystes de l'INAMI accéderont directement aux données préparées par un data manager de l'AIM. Cet accès se déroulera dans l'espace de travail de l'AIM pour effectuer des sélections de données qui ne sont pas possibles via New Attest (notamment pour cause de volume trop important).

4.2 Optimisation de l'utilisation et de l'analyse des données

Si le point 4.1 présentait une nouvelle façon d'accéder aux données des organismes assureurs, le point 4.2 porte sur la qualité, l'exhaustivité, l'enrichissement via des couplages avec des bases de données externes et la collaboration autour de l'exploitation de ces données.

La qualité des données

Tout comme l'accès direct à l'ensemble des données, la qualité de ces données est une condition *sine qua non* pour une gestion efficace de l'assurance-maladie. A cet effet, l'INAMI et l'AIM ont investi énormément d'effort pour améliorer la qualité des données. Ces efforts doivent être poursuivis. En outre, les bases de données ne comprennent aucune information sur les prestations (au sens large) non remboursées par l'assurance-maladie. Des initiatives doivent être prises pour combler ces manquements.

Vu (a) l'utilisation élevée de benzodiazépines (en particulier dans les catégories d'âge avancées et dans les centres de soins résidentiels), les risques élevés d'effets secondaires, l'utilisation en combinaison avec les psychotropes (remboursés) et vu (b) l'absence de chiffres globaux concernant la prescription du méthylphénidate (qui n'est remboursé que pour certaines catégories), une analyse d'impact et de faisabilité de l'inclusion de ces prescriptions dans Pharmanet (2018-2019) sera effectuée (au niveau des officines, des offices de tarification, des OA, de l'INAMI...). Une décision sera ensuite prise quant à l'inclusion ou non et elle sera mise en œuvre (2019-2020).

Action: Un groupe de travail permanent relatif à l'amélioration de la qualité des données est créé au sein de la Commission Anti-Fraude. Un rapport annuel sera établi concernant les problèmes constatés et les solutions envisageables. Le système de responsabilisation des Organismes Assureurs sur leurs frais d'administration servira également de levier pour mettre en évidence d'éventuels problèmes de qualité des données et encourager les organismes assureurs à y remédier.

Le couplage des données avec des sources extérieures

Les données des organismes assureurs sont assurément une source importante d'information. Il existe aussi des données externes aux organismes assureurs dont la plus-value pour la gestion de l'assurance est évidente. Il s'agit par exemple des données du registre du cancer, des données RHM collectées par le SPF Santé Publique ou encore les diagnostics principaux et secondaires mentionnés sur le formulaire 727.

Action : Puisque le rapport KCE 208B (2013) a démontré la faisabilité et la plus-value du couplage entre les données de l'échantillon permanent et le RCM, l'INAMI s'engage pour le 31/12/2019 à implémenter de manière pérenne ce couplage des données et à le rendre accessible à toutes les institutions actives dans la Commission Technique qui assure le suivi de l'exploitation de l'échantillon permanent (INAMI, KCE, SPF Santé Publique, l'Institut de Santé Publique et le Bureau du Plan). Ce dossier est inscrit conjointement avec le présent Plan d'action à l'ordre du jour du Conseil général du 4 juin 2018.

Action : Dans la poursuite du précédent « *Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017* », les initiatives nécessaires seront prises au cours de la mise en œuvre du nouveau Plan d'action, en concertation avec tous les partenaires et conformément au pacte pour l'avenir avec les organismes assureurs, afin de garantir une politique rationalisée d'extraction des données et une gouvernance adéquate y afférente. Dans ce contexte, il faudra d'abord adapter le formulaire 727 par le biais du règlement sur les soins de santé du 28 juillet 2003 afin que les codes ICD10 des diagnostics primaires et secondaires soient indiqués dans le message MyCarenet à l'intention du médecin-conseil. L'accessibilité des données pour les médecins-conseils dans les registres (Qermid, Tardis, Belza) sera également organisée. Un groupe de travail, présidé par l'administrateur général adjoint de l'INAMI et composé de membres de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'AIM, est chargé de l'élaboration de ce projet.

Action: Dans ce cadre un projet pilote sera déclenché (cfr. point 4.3: interventions cardiaques).

Action: Par ailleurs, pour répondre à certaines de ses obligations légales, l'INAMI prendra dès à présent les initiatives nécessaires (en l'occurrence une adaptation de l'Arrêté royal portant exécution de l'article 156bis, alinéa 1er, première phrase, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, en ce qui concerne les modalités selon lesquelles les organismes assureurs sont tenus de transmettre à la cellule technique les informations nécessaires au couplage des données) pour réaliser, sur base d'un numéro de patient unique recodé, le lien entre les bases de données suivantes : le résumé Hospitalier Minimum, les documents SHA et ADH, les Doc P, Pharmanet et les effectifs (caractéristiques socio-économiques

des patients). Ce dossier est inscrit conjointement avec le présent Plan d'action à l'ordre du jour du Conseil général du 4 juin 2018. Le groupe de travail, présidé par l'administrateur général adjoint de l'INAMI et composé de membres de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'AIM, est chargé de l'élaboration de ce projet.

Rendre possible l'exploitation maximale des données

Vu la complexité croissante des données, la raréfaction des ressources humaines et l'augmentation importante des attentes autour de ces données, il est indispensable d'intensifier les collaborations autour de l'exploitation des données. Une collaboration efficace avec l'AIM s'est déjà établie, notamment dans le cadre des « soins efficaces ». Cette collaboration sera maintenue, voire renforcée.

Action : L'INAMI et l'AIM définiront avec une firme spécialisée dans le datamining un accord de collaboration pour l'analyse des bases de données. Un thème précis de collaboration doit encore être défini.

Mise à disposition des données de soins de santé

Action : Conformément à l'évolution voulue par la cellule stratégique (« Een kwalitatief betere gezondheidszorg dankzij een geïntegreerd gegevensontsluitingsbeleid », en abrégé Data4BetterHealth), les administrations fédérales s'engagent à participer activement aux projets socialement pertinents qui seront mis en place afin notamment de rendre les données d'intérêt public disponibles au sein des administrations accessibles à des partenaires externes (industrie, hôpitaux, recherche scientifique,...), tout en veillant au respect de la vie privée des patients et des professionnels de santé. Dans le cadre du contrat d'administration de 2019-2021 l'INAMI formulera des actions spécifiques sur ce point.

4.3 Projet-pilote Utilisation des données diagnostiques : soins efficaces en cas d'interventions cardiaques

Groupe cible

Dispensateurs de soins

Objectif de l'action et motivation

Vu l'évolution constante des technologies mais aussi vu le vieillissement de notre population, de plus en plus d'interventions cardiaques techniques (invasives et non invasives) sont programmées et effectuées. Outre cette augmentation, nous constatons également qu'il existe de nombreuses directives pour la plupart de ces interventions. L'objectif est de vérifier, dans la mesure du possible, si ces directives sont suivies. Pour ce faire, les données diagnostiques sont essentielles.

Pour certaines interventions cardiaques, la nomenclature fait référence aux critères définis dans les « European Society of Cardiology (ECS) Guidelines ». Il conviendra de vérifier, sur la base du diagnostic clinique, si les interventions sont effectuées dans le respect des directives.

Procédure

Pour toutes les hospitalisations où sont attestés des numéros de nomenclature de coronarographie numérique, les OA doivent recevoir les codes ICD-10 tant des diagnostics principaux que des diagnostics secondaires dans la notification MyCareNet 727 à l'attention du médecin-conseil (cf. également le point 4.0 du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017, la présente proposition pouvant à cet effet servir de projet pilote).

Par ailleurs, il est alors possible, en vue d'affiner les diagnostics 727, de vérifier, sur la base des prestations attestées, quels examens diagnostiques, tels que par exemple les CT coronaires, ont précédé ces prestations ou quelles interventions thérapeutiques, telles que par exemple l'intervention coronaire percutanée, ont suivi.

Une sélection de ces diagnostics peut ensuite être croisée avec les indications correctes des directives.

Ces données seront traitées par l'AIM qui, après analyse et en première instance, les transmettra aux hôpitaux concernés, pour évaluation. L'objectif est également de développer ensemble avec les dispensateurs de soins, l'INAMI et le SPF Santé publique des plans d'action en vue d'affiner l'indication. En cas de suspicion de soins inefficaces, il faut décider de l'approche en la matière et traduire cette approche en un plan d'action concret par hôpital.

Calendrier

L'année 2018 peut être mise à profit pour préparer le projet. Points par exemple à développer concrètement :

- La sélection des numéros de nomenclature à retenir.
- La recherche de l'indication ou des indications EBM liée(s) aux prestations concernant les interventions cardiaques et leur transposition dans la classification ICD-10 de sorte qu'elles puissent ensuite être croisées avec les codes ICD-10 reçus via MyCareNet.
- Convenir avec les hôpitaux d'une procédure pour pouvoir transmettre les diagnostics structurés via MycareNet.

- Rendre opérationnel le traitement de ces données au sein des OA et de l'AIM.
- Préparer les informations pour/la communication avec les dispensateurs de soins.
-

5. Mesures structurelles

Tout comme dans le plan d'action 2016-2017, des mesures structurelles sont prévues. Certaines figuraient d'ailleurs déjà dans le plan d'action 2016-2017. Une mise à jour du contenu et un nouveau planning étaient prévus.

De nouveaux points d'action ont également été ajoutés.

5.1 Création d'un cadre juridique pour un répertoire des structures de coopération clinique entre dispensateurs de soins

Groupe cible

Tous les dispensateurs de soins actifs au sein de l'assurance soins de santé, peu importe l'endroit où ils exercent (propre cabinet, domicile, institution...), qui collaborent de manière structurelle avec d'autres dispensateurs de soins pour dispenser des soins cliniques à une population de patients donnée.

Objectif de l'action et motivation

Il est nécessaire de préciser les responsabilités en matière de soins cliniques dispensés à une catégorie de patients dans le cadre d'un lien de coopération structurel et d'assurer un suivi.

Sont concernés les aspects cliniques au sens large et pas uniquement les aspects financiers. À cet égard, pensons au partage de données cliniques, à l'accès aux dossiers de patients rédigés et tenus à jour par d'autres dispensateurs de soins, aux e-mandats dans ce contexte, aux accords sur les tâches et aux plans thérapeutiques, à la continuité des soins, etc.

Un répertoire général ou un enregistrement des cabinets permettent d'assurer un suivi des dispensateurs de soins individuels dans le cadre de l'assurance soins de santé en ce qui concerne leur activité, leur localisation, leur structure de travail et leur mobilité, moyennant un support informatique performant et une collecte en continu de données correctes.

En outre, cela permet de déterminer les "responsabilités de groupe" et d'assurer un suivi si on constate que la qualité des soins cliniques laisse à désirer. Cela constitue également une bonne base pour des financements novateurs, par exemple un financement de groupe pour un éventail donné de soins, la liaison du financement à la présence de

certaines compétences dans un groupe ou la définition "d'équipes structurelles" dans lesquelles les aides-soignants peuvent effectuer des actes infirmiers. Il est également possible de vérifier plus facilement si le dispensateur de soins individuel et le groupe dont il fait éventuellement partie assurent la continuité des soins.

Cela permet aussi de quantifier et de suivre correctement les activités du dispensateur de soins individuel et du groupe dont il fait partie. Un suivi longitudinal des soins cliniques attestés peut dès lors aussi être effectué à l'échelle du groupe, si bien que certaines tendances (par exemple la sélection de patients, la spécialisation...) pouvant avoir de l'importance pour les activités de contrôle peuvent être détectées. En outre, savoir qui collabore avec qui facilite les contrôles sur le terrain.

Deux éléments sont essentiels à cet égard : un cadre juridique clair et un fichier à jour des structures de coopération clinique (répertoire).

Cet exercice devrait débiter pour les soins infirmiers à domicile, l'art dentaire et la kinésithérapie. Dans chacune des commissions concernées, le secteur a exprimé le souhait de collecter de telles données. Cette volonté est importante puisque l'exercice demande des efforts de la part du secteur, tant pour la préparation avec ses représentants que pour la collecte de données chez chaque dispensateur de soins travaillant dans le secteur.

Du point de vue de la Santé publique aussi, la nécessité de ce type d'informations est d'une importance essentielle.

L'enregistrement des structures de coopération est également repris dans la nouvelle réglementation promise en matière d'organisation des professions de soins de santé et de qualité des prestations de soins (indépendamment du lieu d'activité). Il va de soi que cet enregistrement doit être intégré dans les banques de données eCad et Cobhra(+) en cours de développement dans le cadre du programme eSanté.

Pour que la cellule planification puisse prévoir correctement l'offre médicale, il est important de disposer de données sur les cabinets de groupes enregistrés auprès de l'INAMI.

Situation financière

À titre indicatif : l'objectif budgétaire partiel cumulé 2018 pour les

praticiens de l'art dentaire (art. 5 et 6 de la nomenclature), les kinésithérapeutes (art. 7) et les praticiens de l'art infirmier (art. 8 de la nomenclature) s'élève à plus de 3,3 milliards d'euros, ce qui équivaut au remboursement de prestations attestées par 65 000 dispensateurs de soins environ. En outre, dans des équipes structurelles d'infirmiers, des aides-soignants peuvent également dispenser certains soins qui sont attestés par l'infirmier qui les a délégués.

Procédure

Un système de gestion est mis en place pour la collecte, la mise à jour permanente et la consultation des données relatives aux structures de coopération pour les aspects cliniques.

Ces données sont collectées auprès de la structure de coopération. Des applications Web existantes peuvent être utilisées pour ce faire, moyennant certaines adaptations. Des flux de données peuvent également être créés à partir d'autres administrations (par exemple le SPF Santé publique) qui disposent de données pertinentes.

On étudiera, en étroite collaboration avec les représentants du secteur concerné, quelles données sont pertinentes et où les trouver, cela en tenant compte du cadre technique et juridique.

Les aspects techniques et juridiques requis doivent être réglés afin de pouvoir débiter une démonstration de faisabilité pour un secteur et une collecte de données à petite échelle. Le secteur peut éventuellement être celui des soins infirmiers à domicile.

Les résultats de cette démonstration de faisabilité serviront de point de départ pour généraliser ces concepts à d'autres secteurs et à davantage de données.

Calendrier

- Déterminer quelles données sont pertinentes et où les collecter, en collaboration avec la Commission d'accords praticiens de l'art dentaire, la Commission de conventions kinésithérapeutes, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier, le SPF Santé publique et d'autres sources éventuelles de données.
Date limite : 5 mois après l'approbation de ce plan d'action.
- Rédiger une proposition de texte pour le cadre réglementaire pour ce répertoire et lancer un projet informatique interne afin d'être en mesure de réaliser cette démonstration de faisabilité.
Date limite : 9 mois après l'approbation de ce plan d'action.
- Démarrer une démonstration de faisabilité dans un ou plusieurs secteurs.

Date limite : 6 mois après l'approbation par la cellule stratégique du texte susmentionné.

- Rédiger un rapport contenant les résultats de la démonstration de faisabilité, définir une méthodologie pour un élargissement structurel à d'autres secteurs et proposer les secteurs en question.

Date limite : 12 mois après le démarrage de la démonstration de faisabilité.

- Élargissement structurel à d'autres secteurs

Date limite : 6 mois après l'approbation par la cellule stratégique de la méthodologie et de l'élargissement proposés.

Impact financier visé

Normalement, cette mesure accroîtra la transparence en matière de structures de coopération, tant pour l'INAMI et les décideurs politiques que pour les dispensateurs de soins et les patients. Il sera dès lors possible de travailler de manière ciblée sur des thèmes tels que le partage correct et efficace de données cliniques relatives aux patients. Cela permet également de récolter des données sur l'activité des dispensateurs de soins, données pouvant être exploitées pour le contrôle et le suivi des dépenses. À ce stade, il est encore impossible d'estimer correctement l'incidence financière.

Moyens et collaboration nécessaires

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

Une collaboration avec le SPF Santé publique est nécessaire vu ses projets sur le « cadastre » et la réforme de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Des moyens supplémentaires en termes d'ICT (soutien de l'application performante) et de ressources humaines (analystes business, gestionnaires de dossiers par secteur) sont requis.

À prévoir : un analyste business et un 1/2 ETP attaché organisation et soutien.

Remarques supplémentaires

- Les structures de coopération multidisciplinaire ont leur propre dynamique et elles se caractérisent par une certaine complexité (concernant le partage de données ou d'e-mandats par exemple). C'est pourquoi il semble indiqué de ne pas encore les inclure dans cette action.
- Normalement, pour les soins dispensés en institution, les

différents dispensateurs concernés sont déjà connus. Cette initiative n'engendrerait dès lors qu'une plus-value limitée dans ce cadre.

5.2 Garantir une facturation électronique à l'épreuve de la fraude, conformément à la réglementation

Groupe cible Les dispensateurs de soins qui facturent par voie électronique ainsi que les fabricants de progiciels.

Objectif de l'action et motivation Vu la facturation électronique de plus en plus fréquente dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, il convient de prendre des mesures pour :

- préciser qui peut facturer à l'assurance maladie obligatoire et définir l'entité perceptrice ;
- garantir que la facturation s'effectue conformément à la réglementation ;
- déterminer qui peut être tenu responsable en cas d'irrégularités ;
- limiter autant que possible le nombre de prestations fictives.

Situation financière Les mesures envisagées pour lutter contre la fraude et accroître la transparence dans les processus de facturation doivent avoir un impact positif sur la traçabilité de tous les paiements de prestations dans l'AMI.

Procédure Afin de limiter les prestations fictives, l'implémentation de la lecture obligatoire de l'eID sera poursuivie vers d'autres secteurs.

Outre la poursuite du déploiement de la mesure, la faisabilité du renforcement du caractère non falsifiable de la lecture de la carte d'identité électronique sera examinée après une analyse de risque par l'INAMI. Les pistes d'amélioration possibles seront examinées en concertation.

Afin de parvenir à une plus grande transparence dans les processus de facturation électronique, il faudra examiner si :

- il est possible de revoir quelles personnes peuvent se voir confier un mandat (eHealth) pour la facturation électronique
- dans tous les cas, un numéro BCE à part entière peut être

fourni dans les processus de facturation

- la responsabilité des professionnels de la santé qui acceptent d'être les percepteurs d'une intervention de l'assurance dans le contexte d'un groupement peut être précisée.

La manière de s'assurer que les logiciels sont bien développés en concordance avec la réglementation sera aussi étudiée.

Il faut également veiller à ce que le processus de facturation tienne compte des droits de l'assuré social, tels que l'obtention du régime de tiers payant lorsqu'il est requis ou indiqué, ou la remise d'une autre preuve avec les informations requises par la réglementation.

Calendrier

L'action sera mise en œuvre sur plusieurs années. Des évaluations semestrielles intermédiaires sont prévues.

La lecture obligatoire de la carte d'identité électronique sera implémentée en priorité pour les dentistes, les hôpitaux, les pharmaciens et les kinésithérapeutes.

Impact financier visé

Un effet positif peut être obtenu en précisant qui peut être contacté et en permettant de déterminer plus précisément où - et auprès de qui - les remboursements AMI peuvent le cas échéant être récupérés.

La mesure rendant la fraude plus difficile, des économies seront réalisées.

Moyens et collaboration nécessaires

La coopération est nécessaire entre les différents acteurs : eHealth, CIN, AIM, OA, INAMI, dispensateurs de soins, éditeurs de logiciels, SPF Finances, SPF Santé publique, associations de patients.

5.3 Audit hôpitaux

Groupe cible

Les hôpitaux.

Objectif de l'action et motivation

Création d'un Service audit hôpitaux en une structure de co-gouvernance avec le SPF SP, l'AFMPS et l'INAMI.

Contexte financier

Dépenses globales des hôpitaux.

Procédure

Les objectifs suivants sont notamment à réaliser :

- Déterminer un scope clair : Qu'est-ce qu'un audit (portée de la notion de compliance ? Uniquement un contrôle, ou également des informations/un accompagnement/une formation et une évaluation/un feed-back ? Etc.) et que fera ce nouveau service ? En fonction de ce scope : définir la stratégie, l'organisation, les processus et les moyens, y compris le modèle de collaboration.
- Augmentation de la transparence et simplicité dans le contrôle des hôpitaux par les différentes autorités, en première instance au niveau fédéral. À cet effet, il convient de prendre en considération le principe 'only once' : pas d'actions redondantes et/ou de chevauchement de différentes autorités. Ceci, en regroupant et en optimisant les flux d'information et de communication vers les hôpitaux ainsi que le contrôle individuel des hôpitaux par les différentes autorités.
- Une approche plus ferme et plus performante par un contrôle intégré des hôpitaux de la part des différentes autorités, en première instance au niveau fédéral, en visant à :
 - une stratégie d'audit commune,
 - plus de synergie, de bonnes pratiques, plus d'efficacité,
 - des processus business optimisés, cohérents et même intégrés, avec des équipes collaboratives,
 - une communication transversale et un échange continu d'informations via le 'Service audit hôpitaux',
 - développer une méthodologie d'audit générale, s'inscrivant dans le cadre d'un planning pluriannuel, avec priorité pour l'audit du système des soins à basse variabilité, tant en ce qui concerne les sujets que le suivi des sujets,
 - une synergie avec les 2 autres projets (financement hospitalier et développement des connaissances) des hôpitaux de la Passerelle 1, quand c'est possible,
 - la flexibilité en fonction des changements dans le paysage hospitalier, de la législation et de la science,
 - si nécessaire, intégrer d'autres autorités (AFCN, Régions et Communautés) dans le processus d'audit.
- L'audit partira d'une approche holistique (nomenclature utilisée, enregistrement RHM (e.a. codes ICD-10-PCS), dispositifs utilisés, facturation, trajet de traitement, etc.) d'une discipline médicale/d'une pathologie/d'un trajet. Pour ce faire, il convient d'utiliser les analyses de données précédentes et la technique de traçage ad hoc et/ou l'identification de clignotants. Sur la base des résultats éventuels, des trajets d'amélioration sont à élaborer

éventuellement à différents niveaux (médecin/association/service/hôpital ou hôpitaux), suivis par des mesures d'impact. À un stade ultérieur, des mesures plus contraignantes seront à envisager. En l'occurrence, le système français de Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins (CAQES) peut être appliqué.

- Vu la collaboration intégrée des 3 institutions, une base juridique supplémentaire s'avère nécessaire. Le développement de cette base juridique fait partie du projet et a pour objectif final de contribuer à accroître la qualité des soins dans le cadre d'une utilisation optimale des moyens disponibles.
- Création du service susmentionné : organisation, coordination, processus, méthodologie, rôles, responsabilités, etc.
- Le Proof of concept peut être réalisé autour d'une analyse de risques générale, un sujet émanant des soins à basse variabilité et de l'imagerie médicale
- Dans le cadre de la passerelle "audit hôpitaux", le rôle des organismes assureurs et des médecins-conseils est analysé et défini plus avant.

Calendrier

- La phase du projet a démarré le 17 avril 2018
- Automne 2018 :
 - o début proof of concept
 - o première présentation du projet au Conseil général
- Phase opérationnelle au cours de l'année 2019

Impact financier visé

Contribuer à une augmentation de l'utilisation optimale des moyens disponibles.

Moyens et collaboration nécessaires

Logiciel
Formation externe auditeurs
2 analystes de données
1 collaborateur administratif
1 expert en facturation hospitalière
1 économiste de la santé ou un épidémiologiste
4 médecins-auditeurs en ce qui concerne l'audit de la classification ICD.
2 auditeurs infirmiers en ce qui concerne l'audit des données RIM.

5.4 Détection de surconsommation par les dispensateurs de soins via les profils de patients

5.4.1 Case : Profils patients – analyse générale

Groupe cible	Patients.
Objectif de l'action et motivation	<p>Le plan « handhaving 2017 » comportait un projet « Profil patient ». Le but était de découvrir sur base d'un échantillon d'assurés des indicateurs qui permettraient de détecter des assurés responsables de comportements entraînant de la surconsommation dans les dépenses en soins de santé. Sur ce plan, l'étude a démontré qu'il y a peu d'assurés de ce type, de plus les montants concernés sont peu importants.</p> <p>Cependant certains indicateurs ont permis de détecter des assurés avec des indices de surconsommation, dont certains avaient des liens avec des dispensateurs hors normes, avec une forte suspicion d'une collusion assuré-dispensateur, ou d'une surconsommation du dispensateur à l'origine du dysfonctionnement.</p> <p>Le but de la poursuite du projet « Profil patient » dans le plan « handhaving 2018 » est de tester ces indicateurs, avec la participation de l'AIM et des OA. Si les indicateurs sont validés, des routines annuelles de détection assurés-dispensateurs pourraient être mises en place. S'agissant des dispensateurs, cela déboucherait sur enquêtes avec récupération, quelque soit le domaine d'activités.</p>
Situation financière	<p>L'application des indicateurs sélectionnés (3 indicateurs : pas de pathologie connue, beaucoup de contacts dispensateurs par an, maximum 3 médecins consultés) au niveau de l'échantillon permanent (EPS), ensuite extrapolés à la population générale donne les résultats suivants:</p>

type	nb patients	Surconsommation possible	
		€ soins	€ médicaments
Échantillon permanent	25	37 061 €	6 740 €
Extrapolation à la population	1 000	1 482 440 €	269 600 €

Ceci concerne les dépenses patients, il faut ajouter à cela les dépenses occasionnées par les prestataires détectés : données non chiffrables.

Procédure

Methodologie :

- Fixation des seuils pour chacun des indicateurs.
- Sélection des assurés sur la base des indicateurs fournis à l'AIM par le SECM.
- Récolte et envoi de toutes les données d'attestation pour ces assurés au SECM.
- Analyse et sélection des assurés et des médecins apparaissant hors normes. Suivant le cas, les suites peuvent être :
 - o Transmission par le SECM au médecins-conseils des OA des cas d'assurés non liés à un médecin hors normes pour analyse du dossier médical sur base d'un questionnaire standard transmis par le SECM.
 - o En cas de lien avec un médecin hors normes : sélection et enquête individuelle par le SECM sur le médecin concerné.
- Synthèse des cas et proposition éventuelle d'indicateurs complémentaires par le SECM.

Facteur de risques : Il faudra attendre la mise en service de NewAttest.

Calendrier

01/09/2018 -> 31/12/2019

Impact financier visé

Il s'agit de la mise en place d'une méthodologie: l'impact financier pour le futur ne pourra être évalué qu'en fin de projet.

Moyens nécessaires et collaboration

Phase analyse : collaboration analyse de données SECM et AIM + interprétation médicale SECM.

Phase terrain : collaboration entre OA (médecins-conseils) et le SECM: charge de travail dépendra des constats de la phase analyse.

5.4.2 Case: Profils patients - application aux prestations dentaires

Groupe cible

Prestations attestées par des praticiens de l'art dentaire

Objectif de l'action et motivation

Une analyse précédente (données 2014) a montré des profils aberrants d'assurés pour des prestations dentaires, facturées et remboursées par les OA.

Le point 5.4.1 reprend la méthodologie globale des profils patients.

Procédure	<ul style="list-style-type: none">- volet 1 : analyser la DB 2016 et vérifier quelles anomalies sont retrouvées.- volet 2 : sélectionner 100 assurés ayant des profils dentaires aberrants : montants > 1.000 €/ séance et répétitions anormales de prestations (cfr étude précédente des 15 profils assurés-2014) Etablir une méthodologie puis solliciter les OA qui devront réexaminer la facturation des prestations (pour rechercher des erreurs d'encodage, d'extractions de données), voir éventuellement le dossier du Médecin Conseil et demander si nécessaire des explications aux dispensateurs- Communication des résultats au SECM → étude de terrain et/ou enquêtes ?
Calendrier	Fin 2018.
Impact financier visé	Oui mais non chiffrable.
Moyens nécessaires et collaboration	Collaboration des organismes assureurs et médecins Conseils.

5.5 Aide médicale urgente

5.5.1 Transparence et conformité dans la facturation du transport AMU au patient

Groupe cible	Les organismes assureurs, les patients.
Objectif de l'action et motivation	Dans le cadre de la réforme de l'aide médicale urgente, un trajet transparence de la facture et de la sécurité tarifaire a été mis en place. Dans la situation actuelle, la lisibilité de la facture pour l'aide médicale urgente n'est soumise qu'à des conditions minimales. Afin qu'une intervention des organismes assureurs soit possible, les services de facturation sont tenus de mentionner un certain nombre de données minimales sur leur facture. Pour le citoyen, la facture est toutefois difficile à lire et à vérifier, notamment en raison de la diversité des modèles de facture utilisés.

Contexte financier	C'est auprès des organismes assureurs que l'on peut aujourd'hui trouver l'expertise concernant le contrôle de la facturation au patient. Cependant, ces derniers ne sont pas toujours consultés à temps par leurs membres et il arrive souvent que des paiements soient effectués pour des montants qui ne sont potentiellement pas dus. L'assuré éprouve alors de très grosses difficultés à récupérer ces sommes. À l'heure actuelle, on n'a pas de vue globale sur la portée de cette problématique.
Procédure	C'est pourquoi dans les arrêtés d'exécution de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, un modèle standard de facture sera imposé afin de rendre la facturation de l'aide médicale urgente pour le citoyen uniforme, transparente et lisible. À partir de 2019, la tarification de l'aide médicale urgente passera d'une facture au kilomètre à une facturation 'ticket modérateur' forfaitaire. Le patient ne se verra donc facturer que le montant qui est à sa charge.
Calendrier	Introduction au cours de l'année 2018 avec adaptation de la facture forfaitaire le 1.1.2019.
Impact financier visé	Ce projet partiel de la réforme de l'aide médicale urgente n'a pas d'impact sur le budget, mais vise à mieux protéger le patient contre des attestations indues.
Moyens et collaboration nécessaires	On examinera avec les organismes assureurs comment on peut maintenir et, dans la mesure du possible, renforcer leur rôle de contrôle et de prévention en matière de facturation correcte au patient, compte tenu du nouveau cadre de cette facturation.

5.5.2 Surveillance et contrôle de la facturation du transport AMU à l'autorité

Groupe cible	Les patients en transport urgent de patients, les organismes assureurs.
Objectif de l'action et motivation	L'expertise relative à la surveillance et au contrôle de la facturation du transport urgent de patients se retrouve aujourd'hui en majeure partie au sein des organismes assureurs. Cette expertise et cette surveillance au bénéfice du citoyen peuvent être maintenues dans le cadre de la nouvelle facturation forfaitaire. À cette fin, il convient de développer

les cadres d'accords nécessaires.

Une amélioration des connaissances de base des citoyens en ce qui concerne l'aide médicale urgente et la nouvelle facturation de l'AMU constitue toutefois aussi une pierre angulaire pour un meilleur contrôle de la facturation. Pour finir, il n'est pas exclu que des inspections ponctuelles soient réalisées par la DGSS du SPF SP auprès du service de facturation des services ambulanciers. Ces inspections ponctuelles seront dirigées sur la base d'un datamining spécifique et d'une analyse sur le risque d'erreurs de facturation, réalisés par des analystes de données et/ou à la demande des experts des organismes assureurs.

Procédure	En 2018, une large campagne de communication sera élaborée avec la Chancellerie afin que ces connaissances de base des citoyens puissent être renforcées. Les campagnes utilisant à la fois la presse écrite, les médias (sociaux) électroniques et la radio ont un coût de 500 milliers d'euros.
Calendrier	2018.
Impact financier visé	Ce projet partiel de la réforme de l'aide médicale urgente n'a pas d'impact sur le budget, mais vise, par le biais d'une meilleure connaissance du système, à mieux protéger le patient contre des attestations indues.
Moyens et collaboration nécessaires	500 milliers d'euros (déjà budgétisés par le SPF SP).

5.5.3 Surveillance et contrôle des dossiers de subvention aux services ambulanciers

Groupe cible	Les services ambulanciers.
Objectif de l'action et motivation	Accorder une indemnité significative dans le budget général des dépenses ne peut se faire sans surveillance. L'investissement du budget de l'État doit être suivi avec minutie. Il convient de contrôler l'usage et la qualité fournie (respect des SLA), mais il faut aussi évaluer continuellement la demande d'optimisation et d'augmentation de l'efficacité. La DGSS du SPF SP se chargera de garantir le suivi technique et

budgétaire de tous les aspects financiers au sein de la réforme AMU : analyse des dossiers de subvention comptables et financiers des services de l'AMU, fixation et règlement des dossiers de subvention et fixation et liquidation des indemnités de permanence, le tout assorti également d'inspections ponctuelles auprès des services de facturation.

Contexte financier	Le budget de subvention aux services ambulanciers s'élève à 50 millions d'euros en 2018.
Procédure	Analyse comptable des dossiers des services ambulanciers.
Calendrier	2018
Moyens et collaboration nécessaires	Des moyens de fonctionnement et du personnel ont été prévus dans le cadre du budget de réforme AMU.

5.6 Seuil de justification attestation AMI praticiens de l'art infirmier à domicile

Groupe cible	La mesure porte sur les praticiens de l'art infirmier à domicile, et de manière plus spécifique sur les praticiens de l'art infirmier à domicile ayant une attestation AMI annuelle > 180.000 EUR en tant que praticien de l'art infirmier à domicile indépendant ou > 100.000 : 100.000 EUR en tant que salarié à temps plein, pour autant que la semaine de travail soit limitée à 38 heures.
Objectif de l'action et motivation	<p><u>Situation actuelle</u> : depuis plusieurs années déjà, le SECM constate que certains praticiens de l'art infirmier à domicile attestent une quantité irréaliste de prestations. En 2014, 186 praticiens de l'art infirmier à domicile se sont vu verser > 200.000 EUR par l'INAMI ; en 2015 : 163 praticiens de l'art infirmier à domicile et en 2016 : 169 praticiens de l'art infirmier à domicile.</p> <p>Lors des contrôles effectués par le SECM auprès de ce groupe de profils annuels élevés, nous constatons systématiquement des prestations non dispensées. De tels contrôles prennent toutefois beaucoup de temps car le SECM doit constater, prestation par prestation, qu'elles n'ont pas été dispensées ou qu'elles ne sont pas conformes. Un tel examen prend en moyenne 30 jours ouvrables pour ne contrôler qu'une partie des prestations attestées par dispensateur</p>

de soins.

Il est également clair que le fait de permettre un nombre élevé de prestations entraîne une qualité réduite des soins dispensés.

Afin de lutter contre cette forme de fraude systématique et d'augmenter la qualité des soins, nous souhaitons résoudre ce point de manière structurelle avec un seuil de justification. L'infirmière conserve dans ce cas une possibilité de défense pour démontrer que le dépassement de ce seuil est justifié.

Instaurer un seuil de justification de 180.000 EUR permettrait de renverser la charge de la preuve et de donner au SECM une base légale de récupération d'attestations annuelles au-delà de 180.000 EUR si le dispensateur de soins concerné ne peut justifier le dépassement.

Outre ces contrôles de seuils, d'autres contrôles sont toujours possibles dans le secteur de l'art infirmier à domicile.

Contexte financier

Avec 1,5 milliard d'euros, les soins infirmiers à domicile représentent un peu plus de 6 % du budget global des soins de santé.

Les outliers (au-delà de 200.000 EUR de chiffre d'affaires par an) représentent 0,5 % des praticiens de l'art infirmier à domicile, qui représentent quant à eux 3 % du chiffre d'affaires total (45 millions d'euros).

Si nous plaçons le seuil de justification à 180.000 EUR pour un praticien de l'art infirmier indépendant, ce groupe est de surcroît doublé en nombre et le montant net assujéti à cette mesure augmente. Jusqu'à présent, aucun calcul n'a été effectué pour les salariés qui ont une valeur-seuil de € 100.000.

Procédure

Une solution structurelle consiste à instaurer un seuil de justification, moyennant l'accord de la commission de conventions compétente. L'instauration de ces seuils de justification peut impliquer une modification de la nomenclature de ce secteur.

Si nous y parvenons, nous pourrions récupérer chaque année, tout comme pour les kinésithérapeutes et les dentistes, les montants dépassés qui ne peuvent pas être justifiés. Pour pouvoir déterminer un dépassement du seuil, il sera tenu compte des forfaits journaliers, qui doivent souvent être répartis parmi plusieurs dispensateurs de soins.

Lors de la fixation du dépassement, il ne sera pas non plus tenu compte de la partie qui a effectivement été effectuée par les aides-soignants compétents.

L'objectif ne consiste pas à lancer des procédures après la récupération mais bien à récupérer les montants non justifiés qui dépassent le seuil. Il s'agit d'une infraction de non-conformité (la fraude n'est pas automatiquement prouvée).

Calendrier

1. Six mois après l'approbation du Plan d'action, être parvenu à un accord en vue de l'instauration de deux seuils de justification. Pour cette date, il convient de vérifier quand il est techniquement possible de scinder la facturation de forfaits entre les dispensateurs de soins qui ont dispensé des prestations ayant amené au forfait.
2. En attendant de trouver un accord sur les seuils de justification, la méthode de travail actuelle est maintenue, avec une charge de travail prévue de 30 jours par dossier. Elle l'est aussi si aucun accord n'est atteint.

Impact financier visé

L'effet du seuil de justification placé à 180.000 EUR (travailleurs indépendants), compte tenu de la part des aides-soignants, s'élève à 12,5 millions d'euros sur la base des chiffres de 2016. Le praticien de l'art infirmier a toujours une possibilité de défense pour prouver que le dépassement de ce seuil est justifié. C'est pourquoi il est budgétairement tenu compte d'un impact financier de 6 millions EUR.

Moyens et collaboration nécessaires

Une collaboration s'avère indispensable entre le groupe professionnel des praticiens de l'art infirmier, les OA et l'INAMI afin de parvenir à instaurer les seuils de justification.

6. Section “lutte contre la fraude”

Neuf points d'action ont été définis. Tant le secteur hospitalier que le secteur ambulatoire entrent en ligne de compte.

6.1 Forfaits d'hôpital de jour pour consultation en polyclinique

Groupe cible	La mesure concerne les hôpitaux.
Objectif de l'action et motivation	<p>Ce projet a pour objectif de détecter et d'imputer les forfaits d'hôpital de jour qui ont été attestés en 2016 pour des prestations réalisées au service de consultation polyclinique.</p> <p>Le thème est vraiment d'actualité :</p> <ul style="list-style-type: none">• dans son rapport 282 Bs (mai 2017), le KCE attire l'attention sur l'attestation indue de forfaits d'hôpital de jour suite à des prestations réalisées en consultation polyclinique.• La Commission de conventions établissements hospitaliers – organismes assureurs souhaite évaluer les listes de groupe 1-7 et actualiser la définition de l'hôpital de jour pour le 30.6.2019. <p>Ce projet vise à alimenter la discussion au sein de la Commission susmentionnée avec des données concrètes.</p>
Contexte financier	<p>Dépenses totales du domaine en question sur une base annuelle : ± 100.000.000 EUR.</p> <p>Montant total qui est soumis au contrôle : ± 12.492.000 EUR.</p>
Procédure	Analyse de risques à l'aide de données de facturation ; liaison de données financières et cliniques suivie de visites d'inspection dans les hôpitaux sélectionnés.
Calendrier	<ul style="list-style-type: none">- 31.7.2018 : fin des visites d'inspection dans les hôpitaux.- 14.9.2018 : envoi de tous les PV de constatation.- 14.11.2018 : date limite de remboursement spontané.- 12.2018 : transmission du PV à la Commission de conventions nationale.
Impact financier visé	L'impact financier peut être une récupération et une modification des

listes de groupe 1-7 et/ou une modification du financement de l'hôpital de jour. Cette modification déterminera l'impact financier à l'avenir.

Recette estimée 500.000 EUR

Moyens et collaboration nécessaires

- Moyens nécessaires : données fiables fournies par les OA et les hôpitaux, ± 13 médecins-inspecteurs ; 1 analyste de données, 1 collaborateur Direction information.
- Partenaires externes : la volonté des membres de la Commission de conventions nationale de tenir compte des constatations et de réévaluer en profondeur les listes de groupe 1-7 et d'actualiser la définition de l'hôpital de jour.

6.2 Monitoring cardiaque ambulatoire et hospitalisé: évaluation de l'application de la nomenclature

Groupe cible

Hôpitaux

Objectif de l'action et motivation

1. Monitoring ambulatoire uniquement en salle d'urgence : conformité (aspect fraude).
2. Règles de facturation électronique : non respectées, pas de code de département pour la salle d'urgence (structurel)
3. Variation dans le % des patients admis en salle d'urgence et mis sous monitoring cardiaque
4. Analyse de la mise sous monitoring en hospitalisation. Disparités entre les différents hôpitaux ?

Situation financière

Tenant compte des changements de nomenclature (2012) et diminution linéaire des honoraires (2015) augmentation du nombre de prestations ambulatoire et hospitalisé :

Code nomenclature 212015 : 6.721.601,40 €

Code nomenclature 212026 : 5.661.681,92 €

Code nomenclature 212041 (euxième jour): 2.100.000 €

Procédure

- Analyse par le SECM des données/ enquête: cut off 9.000 €, 47 hôpitaux,
- Adapter règles facturation devrait permettre économies 1.000.000 €, faciliter le contrôle primaire, et régler d'autres problèmes liés à la non précision du lieu de prestation
- Analyse des données urgence et monitoring, comparaison et

action d'information ou plus si suspicion de surconsommation (avertissement et mise sous monitoring) suivant les résultats

- Analyse des données SHA pour les codes hospitalisés. Action en fonction des résultats de l'analyse

Calendrier

- Début enquête et Procès verbal de constatation : 01/2018 , fin 09/2018.
- Demande d'adaptation instructions de facturation.
- 10/2018 et 11/2018 action pour surconsommation « monitoring et urgence ».
- 12/2018 Fin analyse SHA monitoring hospitalisé et décision suite à effectuer.

Impact financier visé

- récupération 1.500.000 € (18 mois) (enquête).
- Si adaptation règles de facturation, 1.000.000 €, économie structurelle.
- Surconsommation en salle d'urgence ? Au minimum transmission d'informations.
- Suivant résultat analyse SHA.

Moyens nécessaires et collaboration

- Si surconsommation en salle d'urgence, établir plan d'action avec les associations scientifiques, pour une plus grande chance de succès.
- Attendre résultat analyse SHA pour les codes hospitalisés pour décider marche à poursuivre.

6.3 Médicaments attestés pendant l'hospitalisation: doses journalières facturées

Groupe cible

Les hôpitaux, les pharmaciens hospitaliers, les prescripteurs de médicaments.

Objectif de l'action et motivation

Un échantillon de 5 médicaments effectué par l'INAMI nous apprend que dans certains cas, une multiplicité de doses journalières sont attestées. L'accent doit être ici mis sur les médicaments qui ne font l'objet d'aucune discussion ou qui ne font l'objet que de peu de discussions quant à la dose journalière maximale.

Contexte financier

Les dépenses de médicaments en milieu hospitalier s'élevaient en 2014 à 1.498 millions d'euros.

Les dépenses de médicaments administrés à des patients hospitalisés s'élevaient à 27 % ou 404 millions d'euros.

(Source : Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses: MORSE Rapport 2015 (données jusque 2014)).

Procédure	<ul style="list-style-type: none">- Analyse sur la base des données SHA.- Calculer le nombre de conditionnements attestés (un conditionnement correspond à x DDD) par patient par période d'hospitalisation.- Retenir les cas où l'on atteste davantage que la dose journalière. Des doses élevées peuvent se justifier du point de vue médical.- Demander des données plus détaillées via New-Attest.- Si nécessaire une visite d'inspection à l'hôpital.- Dans une première phase, développer en détail un échantillon avec un seul médicament.
Calendrier	Date de début : 3.1.2018. Date de fin 31.3.2019.
Impact financier visé	À déterminer après une première analyse Recette estimée 500.000 EUR.
Moyens et collaboration nécessaires	Datamining SHA. Analyse des données SHA et travail d'inspection (visite de contrôle) SECM

6.4 Physiothérapie au sein des hôpitaux: contrôle du nombre de séances

558795-558806 : Rééducation qui, outre la gymnastique médicale comporte au moins une des techniques visées ci-dessous par séance (thérapie psychomotrice, électrostimulation pour atteinte motrice ou électrothérapie antalgique, ergothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscine, thérapie de traction) - les 18 premières séances.

Groupe cible	Les physiothérapeutes
Objectif de l'action et motivation	Les patients ont droit à 18 séances par année civile pour une pathologie déterminée. Si une nouvelle pathologie survient, qui nécessite une nouvelle série de séances, le dispensateur/l'institution doit alors garder à disposition cette pathologie en vue d'un éventuel contrôle.

À la demande de justification de cette deuxième pathologie, une nouvelle série peut être approuvée sur la base des informations (médicales) mises à disposition. Nous constatons toutefois dans nos contrôles que certaines institutions attestent plus de 18 séances beaucoup plus souvent que d'autres. Une étude de données nationales confirme ceci :

- Si nous analysons les membres de l'Union nationale 1 pour lesquels au moins 1 prestation 558795-558806 a été dispensée en 2017 (n= ± 70.000), nous observons alors plus de 18 prestations pour 0,6 % de ces membres/patients.¹

% au sein de l'Hôp avec 19 séances ou plus	Nombre Hôpitaux	Membres avec min. 1 séance	Membres avec 19 séances ou plus
0 %-0,1 %	59	67.554	103
0,1 %-0,2 %	15	17.756	264
0,2 %-0,3 %	7	5.224	145
0,3 %-0,4 %	11	7.177	246
0,4 %-0,5 %	2	869	37
0,5 %-0,6 %	3	329	17
0,6 %-0,7 %	2	1.689	104
0,7 %-0,8 %	1	197	15
0,8 %-0,9 %	1	62	5
0,9 %-1 %	0	0	0
1 %-1,1 %	1	19	2

En outre, nous constatons lors de certains contrôles a posteriori que certaines institutions motivent une nouvelle pathologie pour des raisons en apparence très légères. Ainsi, p.ex. une deuxième pathologie pour cause d' "anémie normocytaire" ne semble à première vue pas vraiment correspondre à de la physiothérapie ?

¹ N.B.: il s'agit en l'occurrence d'un comptage effectué le 2 février 2018 pour toutes les prestations ayant pour date de prestation 2017, dans le cadre duquel nous avons compté le nombre de prestations par tiers facturant et par membre. La situation exceptionnelle dans la cadre de laquelle des patients ont bénéficié de leur 19^e prestation via un autre hôpital, n'est de ce fait pas prise en considération. Un calcul plus précis et au niveau national s'avère nécessaire dans le cadre du démarrage du contrôle proposé.

Contexte financier	Les deux codes de prestation représentent en ce moment un budget AMI de 12,6 millions d'euros en 2017 (Union nationale 1). Les séances à partir de la 19 ^e représentent environ 150.000 EUR. Un montant de 43.000 EUR en a déjà été récupéré.
Procédure	D'un point de vue pratique, ces contrôles peuvent être effectués en explorant les données de facturation au niveau de l'AIM. Après cette exploration, le CIN peut examiner quelles actions peuvent être entreprises à l'égard des outliers (notification, évaluation, récupération, etc.).
Calendrier	2018-2020
Impact financier visé	Limité.
Moyens et collaboration nécessaires	Le croisement de données de facturation doit pouvoir être programmé au niveau AIM. Dans une phase ultérieure, on peut faire appel aux médecins-conseils et au SECM pour se prononcer sur des éléments médicaux prouvant ou non qu'une nouvelle série est justifiée ou non.

6.5 Médicaments orphelins: conformité par rapport à l'accord du médecin-conseil

Groupe cible	Les pharmacies hospitalières.
Objectif de l'action et motivation	<p>Pour tous les médicaments orphelins pour lesquels un collège de médecins existe, la règle suivante s'applique : <i>“Le remboursement ne peut être approuvé que si le pharmacien hospitalier concerné possède, avant la délivrance du médicament, une copie du document qui a été décrit au point susmentionné...”</i> (on entend l'approbation du médecin-conseil, après avis du collège ou non).</p> <p>Il pourrait être utile de contrôler si les pharmaciens hospitaliers n'ont malgré tout pas délivré de médicaments (et d'attestations) alors qu'ils ne disposaient pas encore de cet accord. Si l'accord n'a pas été donné, il se peut qu'il soit donné ultérieurement (la situation peut alors être régularisée), mais il se peut également qu'un refus soit prononcé. Dans ce dernier cas, l'attestation à la mutualité est dite frauduleuse.</p> <p>Pour certains médicaments orphelins, on peut en outre vérifier de manière spécifique si les conditionnements pour les six premières semaines de traitement n'ont pas été attestés à l'OA, en sachant qu'ils</p>

doivent être fournis gratuitement par la firme.

L'accent doit être mis sur les délivrances facturées pour lesquelles il n'y a pas d'accord (et pas sur celles pour lesquelles il y a un accord tardif).

Contexte financier	En 2016, le budget des médicaments orphelins s'élevait à 382.799.464 euros.
Procédure	Ces contrôles peuvent être effectués d'un point de vue pratique en explorant les données de facturation hospitalière, complétées par les données issues des fichiers de données relatives aux accords Chapitre IV.
Impact financier visé	Vu le coût élevé des médicaments orphelins, on pourra récupérer un montant élevé pour chaque cas de fraude détecté. Le montant total estimé pourrait se situer aux alentours de 500.000 EUR voire plus.
Moyens et collaboration nécessaires	Le croisement des données de facturation des médicaments avec la banque de données accords Chapitre IV doit pouvoir être programmé au niveau de l'AIM.

6.6 Contrôle outliers logopèdes

Groupe cible	Les logopèdes.
Objectif de l'action et motivation	En ce qui concerne les résultats de notre enquête de 2016, il est opportun d'effectuer un nouveau screening pour les logopèdes afin de pouvoir contrôler l'effet du premier screening sur les logopèdes, et de pouvoir détecter de nouveaux pics. Pour ce qui est du nouveau projet, on se concertera à l'avance avec le secteur pour éventuellement aussi étudier de nouvelles pistes de recherche concernant les logopèdes.
Contexte financier	La possibilité de calculer la durée équivalente par jour presté pour le secteur des prestations de logopédie peut permettre de mieux comprendre le comportement de facturation des dispensateurs.
Procédure	La procédure suivie dépendra encore de la concertation. Dans un premier temps, l'AIM peut analyser les données de facturation des logopèdes. Après l'exploration de données, le CIN examinera quelles actions peuvent être entreprises en ce qui concerne les cas détectés.

Calendrier	2018-2020.
Moyens et collaboration nécessaires	<p>L'analyse de données de facturation est prévue au niveau de l'AIM. Les dispensateurs détectés devront être avisés par une personne qui a accès à l'infrastructure d'un OA. Les réponses obtenues devront ensuite être suivies et analysées par des experts. Pour finir, les résultats et conclusions devront être mis par écrit dans un rapport et présentés aux parties concernées.</p> <p>Les résultats de ce screening devraient pouvoir être exploités dans le cadre des travaux de la Commission de planification du SPF Santé publique.</p>

6.7 Médecins généralistes qui ne portent pas en compte de ticket modérateur : contrôle de la réalité des prestations effectuées

Groupe cible	Les médecins généralistes.
Objectif de l'action et motivation	<p>Vérifier dans quelle mesure les prestations attestées par les médecins généralistes qui font un usage important du tiers payant et qui ont un chiffre d'affaires AMI élevé, sont effectivement dispensées aux patients qui ne se voient pas ou peu porter en compte de tickets modérateurs. Cette action peut être réalisée en examinant de plus près les pratiques des médecins généralistes qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • appliquent (très) souvent le système du tiers payant pour des bénéficiaires sans intervention majorée ; • portent en compte peu de tickets modérateurs à ces patients, voire pas du tout ; • ont un chiffre d'affaires AMI élevé ; • ont proportionnellement peu de patients 'uniques'. <p>Et ce, en comparaison de la pratique au niveau du pays, de la province et de l'arrondissement.</p> <p>Le profil de dépenses et de patients du médecin généraliste signalé sur cette base sera ensuite analysé en détail.</p>
Procédure	<p>Description des données à fournir : sélection(s), lay-out, période, date de fourniture.</p> <p>Données à fournir pour les années de prestation 2016-2017, sur la base du 2016T01 comptabilisé-dernier mois comptabilisé (2018T02 ?).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Par médecin, la totalité des codes attestés et des dépenses

sont fournis avec les ventilations suivantes :

- droit ou non à l'intervention majorée (sur la base des informations de la banque de données GZSS) ;
 - payé ou non via le tiers payant (social) ;
 - attesté ou non avec perception d'un ticket modérateur.
2. Sur la base du bénéfice ou non de l'intervention majorée, le nombre de patients uniques est fourni par statut. La référence est ici le moment de la facturation (statut dans la banque de données GZSS). En cas de modification du statut pendant l'année de prestation, le dernier statut attribué dans la banque de données GZSS est (arbitrairement) octroyé au bénéficiaire concerné pour lui attribuer un des deux statuts (IM ou bénéficiaire ordinaire).

Sur la base des données de population au 31.12.2016 (ou des données disponibles les plus récentes) et du domicile des patients (arrondissement) à ce moment, les médecins généralistes sont rattachés à l'arrondissement où la majorité (relative) des patients sont domiciliés.

Output : quel format, à l'intention de qui, canaux de communication (par qui), date limite –

Fichier Excel contenant, par arrondissement et par cabinet de médecin généraliste, pour les années de prestation 2016-2017, un aperçu des ventilations demandées – volet cas et volet dépenses – avec aussi le nombre de patients uniques par statut.

Calendrier	fin 2018.
Moyens et collaboration nécessaires	INAMI (SECM) et OA.
Remarques supplémentaires	Après la fourniture des résultats et la sélection des médecins généralistes, il semble opportun de contrôler cette sélection auprès des mutualités locales, pour vérifier si ces médecins généralistes ont déjà des antécédents, et éventuellement affiner/adapter la sélection.

6.8 Clichés panoramiques et numéros de dents des dentistes : contrôle des clichés répétés en l'absence de traumatisme

Groupe cible Les dentistes, stomatologues, radiologues.

Objectif de l'action et motivation	<p>Depuis la modification de la nomenclature des clichés panoramiques en 2014 (1.5.2014 pour la prestation 307090 et 1.12.2014 pour la prestation 377090), l'intervention de l'assurance pour ces prestations est due au maximum une fois par deux années civiles ; avant la modification, c'était maximum une fois par année civile. La répétition du cliché panoramique (3x7090-3x7101) dans le cas d'un traumatisme externe dans la région orofaciale et au plus tard jusqu'à la consolidation, doit être attestée sous le numéro 3x7274-3x7285.</p> <p>Lors de certains contrôles a posteriori, nous constatons que des dispensateurs réalisent chaque année un cliché panoramique mais l'attestent au moyen du code de répétition. Il ressort d'études de cas que, dans un certain nombre de cas, les données de facturation du bénéficiaire ne contiennent pas d'indications permettant de conclure à la présence d'un traumatisme orofacial externe. L'objectif est d'examiner le groupe professionnel complet et de cartographier d'éventuels abus.</p>
Contexte financier	<p>Le budget se trouve dans le secteur des dentistes Ces derniers temps, la Commission d'accord de l'art dentaire a fortement mis l'accent sur la réduction des abus pour libérer une marge budgétaire afin de pouvoir développer de nouveaux projets. La méthode de travail appliquée par certains dispensateurs a aussi pour conséquence que les objectifs de 2014 en matière de mesures d'économie ne peuvent pas être atteints.</p>
Procédure	<p>D'un point de vue pratique, ces contrôles peuvent être effectués en explorant les données de facturation au niveau de l'AIM. Après cette exploration, le CIN peut examiner quelles actions peuvent être entreprises à l'égard des outliers (notification, récupération...)</p>
Calendrier	<p>2018</p>
Impact financier visé	<p>Un impact financier concret est difficile à estimer, il dépend aussi fortement des résultats de l'exploration des données.</p>
Moyens et collaboration nécessaires	<p>Le croisement de données de facturation doit pouvoir être programmé au niveau AIM. Dans une phase ultérieure, on peut aussi faire appel aux médecins-conseils et au SECM pour se prononcer sur des éléments médicaux prouvant ou non que certaines répétitions ont été dispensées à juste titre.</p>

6.9 Rétinographie : contrôle outliers

Groupe cible	Les ophtalmologues.
Objectif de l'action et motivation	<p>Tant pour une électro-rétinographie (ambulatoire) (248533) que pour des potentiels cérébraux évoqués par stimulation visuelle, avec protocole et extraits des tracés (248872 – ambulatoire), un nombre restreint d'ophtalmologues – qui n'ont en outre aucune activité en milieu hospitalier – prennent à leur compte la plus grande partie de ces prestations. Il s'agit de prestations très spécialisées qui nécessitent un investissement important en appareillage, que l'on s'attendrait plutôt à trouver dans les grands hôpitaux.</p> <p>Pour l'électro-rétinographie, il s'agit en 2015 de 5 dispensateurs pour 1589 cas (49 % du total). En ce qui concerne les potentiels cérébraux évoqués par stimulation visuelle, il s'agit de 6 dispensateurs pour 1911 cas (51 % du total). Il y a en outre deux dispensateurs que nous retrouvons dans les deux groupes.</p>
Contexte financier	Pour l'électro-rétinographie, un montant de € 77.275 a été remboursé pour les 5 dispensateurs en 2015. Pour les potentiels cérébraux évoqués par stimulation visuelle, un montant de € 162.135 a été remboursé pour les 6 dispensateurs en 2015.
Procédure	Détermination des montants remboursés par dispensateur de soins dans les données de facturation AIM pour les numéros en question et détermination des grands consommateurs.
Calendrier	L'analyse a déjà été faite à l'AIM pour 2015.
Impact financier visé	En fonction de l'analyse : récupération éventuelle de montants remboursés.
Moyens et collaboration nécessaires	Une analyse complémentaire de périodes de facturation supplémentaires doit pouvoir éventuellement être programmée au niveau de l'AIM.

7. Section « soins efficaces »

En 2013, une des mesures de la Task force « économies » dans le cadre de l'assurance maladie consistait à identifier, dénoncer et corriger l'usage inadéquat de prestations de santé diagnostiques et thérapeutiques. Ceci fait appel à la notion de consommation inappropriée, que ce soit en terme de sur-utilisation, de sous-utilisation ou de consommation inappropriée (en anglais on utilise les termes de « waste », d'overuse / underuse / misuse).

L'INAMI a alors proposés de développer **une approche intégrée, systématique et progressive, axée sur l'exploitation d'outils complémentaires et synergiques, pour promouvoir l'utilisation optimale des ressources de l'assurance auprès des dispensateurs de soins et de l'ensemble des acteurs de santé.**

Alors que le point 7.1 présente une approche globale de l'ensemble de la nomenclature, le point 7.2 quant à lui présente en sus une série d'actions ciblées.

7.1 Approche globale

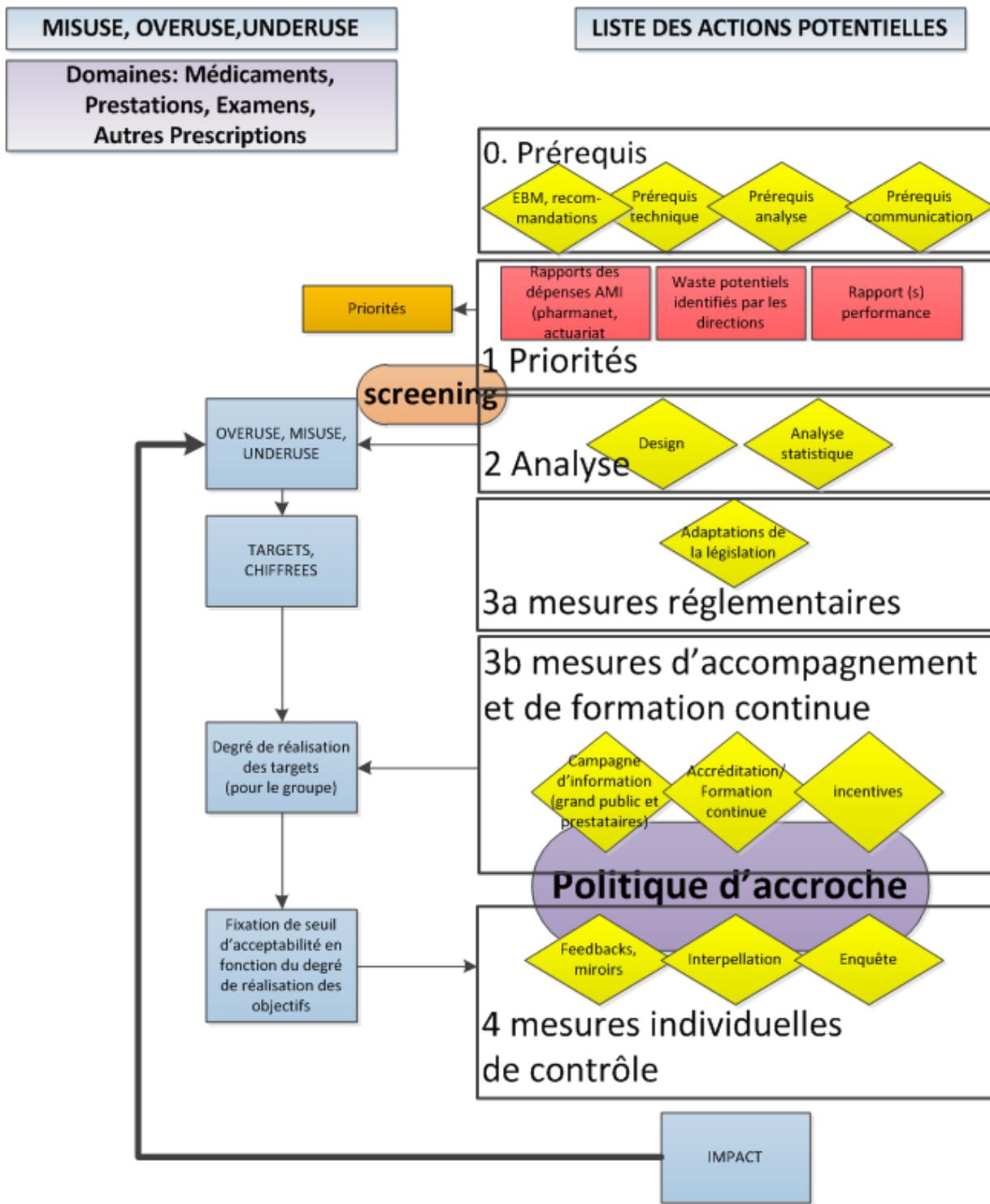
7.1.1 Méthodologie

Cette approche « soins efficaces » se fonde sur un enchaînement d'étapes qui sont schématisées dans la figure 1 :

- L'approche générale se fonde sur des **PRÉREQUIS** indispensables pour mener à bien les autres étapes :
 1. L'inventaire des recommandations de bonnes pratique (pour autant qu'elles existent);
 2. L'accès aux données (voir aussi le point 4 de ce plan)
 3. L'identification d' « unités de production » homogènes (par exemple un service hospitalier), de groupes de prestataires semblables (par exemple identifier les chirurgiens vasculaires parmi les chirurgiens) et de groupes homogènes de patients.
 4. La création de canaux de communication performants (notamment un site web).
- La procédure standard se poursuit ensuite par le choix de **THÈMES PRIORITAIRES** à aborder. Ce choix peut se fonder sur une multitude d'éléments : rapports d'audit réalisés par l'INAMI sur les dépenses des différents secteurs, les différents rapports performance (du système de santé ou de la médecine générale) rédigés par le KCE sous la houlette de l'INAMI, ...
- Viennent ensuite les **ANALYSES** à proprement parler. Un outil essentiel que l'INAMI va utiliser pour réaliser ses analyses est les variations de pratique parmi lesquelles les variations géographiques.
- Une fois les analyses réalisées, des **ACTIONS** doivent être entreprises. L'arsenal des actions est vaste et leurs déploiement doit être progressif. Le but principal de chaque action (allant de la prévention à la répression en passant par l'adaptation de la réglementation) est d'obtenir des changements de

comportement durables, dans le sens d'une utilisation adéquate des moyens, auprès du plus grand nombre possible de prestataires/ acteurs concernés.

- Toute cette procédure doit ensuite faire l'objet d'une **ÉVALUATION** pour mesurer dans quelle mesure les actions entreprises ont eu l'effet souhaité.



7.1.2 Les prérequis

La note stratégique relative à l’Evidence-Based Practice de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, déposée en 2016, prévoit que : « *Les moyens aujourd’hui consacrés à des initiatives indépendantes seront rassemblés dans un cadre pluriannuel baptisé « Evidence-Based Practice 2018-2021 »* ». En tant que service public scientifique central, le KCE jouera un rôle pionnier et assurera la gouvernance.

Le Plan relatif à l’Evidence-Based Practice (EBP) est élaboré sur la base de l’étude KCE 2016-64, en partenariat avec les différentes organisations concernées, parmi lesquelles le SPF Santé publique, l’INAMI et si possible l’AFMPS. En 2018, un certain nombre de projets concrets du Plan EBP seront lancés au départ de cette étude KCE.

Il convient de toujours veiller à la cohérence entre ce Plan EBP et d’autres initiatives telles que la réforme de l’accréditation, la réévaluation de la nomenclature, le Plan d’action en matière de contrôle des soins de santé et la réforme de la loi relative à l’exercice des professions des soins de santé. C’est un plan pour la première ligne.

A partir de 2018, l’accès aux données connaîtra de nombreuses avancées qui ont été décrites au point 4.

7.1.3 Les priorités 2018-2020

Le nouvel accord national pour 2018 et 2019 de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) du 19 décembre 2017 contient plusieurs thèmes qui vont dans le sens de l’augmentation de l’efficacité des soins.

La CNMM souhaite qu’en matière de « soins efficaces », la priorité soit donnée :

- aux actions dans le cadre de l’imagerie médicale : la problématique de la lombalgie aspécifique, la création d’un « decision support tool », méthodologiquement transparent et basé sur l’évidence, et l’élaboration d’un plan d’implémentation avant le 30 juin 2018 ;
- aux actions dans le cadre de la biologie clinique : révision des conditions de remboursement pour le dosage de 25-hydroxy vitamine D (objectif réallocation de ces moyens au profit de biomarqueurs innovants), révision des conditions de remboursement de la vitamine D et de l’acide folique et collaboration avec le KCE (essai relatif au support décisionnel pour la prescription de tests de laboratoire) ;
- à la promotion des médicaments biosimilaires et de la prescription de médicaments bon marché.

7.1.4 Les analyses

Pour le groupe cible des médecins spécialistes, une méthodologie standardisée a été élaborée afin de cartographier les variations de pratiques.

Pourquoi étudier les variations de pratiques médicales?

« Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par le besoin des patients, les **variations de pratiques médicales** posent un problème de nature éthique, thérapeutique et économique » (Le Bail M. & Zeynep O., « Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales », Edition 2016). Ce constat de l'existence des variations de pratiques a conduit une réflexion sur l'existence de **soins non pertinents**. « Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations des sociétés savantes ». Les **taux de recours aux soins** sont un reflet notamment des besoins de soins de la population et leur analyse constitue une « première étape pour un diagnostic global en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins ».

Comment étudier les variations de pratiques?

L'étude des variations de pratique prendra la forme d'un **rapport** qui calcule les taux de recours standardisé (sur le sexe et l'âge) aux soins de la population, les visualise de manière (carto)graphique, en ajoutant des éléments de mise en perspective (problématique et recommandations). Ce rapport sera ensuite soumis à la **concertation avec les sociétés scientifiques** concernées afin de déboucher sur des recommandations et actions.

Quels thèmes étudier ?

L'ambition de la cellule « soin efficaces » est de choisir au moins un thème différent pour chacune des 26 spécialités médicales afin d'en étudier les variations de pratiques. Cette ambition se justifie par la volonté de ne pas stigmatiser une spécialité plutôt qu'une autre. La cellule est toutefois bien consciente que certaines spécialités ne pourront sans doute pas être couvertes par cette approche.

Pour choisir les thèmes, la cellule s'est basée sur une méthodologie faisant appel à différents critères : le montant total des dépenses, l'évolution annuelle du nombre de cas, le pourcentage réalisé en ambulatoire, le coefficient de variation,... Cette méthodologie aboutit à un ranking. Le tableau ci-dessous propose une liste de thèmes qui recouvre 20 spécialités ou sous spécialités. Il est évident que les sociétés scientifiques elles-mêmes pourront proposer des thèmes qui pourront faire l'objet d'un rapport.

CODE	Spécialité	Type d'examen	Pratique	Dépenses 2014-2016	Coût moyen par intervention	Tendance Recours 10 ans	Age moyen	Femmes	Ambulatoire	Coefficient Variation	V P25 (%)	V P75 (%)	CLASSEMENT CUMULE (hors dentistes)
140N23	Chirurgie abdominale	I	Appendicectomie	3.858.963 €	276 €	-0,54%	32,10	0,47	1,89%	9,96	-7%	8%	21
140N23	Chirurgie abdominale	I	Chirurgie bariatrique	10.812.030 €	834 €	10,00%	41,78	0,71	0,15%	29,78	-1%	10%	29
140N23	Chirurgie abdominale	I	Hernie inguinale	9.508.155 €	382 €	-2,83%	54,08	0,13	42,80%	12,26	16%	21%	8
140N26	Chirurgie vasculaire	I	Anévrisme de l'aorte abdominale	3.542.823 €	1.384 €	-1,69%	71,40	0,16	0,28%	34,15	-16%	6%	22
140N26	Chirurgie cardiaque	I	Pontage coronaire	15.462.772 €	2.963 €	-1,12%	68,08	0,19	0,06%	25,24	-10%	5%	23
140N26	Chirurgie veineuse	I	Varices	7.110.388 €	288 €	3,13%	53,03	0,71	88,70%	22,09	-26%	26%	2
340N10	Obstétrique	C	Echographie obstétrique	14.152.822 €	31 €	3,16%	30,47	1,00	97,25%	16,34	-16%	12%	26
340N11	Gynécologie	D	Dépistage du cancer du sein	35.293.597 €	28 €	1,15%	57,43	0,99	99,19%	27,55	1%	-3%	7
340N11	Gynécologie	C	Echographie gynécologique	36.101.918 €	25 €	8,17%	41,45	1,00	99,37%	15,64	-5%	16%	14
410N28	Oto-rhino-laryngologie	I	Amygdalectomie/Adénoïdectomie	4.909.743 €	110 €	-1,49%	9,61	0,49	82,59%	18,70	-7%	21%	16
410N28	Oto-rhino-laryngologie	I	Drains transtympaniques	3.676.975 €	93 €	-0,13%	14,51	0,44	96,92%	41,56	-30%	47%	10
410N28	Oto-rhino-laryngologie	I	Thyroïdectomie	3.318.007 €	494 €	0,34%	52,14	0,75	2,53%	28,94	-7%	36%	27
450N30	Urologie	C	Echographie Prostate	9.732.307 €	28 €	0,59%	64,75	0,10	90,32%	36,98	-13%	17%	11
450N30	Urologie	I	Lithotritie extracorporelle	5.326.445 €	363 €	0,02%	54,38	0,29	81,60%	42,62	-37%	21%	5
480N32	Orthopédie	I	Canal carpien	5.870.943 €	186 €	6,23%	58,41	0,65	96,83%	22,09	0%	32%	30
480N32	Orthopédie	I	Chirurgie de rachis	10.800.180 €	586 €	-0,15%	53,64	0,51	1,70%	38,72	-12%	10%	28
580N40	écologie interne générale	D	Echographie carotidienne	14.888.806 €	74 €	0,14%	68,67	0,49	69,28%	30,50	-19%	16%	9
583N40	Endocrinologie	D	Echographie de la thyroïde	1.199.471 €	26 €	3,35%	73,95	0,69	88,08%	41,21	-30%	34%	18
620N41	Pneumologie	C	Bronchoscopies	7.356.782 €	158 €	-1,75%	65,28	0,38	36,48%	28,94	-13%	17%	13
620N41	Pneumologie	C	Exploration Fonctionnelle Respiratoire	57.743.225 €	33 €	0,21%	56,50	0,47	85,30%	20,57	-18%	13%	12
730N51	ie interventionnelle (B1)	D	Coronarographie	38.933.221 €	400 €	4,00%	64,64	0,38	38,96%	30,85	-12%	-8%	3
730N51	ie interventionnelle (B2)	I	Intervention coronaire percutanée	26.181.446 €	1.029 €	0,58%	67,94	0,27	4,60%	16,78	-15%	10%	17
730N55	Cardiologie générale	C	Stress test	22.494.441 €	31 €	2,45%	61,57	0,39	97,62%	27,48	-16%	12%	15
770N56	Neurologue	C	Electro-encéphalographie	23.449.737 €	69 €	-2,84%	52,37	0,54	57,46%	16,66	4%	13%	25
930N50	Radiologie	D	IRM de la colonne	27.061.270 €	92 €	6,34%	51,65	0,57	94,93%	23,11	-11%	11%	19
930N50	Radiologie	D	Rx Colonne	19.376.087 €	39 €	-6,12%	54,01	0,61	88,14%	15,63	-8%	16%	20
930N50	Radiologie	D	RX Thorax	28.074.969 €	13 €	-2,02%	62,15	0,47	42,72%	12,61	-1%	9%	24
930N50	Radiologie	D	Ostéodensitométrie	1.369.000 €	34 €	-5,90%	68,90	0,85	83,06%	37,95	-24%	19%	4
970N46	Médecine nucléaire	D	PET Scan	6.885.357 €	178 €	12,37%	63,10	0,47	86,48%	32,10	-21%	5%	6
007N16	Stomatologues	I	Chirurgie maxillaire	3.486.892 €	297 €	4,88%	34,09	0,60	25,64%	52,82	-43%	10%	1

La rédaction des rapports et la collaboration avec les sociétés scientifiques

La cellule « Soins efficaces » a développé un algorithme de calcul qui permet, sur base d'une sélection de codes nomenclature, de disposer très rapidement de l'ensemble des analyses chiffrées, graphiques et cartographiques pour un thème donné. Sur cette base, la cellule a déjà rédigé 3 rapports : les drains transtympanique, la chirurgie bariatrique et l'imagerie de colonne. L'expérience a montré que la rédaction de ces rapports était une tâche exigeante et consommatrice de ressources.

La cellule poursuivra bien entendu la rédaction de ces rapports, mais envisage aussi une piste « externe » pour, d'une part, favoriser l'implication des personnes concernées et, d'autre part, accélérer la publication de ces rapports. Dans ce cas, les informations de base (chiffres, tableaux, graphiques, cartes,...) seraient fournies aux sociétés scientifiques intéressées par le projet qui s'occuperaient alors de réaliser les analyses et de les documenter.

Dans tous les cas, puisque l'objectif est de comprendre les causes de ces variations, d'en vérifier la justification et de parvenir à des actions, les rapports finaux seront soumis à la concertation avec les sociétés scientifiques concernées.

Action : Pour la fin de l'année 2018, la cellule « soins efficace » s'engage à réaliser les analyses chiffrées pour toute la nomenclature des soins de santé et à les mettre à disposition des sociétés scientifiques

intéressées. La rédaction des rapport finaux dépendra de la disponibilité des sociétés scientifiques à collaborer.

7.1.5 Actions potentielles

Chaque rapport dont il est question au point 7.1.4 contiendra une liste d'actions potentielles qui auront été discutées avec les sociétés scientifiques. Ces actions potentielles devront être déléguées aux institutions ou organes qui sont compétents pour les mettre en œuvre. Pour sa part, l'INAMI s'engage à mettre en œuvre les actions qui relèvent de sa compétence ou recherchera les partenaires adéquats pour les mettre en œuvre afin de résoudre les problèmes de pertinence des soins qui auront été mis en évidence.

7.1.5.1 Paquet de mesures globales

Les actions potentielles sont les suivantes (liste non exhaustive) :

- élaborer et/ou adapter la réglementation, en ce compris la fixation des prix ;
- informer le patient sur son rôle en ce qui concerne sa santé personnelle et le coût des soins de santé par les OA ;
- informer les dispensateurs de soins ;
- formation continue/promotion de la qualité/incitants.

Un système d'accréditation a été instauré pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire. Pour les autres catégories de dispensateurs de soins (par exemple les kinésithérapeutes), on parle de promotion de la qualité, comme une intervention pour la formation continue ou la gestion du dossier des soins infirmiers pour les praticiens de l'art infirmier.

Aspect formation

On pourrait imposer différents thèmes (répondant aux besoins en tenant compte des résultats des analyses réalisées) sur trois niveaux :

- programme d'accréditation ;
- formation thématique lors des réunions avec les peers (GLEM) ;
- formation individuelle.

Une possibilité supplémentaire est l'intégration des recommandations/directives dans le logiciel de soutien à la pratique (cf. accord Medicomut relatif à l'iGuide imagerie médicale). La mise à disposition directe des recommandations au dispensateur de soins, en veillant à ce qu'il ne doive plus effectuer de recherche, ce qui facilite son travail quotidien.

L'Accord gouvernemental prévoit en outre la possibilité, dans le cadre de la concertation entre les stakeholders, de conclure à l'INAMI des conventions relatives à l'usage adéquat des soins.

Aspect encouragement financier

Deux aspects sont examinés pour l'obtention d'une accréditation :

- la participation à la formation même ;
- la mise en application pratique des connaissances acquises pendant les journées de formation.

L'Accord de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) du 19 décembre 2017 prévoit la réforme du système de l'accréditation.

Pour le 30 septembre 2018, la CNMM prévoit, en collaboration avec le CNPQ et en concertation avec le SPF Santé publique, une proposition concrète reposant sur les principes énumérés ci-après, où il est renoncé au caractère « tout ou rien » caractérisant le système actuel. Dans le cadre de la loi de la qualité des soins, la formation permanente est un des éléments qualité repris dans le portfolio indispensable pour la délivrance du licence to practice.

La mise en place de voucher dans le cadre du projet programmation et financement des places de stage rétribuant la partie pédagogique du maître de stage est un autre outil devant permettre d'améliorer la qualité de la formation de candidats spécialistes en formation.

La CNMM souhaite qu'un nouveau système soit lancé en 2019, conçu sous la forme d'un système en trois volets contenant les éléments suivants :

- le suivi de la formation professionnelle continue, pour soutenir le cycle PDCA du médecin ou de la pratique médicale, à travers des programmes reconnus, des formations et des parcours d'e-learning en relation avec les évolutions scientifiques pertinentes et en tenant compte des priorités définies dans le plan EBP et d'objectifs de formation personnels ;
- la participation au peer review dans des groupes de qualité locaux (GLEM) en vue du développement d'une coopération professionnelle utile et de formuler des programmes d'amélioration qualitative au niveau du GLEM ;
- la réalisation d'objectifs individuels en matière de qualité, basés sur un ensemble d'indicateurs de prescription et de traitement mis au point par des experts appartenant aux associations scientifiques pertinentes.

- *Feed-back aux dispensateurs de soins*

Objectif : informer le dispensateur de soins sur sa pratique (individuelle ou de groupe)

Différents types :

- feed-back contextuel

Par exemple, feed-back aux médecins généralistes : chaque médecin généraliste reçoit un feed-back sur sa pratique sous la forme de données chiffrées. Il peut alors se positionner par rapport à ses collègues (répartition des chiffres nationaux en percentiles 10/25/50/75/90) ;

- feed-back thématique informatif

P. ex. : on donne un feed-back axé sur un thème bien défini et/ou un groupe cible spécifique ;

- feed-back concernant les outliers

Ce type de feed-back est destiné à tous les dispensateurs de soins qui dépassent la norme selon les statistiques (notions de « overuse » et de « underuse »). Une lettre de sensibilisation peut en être un premier moyen.

Plusieurs instances peuvent s'en charger : l'INAMI, l'AIM, la commission CIN « Contrôle et datamining »...

Pour les médecins généralistes, l'INAMI travaille à la création d'un feed-back intégré par médecin généraliste (qui travaille en solo ou dans une pratique de groupe) en ce qui concerne :

- le comportement prescripteur en matière d'imagerie médicale ;
- le comportement prescripteur en matière de médication (e.a. antibiotiques, (poly)médication des personnes âgées, médication psychotrope...);
- le comportement prescripteur en matière de biologie clinique.

Il s'agit d'un feed-back individuel par cabinet de médecine générale (en solo ou pratique de groupe) qui permet de se positionner par rapport aux autres cabinets au sein du groupe de comparaison. Chaque médecin généraliste ou pratique de groupe reçoit, pour 45 indicateurs relatifs aux domaines susmentionnés, un score individuel basé sur les données de facturation soins de santé. Ce feed-back contient également un bref commentaire sur l'évidence EBM sous-jacente en ce qui concerne ces indicateurs.

Un rapport de performance global est également prévu en 2018 en ce qui concerne la médecine générale.

L'objectif est de travailler simultanément à un trajet de suivi pour les médecins généralistes, afin d'aboutir à un comportement souhaité en matière de consommation des soins de santé.

En 2019, un feed-back individuel sera également envoyé aux spécialistes et sera axé sur le comportement prescripteur en matière de médicaments.

Il est envisageable et souhaitable qu'à terme, un feed-back soit également envoyé aux hôpitaux en ce qui concerne la sécurité et certains aspects pour lesquels l'autorité fédérale est encore compétente. On peut par exemple penser à l'intégration dans un tel système de feed-back d'un certain nombre de constatations relatives à l'encodage correct (ICD, RIM), avec situation des prestations à basse variabilité dans une perspective belge comparative, d'un certain nombre d'indicateurs en matière de mortalité, d'utilisation des composants sanguins, de consommation d'antibiotiques, d'hygiène hospitalière, etc. Ce thème peut être intégralement repris par les administrations fédérales, p. ex. dans le cadre d'un prochain contrat d'administration. Compte tenu des compétences des entités fédérées, une concertation peut être menée au sein de la CIM Santé publique.

7.1.5.2 Actions ciblées à l'égard des groupes cibles

- Visites aux cabinets, hôpitaux, institutions
- Lettre d'information préventive
- Interpellation d'un dispensateur de soins
- Enquête sur un dispensateur de soins/enquête thématique sur un groupe
- Procédures de récupération et de sanction
- Suspension du régime du tiers payant

7.1.5.3 Actions complémentaires du SPF santé publique

On peut faire remarquer que du côté du SPF Santé publique, il existe/on développe des programmes et activités qui ont trait à l'augmentation de l'efficacité des soins. Nous pensons p. ex. :

- à la coordination de la plateforme BAPCOC en ce qui concerne la politique en matière d'antibiotiques, dans laquelle le SPF développe, outre son rôle de coordination, des activités en matière d'information aux citoyens et aux dispensateurs de soins ainsi que des mesures pour maîtriser les antibiotiques et des mesures RAM au niveau hospitalier, etc. ;
- à la coordination de la plateforme BEQUINT, dont l'objectif est de rationaliser l'utilisation des composants sanguins dans les hôpitaux ;

- à la coordination de la plateforme BELMIP, dont l'objectif est d'accélérer l'utilisation rationnelle de l'imagerie médicale, et qui soutient entre autres les activités en matière de support décisionnel et le protocole imagerie médicale ;
- à la coordination de la plateforme BELPEP en vue de l'utilisation rationnelle de la médication psychoactive ;
- à des activités de soutien en ce qui concerne les organes réglementaires au sein de la DGSS, tels que les Collèges de médecins et le Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière. Ces organes seront intégrés dans la nouvelle Chambre de qualité prévue dans la proposition de réglementation relative à l'organisation des professions de santé ;
- au support de la politique en matière de soins palliatifs et de programmation de soins précoces, y compris la plateforme fédérale en la matière ;
- à des cadres pluriannuels pour la sécurité des patients et la qualité dans les hôpitaux psychiatriques ;
- au programme P4Q dans les hôpitaux généraux et universitaires, mis en œuvre à partir de 2018 ;
- au rôle en matière de coordination pour des initiatives internationales (p. ex. OCDE) de développement de sets d'indicateurs, etc.
- à l'élaboration, dans le cadre de la proposition de réglementation relative à l'organisation des professions de santé, d'un portfolio qui doit être tenu à jour par les dispensateurs de soins, entre autres en ce qui concerne la façon dont ils gèrent leur développement continu et actualisent leurs connaissances et leur expertise. À ce sujet, des mises au point ont déjà eu lieu pour assurer la cohérence avec le projet de réforme relative à l'accréditation des médecins.
- Etc.

7.2 Thèmes spécifiques « soins efficaces »

7.2.1 Dossier médical global (DMG)

Objectif de l'action et motivation	Vérifier les anomalies constatées de la précédente étude (données 2014).										
Situation financière	<table> <tr> <td>2012</td> <td>153.077.132,27 €</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>167.529.038,36 €</td> </tr> <tr> <td>2014</td> <td>172.562.452,91 €</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>187.701.240,82 €</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>220.220.544,45 €</td> </tr> </table>	2012	153.077.132,27 €	2013	167.529.038,36 €	2014	172.562.452,91 €	2015	187.701.240,82 €	2016	220.220.544,45 €
2012	153.077.132,27 €										
2013	167.529.038,36 €										
2014	172.562.452,91 €										
2015	187.701.240,82 €										
2016	220.220.544,45 €										
Procédure	<ul style="list-style-type: none"> - Sur base des 11 codes/pseudocodes de DMG (données 2016) : sélectionner de manière aléatoire 50 médecins généralistes. - Pour chaque médecin, sélectionner 10 DMG dont 5 avec statut de maladie chronique. Si possible, pour ces DMG, voir s'il y a aussi des 										

- codes de trajets de soins (diabète, insuffisance rénale).
- Nécessité d'un groupe de travail (médecins-inspecteurs, dataCell, collab adm) : rédiger un formulaire Access (questions types) et une méthodologie.
- Analyser les indications utilisées pour la prescription de certains médicaments : médicaments anti-TNF, IPP, statines ..., biologie clinique (Vit B12...), d'imagerie médicale.
- Etude de terrain en 2018: rencontre avec le prestataire et contrôle physique du DMG.
- Rapport final.

Calendrier 30.6.2020.

Impact financier visé Amélioration de la qualité du DMG.

7.2.2 Dossier dentaire

Groupe cible Praticiens de l'art dentaire (prestations art 4-5-6 et 14L).

Objectif de l'action et motivation Définir le contenu du dossier dentaire.

Situation financière Inconnue.

- Procédure**
- Rédiger une liste des prestations (301593 ...) où un dossier dentaire est mentionné.
 - Sélectionner de façon aléatoire 100 dossiers d'assurés : rechercher des assurés ayant plusieurs prestations (de la liste) et, si possible, faites chez plusieurs dentistes. Vérifier si ces assurés n'ont déjà pas été repris dans le projet précédent.
 - Etablir une méthodologie : soit demande des dossiers dentaires auprès des prestataires et/ou étude de terrain.
 - Avoir un état des lieux de ces dossiers : support, contenu, qualité, historique des prestations sur base des numéros de dent... .
 - Proposer (au CNDM) un contenu minimal d'un dossier patient en dentisterie. Tenir compte du contenu des logiciels agréés MyCareNet).

Calendrier 30.6.2019.

Impact financier visé Définition du dossier dentaire permettra un meilleur contrôle des prestations.

7.2.3 Soins dentaires conservateurs

Groupe cible	Les dentistes.
Objectif de l'action et motivation	<p>Analyse, dans le cadre de la politique de contrôle, des schémas de surconsommation d'examens ou de traitements chez des dentistes qui attestent des soins dentaires conservateurs (obturations de cavités, traitements radiculaires, restaurations de cuspidés...).</p> <p>Comme nous avons fait des constatations auprès de différents OA relativement à des dentistes qui attestent de nombreux soins dentaires le même jour pour un même membre, il semble intéressant d'étudier, à l'aide des données AIM, si nous pouvons faire ici certaines constatations. Certains dispensateurs indiquent également que les OA ne feraient pas de contrôle en la matière, ce qui peut être un argument supplémentaire pour continuer à analyser ce groupe professionnel.</p> <p>Concrètement, l'objectif est d'aller voir chez les dentistes qui attestent des soins dentaires conservateurs (obturations de cavités, traitements radiculaires, restaurations de cuspidés...).</p> <p>Proposition : aller voir chez les patients pour lesquels une attestation a été faite pour 6 dents ou plus. Par ailleurs, il semble aussi intéressant d'examiner combien d'autres contacts ils ont au cours d'une de ces journées où ils traitent un « mégapatient ». Pour effectuer un travail de qualité, il faut tenir compte de 30 à 45 minutes par dent pour une prestation conservatrice.</p>
Procédure	<ul style="list-style-type: none">• Sélection sur la base de la nomenclature des soins dentaires conservateurs• Années : 2014-2016• Type de données : liste de la nomenclature, dispensateurs, hôpitaux, nombre de cas. Comptage des nombres, classement des dispensateurs, calcul des pourcentages et des percentiles.• Rédaction d'un rapport.• Canaux de communication : les résultats sont transmis à la Commission datamining & contrôle. La Commission décide de la suite de l'action, p. ex. transmission au SECM.• Transférer les résultats à la cellule stratégique.
Calendrier	1 ^{er} trimestre 2019.

Moyens et collaboration nécessaires Moyens : responsable de projet (1 jour), cellule de coordination AIM (1 jour), analyste de données (5 jours), 4 experts (1 jour).
Plan d'action politique de contrôle – financement structurel – 60 jours repris dans le programme annuel 2017.

Collaboration : CIN Commission Contrôle & Datamining.

7.2.4 Cardiologie

Groupe cible Les cardiologues

Objectif de l'action et motivation Analyse de la pratique de cardiologie : y a-t-il des schémas d'attestation spécifiques ?
Analyse du cumul de nombreuses attestations portées en compte, p. ex. la combinaison d'une échocardiographie et d'une épreuve d'effort ambulatoire.

Contexte financier Dépenses totales par les cardiologues : 361 millions d'EUR en 2016.
Les contacts au cours desquels une échocardiographie et une épreuve d'effort sont cumulées représentent une dépense de 37 million d'EUR en 2016.

Procédure

- Analyse des données de paiement des différents OA.
- Enquête auprès des cardiologues sur le cumul épreuve d'effort – échocardiographie (cas) ; contrôle des tracés et des protocoles.
- Analyse et élaboration de règles EBM.

Calendrier 30.6.2019.

Impact financier visé Réduction des dépenses dans le domaine de la cardiologie ; éventuellement une nouvelle répartition de ces moyens au sein de la cardiologie.
À définir après analyse des résultats de l'enquête.

Moyens et collaboration nécessaires Analyses supplémentaires éventuelles par l'INAMI (RDQ) sur la répartition géographique.

7.2.5 Ophtalmologie

Groupe cible Les ophtalmologues.

Objectif de l'action et motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Dresser l'inventaire de l'attestation de prestations réalisées par les ophtalmologues. - Analyser quelles prestations sont portées en comptes dans le cadre des opérations de la cataracte. - Analyser quels tests diagnostiques sont souvent attestés lors d'un contact patient. - Dans un premier temps, analyser ce qui est attesté suite à l'opération de la cataracte. - Des actions concrètes peuvent être envisagées sur le terrain en fonction des résultats.
Contexte financier	Les dépenses globales pour l'ophtalmologie ont atteint 133 millions d'EUR en 2016.
Procédure	Analyse des données de paiement des OA pour 1 an. Il s'agit d'une première analyse du secteur : la cartographie des trajets de soins peut être réalisée sur la base des données de l'année précédente.
Calendrier	30.6.2019.
Impact financier visé	Réduction des dépenses grâce à une meilleure utilisation des techniques disponibles.
Moyens et collaboration nécessaires	Analyses supplémentaires par l'INAMI (RDQ).

7.2.6 Neurologie EEG/VIDÉO EEG

Groupe cible	Les neurologues
Objectif de l'action et motivation	<p>Analyse de l'utilisation des codes EEG par les neurologues, en prêtant une attention particulière à leur répétition à court terme chez un même assuré.</p> <p>Analyse de l'association de cette prestation avec les prestations de rééducation fonctionnelle dans des centres de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie réfractaire.</p>
Contexte financier	Montant total remboursé en 2016 pour l'EEG : 17,5 millions d'EUR Remboursement total convention de rééducation fonctionnelle non connu.

Procédure	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des données sur les paiements en fonction du lieu et du dispensateur pour l'EEG. - Analyse des données sur les prestations de rééducation fonctionnelle.
Calendrier	Analyse « desktop » et analyse de terrain éventuelle second semestre 2018.
Impact financier visé	Réaliser une baisse des dépenses, éventuellement aussi au moyen d'une adaptation ultérieure de la réglementation. 100.000€
Moyens et collaboration nécessaires	Analyse de l'EEG par le SECM Analyse des données supplémentaire sur la rééducation fonctionnelle éventuellement par l'AIM.

7.2.7 Analyse des tests de la fonction pulmonaire

Groupe cible	Les pneumologues.
Objectif de l'action et motivation	<p>On observe une grande disparité des pratiques entre pneumologues en ce qui concerne l'association et l'utilisation (répétition) des examens de la fonction pulmonaire (cf. texte de la Task Force). En outre, en 2011 et 2015, le montant total attesté pour les examens de la fonction pulmonaire a fortement augmenté (de 10 % environ). 6 prestations sont concernées (471251-471262 ; 471273-471284 ; 471295-471306 ; 471310-471321 ; 471354-471365 et 471376-471380). Ce sont surtout le cumul et la répétition de ces prestations qui ne sont pas scientifiquement justifiés. La proposition est la suivante : d'abord répertorier les associations de plus de 3 tests chez le même patient au même moment (différences entre hôpitaux et pneumologues individuels et disparités géographiques) puis lancer des procédures de récupération auprès des outliers.</p>
Contexte financier	<p>En 2015, 55 millions d'euros environ ont été remboursés pour les tests de la fonction pulmonaire.</p> <p>Deux prestations ont connu une forte hausse en 2016 :</p> <p>la prestation 471310-471321 (détermination du volume résiduel) qui représentait 19 176 193,95 EUR en 2016 (soit une hausse de 3,52 % par rapport à 2015) ;</p> <p>la prestation 471354-471365 (mesure de la capacité de diffusion) qui</p>

représentait 15 737 468,33 EUR en 2016 (soit une hausse de 4,16% par rapport à 2015).

Procédure	<ul style="list-style-type: none">- Déterminer tous les cas où plus de trois tests ont été attestés le même jour pour un même patient pendant une période de facturation donnée. Calculer les nombres par pneumologue, par hôpital et par région. Démontrer les disparités et détecter les outliers parmi les pneumologues et les hôpitaux.- Détecter les outliers parmi les pneumologues et les hôpitaux en ce qui concerne le montant total attesté pour les tests de la fonction pulmonaire.
Impact financier visé	Le montant total à récupérer pourrait s'élever à 500 000 EUR ou plus mais il est difficile de procéder à une estimation.
Moyens et collaboration nécessaires	L'analyse des données de facturation doit pouvoir être programmée à l'échelle de l'AIM.
Remarques supplémentaires	<p>Libellés de la nomenclature :</p> <p>471251 – 471262 : spirométrie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde.</p> <p>471273 471284 : spirométrie avec épreuve de bronchodilatation.</p> <p>471295 471306 : spirométrie avec épreuve pharmacodynamique, de provocation, suivie ou non de bronchodilatation.</p> <p>471310 471321 : détermination du volume résiduel.</p> <p>471376 471380 : étude de la mécanique ventilatoire.</p> <p>L'assurance ne rembourse pas la mesure de la résistance réalisée pour le suivi d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, sauf si le dossier fait état :</p> <ol style="list-style-type: none">1. soit d'une présomption d'asthme concomitant (antécédents, allergie, réversibilité, non-fumeurs, déficience en alpha-1-antitrypsine) ;2. soit d'une maladie des voies respiratoires centrales. <p>471354 471365 : mesure de la capacité de diffusion</p> <p>L'assurance ne rembourse pas la capacité de diffusion réalisée pour le suivi d'un asthme stable, sauf si le dossier fait état :</p> <ol style="list-style-type: none">1. soit d'une présomption de bronchopneumopathie chronique obstructive concomitante (comme chez les fumeurs, en cas de détérioration progressive de la fonction pulmonaire, de déficit en alpha-1-antitrypsine, de bronchectasie) ;2. soit de signes de survenue d'une maladie concomitante comme des

crépitations, une inflammation, une hypoxémie inexpliquée, un infiltrat à l'imagerie, une affection immunologique associée, une composante restrictive ou irréversible dans le syndrome obstructif, une hypertension pulmonaire.

7.2.8 Anatomopathologie

Groupe cible	Les prescripteurs d'examens d'anatomopathologie (souvent des médecins spécialistes). Les laboratoires d'anatomopathologie.
Objectif de l'action et motivation	Le secteur de l'anatomopathologie a été peu étudié à ce jour. L'objectif est d'aboutir à une tarification correcte et une utilisation judicieuse (c.-à-d. quand c'est nécessaire. Ce principe vaut certainement pour les analyses complémentaires).
Contexte financier	Les dépenses comptabilisées en 2016 pour les examens d'anatomopathologie de base s'élevaient à 102 millions d'euros.
Procédure	Détecter les outliers en ce qui concerne le comportement prescripteur et la tarification. Mener des campagnes de prévention destinées aux « gros prescripteurs ». Procéder à un contrôle en cas d'infractions flagrantes à la réglementation.
Calendrier	30.6.2019.
Impact financier visé	Une diminution des dépenses grâce à une utilisation plus efficace de ces prestations diagnostiques. Procéder éventuellement à la récupération en cas de tarification incorrecte ou d'utilisation d'un code supérieur. 500 000 EUR
Moyens et collaboration nécessaires	SECM : analyse de données et interprétation médicale médecins-inspecteurs. Visites de terrain éventuelles.

7.2.9 Biologie clinique

Groupe cible	Les laboratoires de biologie clinique. Les prescripteurs de biologie clinique.
---------------------	---

Objectif de l'action et motivation	<p>Arriver à un usage rationnel des tests de laboratoire spécifiques (par exemple le POCT carboxyhémoglobine et méthémoglobine, la troponine en 1^e ligne).</p> <p>Une tarification correcte par les laboratoires (par exemple pour les tests d'allergie, les validations en cas de dépistages toxicologiques, les forfaits pour prestations ambulatoires, les analyses complexes comme celles portant sur le cuivre, le zinc et le cortisol).</p>
Contexte financier	<p>Exemples : pour l'exercice 2016, les dépenses pour les dosages de la carboxyhémoglobine et de la méthémoglobine s'élevaient à 430 000 EUR (montant arrondi) et celles pour les dépistages toxicologiques à 297 000 EUR (forfaits non inclus).</p>
Procédure	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des données - Analyse de terrain/inspection/contrôle en cas de tarification incorrecte. - Campagnes de prévention à destination des prescripteurs ne faisant pas preuve de discernement
Calendrier	<p>Fin 2019.</p>
Impact financier visé	<p>Une baisse des dépenses grâce à un comportement prescripteur adéquat Une récupération en cas de tarification incorrecte ou une optimisation.</p> <p>500 000 EUR.</p>
Moyens et collaboration nécessaires	<p>SECM : analyse de données et interprétation médicale médecins-inspecteurs.</p> <p>Visites de terrain éventuelles.</p>

7.2.10 Ménisectomies arthroscopiques

Groupe cible	<p>Les chirurgiens orthopédiques.</p>
Objectif de l'action et motivation	<p>Objectif : le recours efficace à la ménisectomie arthroscopique</p> <p>Motivation : d'après l'EBM, l'opération du ménisque n'est pas utile chez les patients d'âge moyen ou mûr atteints d'une pathologie dégénérative du genou.</p> <p>Or en Belgique, 72 % des interventions concernent cette tranche d'âge. Les très fortes disparités régionales sont inexplicables.</p>

D'autres pays (les Pays-Bas et la Norvège) travaillent sur ce même thème.

Le nombre de méniscectomies en Belgique était de 345 par 100.000 assurés au cours de l'exercice 2016 (Flandre 434, Bruxelles 183, Wallonie 232/100.000 assurés). Voici quelques chiffres Eurostat pour d'autres pays occidentaux. Ces chiffres concernent l'année 2015, sauf mention contraire : Danemark, 209/100.000 habitants. ; Norvège, 183/100.000 hab. ; Suède, 135/100.000 hab. ; Finlande, 112/100.000 hab. ; Allemagne, 133/100.000 hab. ; Espagne, 114/100.000 hab. ; France, 176/100.000 hab. (2014) ; Royaume-Uni, 126/100.000 hab. (pour les Pays-Bas, la Suisse, l'Italie et l'Autriche la source Eurostat ne dispose pas de données (récentes).

La Belgique occupe donc une position élevée par rapport à d'autres pays.

Contexte financier

Les dépenses pour les méniscectomies (soins intramuros périopératoires inclus) effectuées par des orthopèdes en « one-day » au cours de la période octobre 2015 – mars 2016 (= 6 mois) s'élevaient à € 13.958.007 (source : Doc ADH). Le coût moyen par intervention est de € 714.

Procédure

Première phase : analyse de terrain et documentation du phénomène (étudier les indications de la méniscectomie dans les hôpitaux outliers).

Par la suite : campagnes de sensibilisation, adaptation de la nomenclature des prestations de santé, recouvrement éventuel des prestations facturées à tort...

Calendrier

Date de fin visée : 1^{er} trimestre 2019.

Impact financier visé

Dans une simulation utilisant comme norme la région où l'incidence est la plus faible, le "gaspillage" est estimé à 4,7 millions d'euros par an (y compris les soins péri-opératoires intramuros).

Moyens et collaboration nécessaires

Analyse de terrain dans 6 hôpitaux ; 50 dossiers par hôpital.

7.2.11 Audit du secteur de l'imagerie médicale 2.0

Mesure

Lutte contre la fraude/soins efficaces

Groupe cible	Les prescripteurs d'imagerie médicale et les radiologues.
Objectif de l'action et motivation	Faire un audit des accords découlant du protocole d'accord : contrôler l'augmentation, sans incidence budgétaire, des appareils IRM grâce à une baisse du nombre de tomographies à des fins diagnostiques ; mener une politique de contrôle en assurant le suivi de la programmation des IRM et des PET ; fournir des informations stratégiques pour piloter l'offre et assurer une bonne répartition des appareils en fonction des besoins ; garder le budget sous contrôle et lutter contre la surconsommation ; garantir une stricte application de la programmation et bannir les appareils non agréés ; éviter à la population toute irradiation inutile.
Contexte financier	<ul style="list-style-type: none"> - Dépenses totales (arrondies, chiffres New Attest 2016) dans le secteur concerné, sur une base annuelle : 267 000 000 EUR pour 2 287 000 tomographies ; 91 000 000 EUR pour 1 101 000 examens d'IRM. - Montant total sur lequel l'audit doit porter : 438 000 000 EUR (arrondis, chiffres provenant d'Attest 2015 ; uniquement la nomenclature des prestations de santé).
Procédure	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des données. - Rapports périodiques. - Discussion à l'échelle de la plate-forme BELMIP (DGSS) - Cycle PDCA - Mener des actions sur le terrain si nécessaire.

7.2.12 Autorisation de l'AFCN pour les prestations utilisant des rayons X

Groupe cible	<p>Les médecins spécialistes qui utilisent un appareil médical à rayons X dans leur cabinet et qui n'ont pas obtenu pour ce faire une autorisation d'utilisateur de l'AFCN (condition de remboursement). Les médecins concernés sont contactés spécialité par spécialité. Le projet a commencé fin 2015 et les contacts ont déjà été pris pour certaines d'entre elles.</p>
Objectif de l'action et motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Projet récurrent : campagne destinée à un nouveau groupe de spécialistes - Évaluer l'effet de campagnes de régularisation antérieures à l'intention de cardiologues, de pédiatres et de radiologues et mener les actions de contrôle nécessaires.

Contexte financier	Exemple de la chirurgie endovasculaire (médecins ayant reçu un courrier en 2017) : en 2016, des chirurgiens n'ayant pas d'autorisation ont tarifé des prestations d'imagerie médicale pour un montant de 2 513 232 EUR (sur un total de 13 462 736 EUR). Ces médecins n'avaient pas d'autorisation d'utilisateur soit parce qu'ils n'étaient pas en ordre par rapport à la formation obligatoire en matière de radioprotection, soit parce qu'ils n'étaient pas en ordre administrativement. (Ils n'avaient pas demandé d'autorisation d'utilisateur après avoir décroché leur diplôme en radioprotection.)
Procédure	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des données - Inspection/contrôle chez les médecins qui ne se sont pas fait régulariser.
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> - Un nouveau groupe devant faire l'objet d'une campagne de régularisation (les urologues ou les orthopédistes) sera sélectionné avec l'aide de l'AFCN au cours du 1^{er} semestre 2018. La campagne sera lancée au cours du 2^e semestre 2018. - Au cours du 2^e semestre 2018, on mesurera les effets des campagnes menées auprès des cardiologues, pédiatres et radiologues. Il sera éventuellement procédé à un contrôle (récupération).
Impact financier visé	<p>Récupération de prestations en cas de non-régularisation.</p> <p>On vise dans ce contexte une régularisation maximale des appareils agréés AFCN. Dans des cas exceptionnels, il convient d'envisager le retrait de ces appareils.</p> <p>Conséquence indirecte : Une exposition moindre aux rayonnements avec un bénéfice en termes de santé pour la population étant donné que grâce à la formation, les médecins font un usage plus rationnel des rayons X.</p>
Moyens et collaboration nécessaires	Collaboration avec l'AFCN qui gère les autorisations.

7.2.13 Profil de prescription des biosimilaires

Groupe cible	Tous les prescripteurs.
Objectif de l'action et motivation	Les médicaments biosimilaires occupent une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique. Néanmoins, force est de

constater que l'utilisation de ces médicaments dans notre pays reste limitée par rapport à d'autres pays, bien que les analyses de l'Agence européenne des médicaments (EMA) démontrent sans ambiguïté l'équivalence avec les médicaments biologiques originaux. Ces médicaments sont également de plus en plus souvent délivrés en officine publique.

L'objectif de cette action est de consolider les projets existants en matière de prescription rationnelle/avec un bon rapport coût-efficacité de "médicaments biosimilaires" et de les optimiser si nécessaire.

Simultanément à la création d'un marché dynamique et concurrentiel, l'application du "patent cliff" pour les biosimilaires et de mesures relatives aux anciens médicaments permet de dégager une marge budgétaire qui est cruciale si l'on veut pouvoir rembourser des thérapies médicamenteuses innovantes.

L'action vise l'optimisation des différentes réglementations (si nécessaire) pour sensibiliser et encourager (incentives) les médecins, les hôpitaux et les patients.

Contexte financier

Voir l'audit permanent.

Procédure

Poursuite du monitoring de l'exécution de la convention pour relancer les médicaments biosimilaires en Belgique (signée le 7.1.2016) qui est d'application dans les hôpitaux.

Quand et où cela est nécessaire : optimisation des différentes réglementations et sensibilisation et responsabilisation des médecins, des hôpitaux et des patients (communication), en prévoyant éventuellement des incitants financiers pour encourager les prescripteurs à atteindre les objectifs. Voir également l'accord de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) du 19 décembre 2017 (rubrique 4.4.1 de l'accord).

En vue de l'adoption des médicaments biosimilaires en dehors du milieu hospitalier :

Concrétiser, en collaboration avec la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), les mesures qui imposent un pourcentage minimum de spécialités biosimilaires dans la totalité des médicaments biologiques prescrits et délivrés en officine publique. Un supplément temporaire au forfait d'accréditation sera accordé à titre d'incitant pour aider à atteindre cet objectif. La prescription de médicaments anti-TNF fera l'objet d'un projet-pilote.

Calendrier	En permanence.
Moyens et collaboration nécessaires	Accorder une attention suffisante à la communication (via un plan) aux prescripteurs et aux patients (sensibilisation et incentives).

7.2.14 Profil de prescription de médicaments bon marché

Groupe cible	Les médecins et les praticiens de l'art dentaire.
Objectif de l'action et motivation	<p>Cette action a pour objectif de consolider les projets existants en matière de prescription rationnelle/avec un bon rapport coût-efficacité de "médicaments bon marché" et de les optimiser si nécessaire.</p> <p>Par "médicaments bon marché", on entend les médicaments pour lesquels des alternatives équivalentes et bon marché sont ou seront disponibles (génériques ou médicaments biosimilaires).</p> <p>L'autorisation de mise sur le marché et le remboursement de génériques et de biosimilaires constituent la base de la politique en matière de "médicaments bon marché". Simultanément à la création d'un marché dynamique et concurrentiel, l'application de systèmes de prix de référence et de mesures relatives aux anciens médicaments et aux médicaments biologiques permet de dégager une marge budgétaire qui est cruciale si l'on veut pouvoir rembourser des thérapies médicamenteuses innovantes.</p> <p>L'action vise l'optimisation des différentes réglementations (si nécessaire) pour sensibiliser et encourager (incentives) les prescripteurs et les patients.</p>
Contexte financier	Voir l'audit permanent.
Procédure	<p>Poursuite du monitoring de la prescription de médicaments bon marché/les moins chers (avec communication/feed-back à tous les prescripteurs, y compris les médecins spécialistes) selon une formule adaptée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les généralistes ciblés ont été adaptés le 1.1.2017, - les spécialistes ciblés ont été adaptés le 1.1.2018, - la définition de "bon marché"/"moins cher" a été adaptée (en exécution du Pacte d'avenir) le 1.1.2018, - le remboursement en cas de prescription de médicaments qui NE sont PAS bon marché est limité depuis le 1.1.2018. Parmi les médicaments ayant des alternatives bon marché, seuls sont

encore remboursés 2 ans après l'arrivée des alternatives bon marché, les médicaments qui font partie du groupe des médicaments bon marché.

Prévoir éventuellement des incitants financiers (via l'accréditation ?) pour encourager les prescripteurs à atteindre les objectifs.

Optimisation des différentes réglementations et sensibilisation et encouragement (incentives) des prescripteurs et des patients (communication).

Calendrier

En permanence.

Moyens et collaboration nécessaires

Accorder une attention suffisante à la communication (via un plan) aux prescripteurs et aux patients (sensibilisation et incentives).

7.2.15 Médicaments du chapitre IV

Groupe cible

Les médecins, qu'ils soient spécialistes ou non (prescripteurs).

Objectif de l'action et motivation

Prescription rationnelle de médicaments : évaluation d'une ou plusieurs classes de médicaments onéreux du chapitre IV (les médicaments soumis à autorisation, qui font l'objet de conditions en matière d'indications, de groupe cible, d'âge...).

Contexte financier

Ainsi l'adalimumab, un médicament de la classe des inhibiteurs du TNF- α qui sont utilisés en cas de rhumatisme, de maladie de Crohn et de psoriasis notamment, figure à la première place dans le "TOP 25 des principes actifs pour les dépenses dans le secteur ambulatoire en 2016" avec un montant de 130 millions d'euros. Dans ce top 25, on retrouve deux autres produits de la même classe pour un montant de 87 millions d'euros.

Pour Xolaire, un médicament utilisé pour le traitement de l'asthme, une récente révision a révélé que les conditions de remboursement étaient respectées dans une minorité de cas seulement. Les dépenses pour Xolair s'élèvent à 22 millions d'euros.

Procédure

Les données cliniques du dossier sont vérifiées chez le demandeur pour un échantillon de prescriptions et de demandes. On vérifie si les critères de remboursement sont effectivement remplis.

Exemples de classes: les immunoglobulines, les anti-TNF α , les médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme.

Calendrier	Le projet sera lancé au cours du second semestre 2018 : composition du groupe de travail comprenant des représentants de l'INAMI/des médecins-conseils, mise au point de la méthodologie (composition de l'échantillon, critères d'évaluation) et collecte d'informations auprès des mutualités et des prescripteurs. Les informations seront analysées et un rapport sera rédigé en 2019.
Impact financier visé	On peut s'attendre à une économie raisonnable vu les dépenses considérables dans ce secteur.
Moyens et collaboration nécessaires	Le projet sera mené en collaboration avec des médecins-conseils (Conseil supérieur). Charge de travail attendue : un médecin ou un pharmacien de l'INAMI; 5 à 7 médecins-conseils.

7.2.16 Usage rationnel des antibiotiques

Groupe cible	Tous les prescripteurs.
Objectif de l'action et motivation	<p>Des analyses du recours aux antibiotiques en Belgique montrent depuis 2007 une forte utilisation en permanence malgré des projets répétés menés à large échelle en vue de rationaliser le recours aux antibiotiques (campagnes à destination des médecins et du grand public, BAPCOC, guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire...).</p> <p>Les principaux objectifs fixés par la BAPCOC dans sa note de politique pour 2014 - 2019 pour la pratique ambulatoire ne seront pas atteints ou seulement en partie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une diminution de la consommation totale d'antibiotiques qui devrait passer de plus de 800 prescriptions par 1 000 habitants par an en 2014 à 600 prescriptions d'ici à 2020 et 400 d'ici à 2025 ; - une diminution de la consommation des quinolones qui devrait passer d'environ 10 % de la consommation totale d'antibiotiques en 2014 à 5 % d'ici à 2018. Il existe déjà une initiative à propos des quinolones : limitation des indications de remboursement au chapitre IV; - une hausse du rapport entre l'amoxicilline versus l'amoxicilline/acide clavulanique qui devrait passer d'environ 50/50 en 2014 à 80/20 d'ici à fin 2018. <p>Ces objectifs principaux doivent être évalués dans le cadre d'un plan d'action global. L'action a pour objectif d'atteindre ces objectifs d'ici à 2020.</p>

Procédure	<p>Analyse du recours aux antibiotiques dans la pratique ambulatoire actuellement (à l'aide d'une analyse des dépenses pour les antibiotiques remboursables).</p> <p>Rédaction d'un plan d'action global (collaboration entre le SPF, la Cellule soins efficaces de l'INAMI, l'AFMPS / mise à jour du plan BAPCOC existant) en collaboration étroite avec le groupe de pilotage EBP.</p> <p>Adaptation de la réglementation des antibiotiques remboursables en fonction des objectifs visés : adaptation de l'accès (c'.-à-d. du financement/remboursement de la thérapie) en limitant la possibilité de rembourser les thérapies. En mai 2017, l'intervention de l'INAMI pour les antibiotiques a été diminuée. Les premiers résultats montrent que l'usage des antibiotiques a diminué de 5%.</p>
Calendrier	<p>2018 :</p> <p>analyse de la situation actuelle.</p> <p>Rédaction d'un plan d'action avec adaptation des objectifs et en tenant compte du plan EBP.</p> <p>Dès février, la ministre a décidé de conditions de remboursement plus strictes pour les antibiotiques. L'implémentation des nouveaux critères de remboursement est prévue au 1er mai 2018.</p> <p>Objectifs adaptés : fin 2020 :</p> <p>atteinte de l'objectif 1 (diminution de la consommation totale d'antibiotiques qui passerait de plus de 800 prescriptions par 1 000 habitants par an en 2014 à 600 prescriptions d'ici à 2020).</p> <p>Atteinte des objectifs 2 et 3 (quinolones ; amoxicilline versus amoxicilline/acide clavulanique).</p>
Impact financier visé	<p>1) Quinolones chap. 4 : 1 700 000 EUR (2019 et suiv.)</p> <p>2) Amoxicilline versus amoxicilline/acide clavulanique : 377 400 EUR (2019 et suiv.)</p> <p>3) Baisse du nombre de prescriptions (600 en 2020) : 9 345 20 EUR (2019 et suiv.)</p>
Moyens et collaboration nécessaires	<p>Rédaction d'un plan d'action (collaboration entre le SPF, la Cellule soins efficaces de l'INAMI et la Direction politique pharmaceutique).</p> <p>La Commission de remboursement des médicaments doit formuler des propositions de modification des modalités de remboursement si nécessaire.</p> <p>Accorder une attention suffisante à la communication (via un plan) aux prescripteurs et aux patients (sensibilisation et responsabilisation)</p>

Annexe 1 : Recettes potentielles 2019

	Actions	2019 Montant mesures structurelles et soins efficaces	2019 Montant fraude
	Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016 - 2017 économies récurrentes "soins efficaces" (cfr. Note CSS 2017/300)	11.750.000,00 €	
3.	Collaboration avec les divers partenaires dans le secteur des soins de santé		
3.1	Collaboration OA - INAMI dans le cadre d'une approche uniforme et efficiente des contrôles, des récupérations et des sanctions, y compris le déploiement des points de contact « fraude »		
3.2	Approche intégrée des dispensateurs de soins suspendus ou dont le visa a été retiré		
4	Échange de données et gestion des données		
4.1	Diffusion des données: par l'implémentation Newattest période de constatation infractions dans dossiers plus importante	1.000.000 €	
4.2	Optimalisation de l'utilisation et de l'analyse des données		
4.3	Projet-pilote Utilisation des données diagnostiques : soins efficaces en cas d'interventions cardiaques		
5.	Mesures structurelles		
5.1	Création d'un cadre juridique pour un répertoire des structures de coopération clinique entre dispensateurs de soins		
5.2	Garantir une facturation électronique à l'épreuve de la fraude, conformément à la réglementation		
5.3	Audit hôpitaux		
5.4	Détection de surconsommation par les dispensateurs de soins via les profils de patients		
5.4.1	Case : Profils patients – analyse générale		
5.4.2	Case: Profils patients - application aux prestations dentaires		
5.5	Aide médicale urgente		
5.5.1	Transparence et conformité dans la facturation du transport AMU au patient		

5.5.2	Surveillance et contrôle de la facturation du transport AMU à l'autorité		
5.5.3	Surveillance et contrôle des dossiers de subvention aux services ambulanciers		
5.6	Seuil de justification attestation AMI praticiens de l'art infirmier à domicile		6.000.000 €
6	Section "lutte contre la fraude"		
6.1	Forfaits d'hôpital de jour pour consultation en polyclinique		500.000 €
6.2	Monitoring cardiaque ambulatoire et hospitalisé : évaluation de l'application de la nomenclature		1.500.000 €
6.3	Médicaments attestés pendant l'hospitalisation : doses journalières facturées		500.000 €
6.4	Physiothérapie au sein des hôpitaux : contrôle du nombre de séances		
6.5	Médicaments orphelins : conformité par rapport à l'accord du médecin-conseil		500.000 €
6.6	Contrôle outliers logopèdes		
6.7	Médecins généralistes qui ne portent pas en compte de ticket modérateur : contrôle de la réalité des prestations effectuées		
6.8	Clichés panoramiques et numéros de dents des dentistes : contrôle des clichés répétés en l'absence de traumatisme		
6.9	Rétinographie : contrôle outliers		
7	Section « soins efficaces »		
7.1	Approche globale		
7.1.1	Méthodologie		
7.1.2	Les prérequis		
7.1.3	Les priorités 2018-2020		
7.1.4	Les analyses		
7.1.5	Actions potentielles		
7.1.5.1	Paquet de mesures globales		
7.1.5.2	Actions ciblées à l'égard des groupes cibles		
7.1.5.3	Actions complémentaires du SPF santé publique		
7.2	Thèmes spécifiques « soins efficaces »		
7.2.1	Dossier médical global (DMG)		
7.2.2	Dossier dentaire		
7.2.3	Soins dentaires conservateurs		
7.2.4	Cardiologie		
7.2.5	Ophtalmologie		
7.2.6	Neurologie EEG/VIDÉO EEG	100.000 €	
7.2.7	Analyse des tests de la fonction pulmonaire	500.000 €	

7.2.8	Anatomopathologie	500.000 €	
7.2.9	Biologie clinique	500.000 €	
7.2.10	Ménisectomies arthroscopiques	4.700.000 €	
7.2.11	Audit du secteur de l'imagerie médicale 2.0		
7.2.12	Autorisation de l'AFCN pour les prestations utilisant des rayons X		
7.2.13	Profil de prescription des biosimilaires		
7.2.14	Profil de prescription de médicaments bon marché		
7.2.15	Médicaments du chapitre IV		
7.2.16	Usage rationnel des antibiotiques	11.422.600 €	
		30.472.600 €	9.000.000 €
		TOT 2019	39.472.600 €

Annexe 2 : Moyens nécessaires

Allouer des moyens récurrents dans le cadre de l'exécution de ce plan d'action, à partir de 2019.

1. Besoins supplémentaires en personnel à l'INAMI et au SPF Santé publique, en supplément des moyens alloués dans le cadre du Plan d'action 2016-2017 et les moyens que le SPF Santé Publique a prévus dans le cadre de la section 5.5 (Aide médicale urgente):

- Point d'action "accords de collaboration cliniques" (5.1) : 1 ETP analyste business et 0,5 ETP attaché organisation et soutien	105 844,50 EUR
- Point d'action " facturation électronique " (5.2) : 1 ETP attaché	70 563,00 EUR
- Point d'action "audit hôpitaux" (5.3) :	
o 2 ETP analystes de données	141.126,00 EUR
o 1 ETP collaborateur administratif	48 178,00 EUR
o 1 ETP expert en facturation hospitalière	70 563,00 EUR
o 1 ETP économiste de la santé ou épidémiologiste	70 563,00 EUR
o 4 ETP médecins auditeurs	587 852,00 EUR
o 2 ETP infirmiers auditeurs	114 312,00 EUR
- Point d'action "soins efficaces" (7.1.) : 1 ETP médecin	146.963,00 EUR
	<hr/>
	1 355 964,50 EUR

2. Capacité supplémentaire développement de données et ICT pour l'INAMI

- 2019	145.833 € (7/12 ^{es})
- 2020 et années suivantes	250.000 € (année entière)

3. Capacité supplémentaire développement de données et ICT pour l'AIM (cf. plan d'action 2016-2017)

- 2018	385.000 €
- 2019 et années suivantes	500.000 €

4. Expertise et honoraires (cf. plan d'action 2016-2017)

Essentiellement pour les actions "soins efficaces" : collaboration avec les associations scientifiques, des rédacteurs scientifiques et des experts médicaux : 360 000 EUR