



Rapport annuel 2022 Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023

La Commission antifraude (CAFC) a élaboré un nouveau plan d'action "Contrôle des soins de santé 2021 - 2023" qui a été approuvé par le Conseil général de l'INAMI le 16 décembre 2021. L'accent est mis sur la facturation abusive et non sur l'efficacité des soins de santé.

Ce plan s'inscrit dans la continuité des plans d'action précédents. En effet, le 5 juin 2018, le Conseil général de l'INAMI a approuvé le plan d'action "Contrôle des soins de santé 2018 - 2020". Un premier plan d'action "exécution" s'est déroulé de 2016 à 2017 (approuvé lors de la réunion du Conseil général du 18 juillet 2016).

Le plan d'action actuel répond également aux notes politiques du ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, Frank Vandenbroucke, soumises à la Chambre des représentants le 20 novembre 2020 (DOC 55 1580/004) et le 28/10/2022 (DOC 55 2934/012), où l'aspect du contrôle est inclus.

Le plan d'action actuel traite 7 thèmes issus d'une coopération intensive entre les différents partenaires (INAMI, OA, AIM, CIN et SPF Santé publique) :

- Des données de facturation accessibles et de qualité
- Seuils financiers abusifs limitant l'accès aux soins
- Prévention structurelle des erreurs administratives, des abus et des fraudes
- Suspension et radiation des dispensateurs de soins
- Fraude liée à la Covid
- Implication et responsabilisation des assurés et des dispensateurs de soins
- Audit des hôpitaux

D'autres propositions ont été regroupées dans la dernière section "Analyses".

Vous trouverez ci-dessous le rapport sur l'état d'avancement des actions proposées et les résultats obtenus en 2022.

De nombreux projets du plan d'action sont structurels et transversaux et visent à réduire la vulnérabilité à la fraude, à responsabiliser les parties prenantes et à permettre un suivi. Cela rend la mesure de l'impact financier complexe. Compte tenu de l'importance de cet aspect, une méthodologie sans ambiguïté a été mise au point pour mesurer et suivre également l'impact financier des actions de sensibilisation et des

modifications de la nomenclature. Les griefs ont également un impact financier plusieurs années plus tard. Son calcul a été partiellement automatisé dans Power BI. Pour certains groupes, la mesure systématique de l'impact n'est pas possible. En raison des longues périodes de facturation (jusqu'à 24 mois après la date de prestation) et de la longue période de mise à disposition des données de facturation à l'INAMI, il s'écoule 3 ans entre l'action et la mesure de l'impact financier.

3. Des données de facturation accessibles et de qualité

3.1. et 3.2. Échange et gestion des données et qualité des données de facturation

Une politique d'application rigoureuse est directement liée à la disponibilité et à l'analyse accrues de diverses données relatives aux soins de santé. Les données de facturation sont ainsi essentielles pour la détection rapide de nouveaux risques, le suivi des prestataires de soins de santé sanctionnés et la mesure de l'impact des actions nationales. Il s'agit d'un suivi du plan d'action Contrôle 2018-2020. L'univocité, la qualité et l'accès rapide et convivial de ces données sont ici cruciaux et se grefferont idéalement sur l'approche de la Health Data Agency (HDA).

En 2022, l'INAMI et les organismes assureurs ont mené des réflexions internes pour améliorer la coopération et l'échange de données avec les organismes assureurs. Plus récemment, plusieurs réunions avec les organismes assureurs ont été organisées :

- Présentation au CIN « stratégie » le 22 novembre 2022
- Workshop entre les représentants des organismes assureurs, le CIN et l'INAMI le 14 décembre 2022
- Workshop entre les représentants de l'AIM, du CIN et de l'INAMI le 16 décembre 2022.

Au cours des différentes réunions, un certain nombre de constats et les besoins essentiels en termes de partage de données et de fonctionnement avec les organismes assureurs ont été présentés afin de permettre à l'INAMI et aux organismes assureurs de mieux remplir leurs missions.

Les éléments communs sont les suivants :

- 1) La stratégie commune en matière de données doit couvrir les besoins opérationnels ainsi que les besoins actuels et futurs en matière de traitement et d'analyse des données.
- 2) La stratégie commune en matière de données doit également répondre aux objectifs non fonctionnels, qualitatifs déjà présentés lors des différents ateliers INAMI/OA/AIM (rapidité de la disponibilité des données, etc.).

Cette politique de données est élaborée plus en détail lors de la réunion CIN-INAMI organisée chaque mois.

En ce qui concerne la qualité des données NewAttest, les services de l'INAMI, en collaboration avec l'AIM, tentent d'établir des contrôles pour améliorer l'exhaustivité et la qualité des données fournies par les OA.

Des réunions de consultation entre l'INAMI et les OA ont été organisées périodiquement à cette fin (par exemple autour de la validation des données).

Un autre facteur clé est la qualité des données :

Afin d'améliorer la qualité globale et l'exhaustivité des données mises à la disposition des inspecteurs sociaux du SCA et du SECM par le biais de notre outil, l'équipe de NewAttest a lancé plusieurs pistes d'amélioration :

- La première visait l'exhaustivité des données entrantes et a conduit à la rédaction de rapports d'exhaustivité sur la livraison des données, qui sont maintenant fournis par chaque organisme d'assurance pour évaluer l'exhaustivité et expliquer les divergences (le cas échéant). Ce volet est désormais achevé et donne de bons résultats pour l'ensemble des données actuelles.
- Le deuxième volet visait à améliorer la qualité des documents d'authenticité des données, qui permettent d'utiliser les données reçues dans des affaires judiciaires en authentifiant les données utilisées pour établir les griefs et servir de preuve contre la fraude. La situation initiale était assez préoccupante (documents manquants pendant plus de deux ans pour certains organismes assureurs, signataires non autorisés sur les bordereaux de livraison, etc.) Nous n'avons pas encore une couverture à 100 % pour toutes les données fournies à l'AIM, mais la situation s'est beaucoup améliorée au cours des derniers mois (elle est maintenant supérieure à 95 %).
- La troisième piste est axée sur les contrôles de la qualité des données. Cette piste demande plus de temps et d'efforts en termes d'alignement entre les parties. Les demandes de l'INAMI pour obtenir des détails sur les contrôles de qualité effectués par les organismes assureurs n'ont pas reçu de réponse complète dans le passé. Afin de limiter l'impact des problèmes de qualité des données, l'équipe NewAttest collabore avec l'AIM afin de réduire techniquement le risque d'échec de l'échange de données tout en s'assurant que les données restent inchangées à la fin des processus de transfert (afin de garantir leur authenticité).

Les résultats obtenus jusqu'à présent montrent des améliorations globales dans les flux de données entre les parties, ce qui encourage l'équipe NewAttest à poursuivre ses efforts et aider à détecter les incohérences potentielles le plus tôt possible dans la chaîne d'échange.

Enfin, la qualité des données NewAttest est également incluse comme indicateur dans le système de responsabilité financière des organismes assureurs (détermination des coûts administratifs variables des organismes assureurs). Le système d'évaluation des performances de gestion de l'OA a été introduit par l'arrêté royal du 10 avril 2014 et est en place depuis l'année d'évaluation 2016 (évaluation sur base de 6 processus). La qualité des données transmises via la plateforme NewAttest est l'un des huit domaines repris dans le processus 6: "Coopération avec l'INAMI, plus particulièrement en vue de l'exécution de la convention de gestion et de la participation à des études visant à définir une politique, décidées par le ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions ou réalisées à la demande de celui-ci".

3.3 Réduction de la période de facturation

En ce qui concerne la **réduction de la période de facturation** (numérique et ASD), la modification législative a été approuvée le 18 mai 2022 (Loi portant des dispositions diverses en matière de santé – M.B. 30/05/2022).

Les Accords et les Commissions de conventions doivent chacun se prononcer sur ce changement. Ces discussions sont prévues dans le courant de l'année 2023 après quoi un arrêté royal déterminera les modalités concrètes (génériques ou par secteur) concernant les délais de prescription en matière de tiers payant pour les différents secteurs.

4. Obstacles financiers illégaux limitant l'accès aux soins

Un groupe de projet AIM-INAMI a été mis en place autour du point d'action sur les **compléments facturés par les prestataires de soins conventionnés**, avec pour première phase l'analyse des données.

Pour l'étude relative aux coûts ambulatoires à charge du patient - imagerie médicale - le rapport a été remis à la cellule stratégique Affaires sociales et Santé publique et y est discuté par un groupe de travail spécifique. Des analyses complémentaires ont été demandées pour le domaine de la radiothérapie, qui doivent encore être discutées le cas échéant. Par conséquent, la publication de ce rapport dépend de l'avancement des discussions au niveau politique.

Une étude plus complète de tous les compléments ne peut être réalisée que si les compléments ambulatoires sont également enregistrés de manière complète (obligatoire).

Dans le cadre de la réforme hospitalière, des mesures sont prévues dans deux domaines spécifiques pour limiter les suppléments : la biologie clinique et l'imagerie médicale qui ne peuvent avoir lieu qu'en milieu hospitalier. L'arrêté royal n° 143 du 30 décembre 1982 fixant les conditions à remplir par les laboratoires pour le remboursement par l'assurance obligatoire des soins de santé des prestations en nature de biologie clinique sera également modifié afin d'interdire aux laboratoires de facturer aux patients un montant pour les frais administratifs ou les frais d'encaissement. Le même arrêté stipulera également que pour un laboratoire de recherche en biologie clinique qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire des soins parce que les conditions de la nomenclature ne sont pas remplies, seul le montant correspondant à l'allocation de l'assurance obligatoire peut être facturé.

4.2 Pseudocodes de facturation 960 dans les hôpitaux

Concernant la facturation de suppléments d'honoraires par un pseudocode interne ou un pseudocode 960 dans les hôpitaux, le non-respect de la circulaire 2007/18 et le non-respect de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, art. 35 § 4.

En préparation de cette action, les hôpitaux ont été invités à soumettre des données, qui ont été reçues. Une première analyse de ces données montre qu'il existe des différences considérables entre les hôpitaux

en ce qui concerne les coûts supplémentaires facturés aux patients à ce titre. La mise en œuvre de l'action se poursuit.

5. Prévention structurelle des erreurs administratives, des abus et des fraudes

5.1 Lecture eID

En ce qui concerne la lecture de l'eID dans les hôpitaux, la phase de test a été achevée et la phase de contrôle a commencé le 01/05/2022 (toujours en cours). Une circulaire a été envoyée aux hôpitaux et une page web a été publiée sur le site de l'INAMI. Tous les OA traitent les fichiers de facturation avec des enregistrements sur la lecture de l'eID. Les OA soumettront en mai 2023 des données concernant les mois de février et mars 2023 : nombre d'hôpitaux participants, le pourcentage d'erreurs dans les dossiers de lecture de l'eID, etc. Ces données seront examinées par la Commission du traitement de l'information le 01/06/2023 afin de décider s'il convient de confirmer la date du 01/01/2024 pour rendre obligatoire la lecture de l'eID. Cela nécessitera l'adoption d'un AR. En outre, le règlement et la circulaire destinés aux hôpitaux seront encore mis à jour pour refléter les ajustements résultant de la période de contrôle qui sera suivie sous la forme de réunions mensuelles avec les OA et les fournisseurs de logiciels des hôpitaux. Le 24/03/2023, l'INAMI a donné son avis sur cette mesure et sur la manière dont elle peut contribuer à la détection de la facturation injustifiée. Une communication supplémentaire sera fournie aux citoyens (nécessité d'apporter son eID à l'hôpital) dans la période précédant l'obligation du 01/01/2024.

L'utilisation de l'eID dans le secteur dentaire a été discutée lors des réunions du groupe de travail sur la facturation électronique et la transparence de la commission dentomut avec une réunion de démarrage le 09/06/2022. L'INAMI préparera une proposition avec un calendrier précis pour la mise en œuvre.

L'introduction de la lecture de l'eID par les médecins a été discutée au sein d'un groupe de travail sur la facturation électronique et la transparence de la commission médicomut le 14 juin 2022. Pour l'instant, les médecins ne sont pas d'accord pour passer à la lecture de l'eID.

Chez les infirmiers, la lecture de la carte d'identité électronique était déjà obligatoire. Toutefois, en raison de signaux de fraude avec des cartes d'identité électroniques annulées, volées ou perdues, les discussions seront relancées avec les hôpitaux et les infirmiers à domicile pour introduire un contrôle de la validité des cartes d'identité électroniques. La réglementation stipule qu'une pièce d'identité valide doit être utilisée pour vérifier l'identité du patient.

5.2 Mesures connexes levée de l'interdiction du tiers payant

Un calendrier de lecture de l'eID sera proposé par l'INAMI pour les dentistes. Voir ci-dessus, au point 5.1, la mesure relative à la lecture de l'eID comme condition de la facturation électronique dans le cadre du système de tiers payant.

La nécessité pour les mutualités d'informer leurs membres sur les prestations facturées en leur nom dans le cadre du tiers payant a été discutée avec les mutualités dans le cadre du groupe de travail sur l'assurabilité du CIN et lors d'une concertation avec le président du CIN Soins de santé. Une action a été

incluse dans l'accord de l'article 56 du comité d'assurance avec le CIN et les OA sur le financement de MyCarenet/NIPPIN. Lors du forum de suivi MyCarenet, il a été convenu que le CIN Soins de santé devrait préparer une note énumérant le contenu des comptes des membres dans tous les OA/mutualités.

La loi portant des dispositions diverses fournissant une base juridique et supprimant l'interdiction du tiers payant a été publiée le 30 mai 2022.

Dans le cadre du point d'action visant à rendre eFact et eAttest obligatoires chez le dentiste, de nouvelles lignes directrices sont en cours d'élaboration pour déterminer les cas dans lesquels il est raisonnable de récupérer les données et ceux dans lesquels il ne l'est pas. Plusieurs départements de l'INAMI ont collaboré à ce projet. Un calendrier est en cours d'élaboration jusqu'à la fin de 2023 pour la poursuite de la mise en œuvre.

5.3 Prévenir les erreurs de facturation au niveau du logiciel

Aucun fonds supplémentaire n'est prévu dans le contrat d'administration de l'INAMI. L'action n'est pas mise en œuvre actuellement.

5.4 Forfaitarisation de prestations techniques systématiques en consultation

On soupçonne qu'il y a une certaine variation dans la pratique entre ce qui combine (systématiquement) leurs consultations externes avec la performance technique (cf. action SECM cardiologues). Un certain nombre de spécialités ont été analysées de près (voir ci-dessous).

Les analyses initiales portaient sur toutes les spécialités médicales, sur la base des premiers résultats la suite de l'analyse était limitée aux spécialités avec beaucoup de prestations techniques et/ou une observation fréquente de combinaisons de prestations techniques.

L'objectif de cette action est de cartographier l'utilisation des performances techniques combinées à la consultation et d'identifier les cas aberrants. Elle vise ensuite à confronter et à interroger les médecins spécialistes sur leur éventuel comportement aberrant. L'objectif est de traiter les cas aberrants sans explication valable et d'y remédier.

Plusieurs réunions ont eu lieu entre l'INAMI et les organismes assureurs concernant ce point d'action.

Actuellement, l'action est dans sa phase finale et des recommandations sont en cours d'élaboration pour trois spécialités :

- Secteur de l'ophtalmologie : proposition d'augmenter le tarif de la consultation (de base) en y intégrant certains services techniques.
Plus précisément, la proposition concerne l'augmentation du tarif de la consultation d'un ophtalmologue et l'élargissement du contenu de la consultation.
Dans ce cas, les codes distincts pour les prestations techniques ci-dessous pourraient être supprimés.

- 249233 - Biomicroscopie binoculaire du segment antérieur avec protocole ou iconographie
- 248975 - Ophtalmoscopie binoculaire indirecte avec ou sans incision sclérale
- 248636 – Dynamométrie et/ou tonométrie (Schiötz et/ou aplaniétomètre)
- 248835 – Réfractométrie par la méthode objective
- Secteurs de la cardiologie et de l'ORL : certains services ont été identifiés en vue d'une éventuelle tarification forfaitaire - la prochaine étape consistera à effectuer une analyse des variations de la pratique afin d'éclairer davantage le choix de la tarification forfaitaire.

L'analyse portera sur la fourchette observée parmi les médecins de la spécialité en termes de combinaison d'une consultation avec la prestation technique en question. Si une variation quantitative importante avec des valeurs aberrantes claires est observée au sein de la population de médecins de la même spécialité en termes d'exécution de prestations techniques (spécifiques), cela indique une surutilisation de ces prestations techniques.

Une vérification supplémentaire peut être effectuée en fonction du profil de la population de patients. Une population de patients hyper-spécifique pourrait donner lieu à l'utilisation de toujours la même combinaison de performances techniques lors d'une consultation.

Prestations techniques à analyser

Cardiologie

- 469814 - Bilan échographique transthoracique complet du cœur
- 475812 - Test d'exercice ou d'hypoxie
- 475075 - Examens électrocardiographiques

ORL

- 258812 – Tympanoscopie

5.5 Faciliter l'utilisation du mandat MyCareNet et son application systématique, avec l'utilisation des documents de facturation internes, pour remplacer les numéros de groupement à des fins de facturation.

La cellule de coordination du CIN a réalisé une analyse d'impact de l'introduction de la possibilité de pouvoir octroyer plus d'un mandat pour l'utilisation des services MyCarenet.

Une solution à court terme a été proposée par le CIN et approuvée par les OA et l'INAMI. Cette solution à court terme sera élaborée d'ici le 30 octobre 2023.

Cette solution de planification à court terme pour l'utilisation de mandats multiples pour les services MyCarenet a été incluse dans l'accord de 2023 sur MyCarenet au titre de l'article 56.

Une solution à court terme (facturation externe) pour permettre différents mandats pour les services MyCarenet est actuellement développée par Atos à la demande du CIN. Le CIN coordonne les modifications nécessaires à eMandate par eHealth. Le calendrier de la solution à court terme prévoit une

livraison pour le 30/09/2023. L'INAMI adapte les textes des mandats pour les services MyCarenet, ce qui comprendra un examen de la nécessité d'adapter les instructions de facturation.

Suite à la mise en place d'un système de mandats multiples à court terme pour les services MyCarenet, un processus sera lancé pour, sous réserve d'une période de transition et d'une consultation avec les prestataires de soins de santé, supprimer les numéros de groupe (numéros 940) à des fins de facturation et exiger des prestataires de soins de santé individuels qu'ils travaillent avec le système de mandats s'ils ne veulent pas être responsables de leur propre facturation.

Le CIN préparera une analyse et une planification pour une solution structurelle (à long terme) au cours du premier semestre 2023. Cela comprendra un processus visant à identifier les besoins du SECM pour la solution à long terme (dans le cadre de la facturation) et à transmettre ces besoins au CIN pour qu'ils soient inclus dans les exigences de l'analyse technique de la solution à long terme.

5.6 Actions spécifiques

5.6.1 Maisons médicales

Pour ce point d'action, un groupe de travail composé de représentants des OA, de l'AIM et de l'INAMI a été mis en place. Le groupe de travail s'est réuni 7 fois au total.

Le rapport avec les propositions a été présenté à la CAFC le 05/04/2023. Le rapport énumère un certain nombre de "quick wins" possibles et inclut dans la section suivante un ajustement structurel pour un certain nombre d'éléments (réforme réglementaire).

Les quick wins énumérés sont les suivants

- Rationaliser la communication et l'interprétation des règlements (éviter les problèmes et les ambiguïtés)
- Remédier aux problèmes d'entrée et de sortie dans les maisons médicales
- Rendre impossible la facturation non conforme
- Créer les conditions d'une rémunération correcte et transparente des soignants dans le secteur forfaitaire

Les propositions d'adaptation du cadre juridique concernent les chapitres suivants:

- Objectivation et consolidation du contrôle d'accès existant vers le système forfaitaire
- Se concentrer sur la réglementation et éliminer les problèmes de suivi
- Créer des conditions-cadres pour le bon fonctionnement des maisons médicales

La réaction de la CAFC à la présentation du rapport du groupe de travail a été positive.

La CAFC a décidé de travailler sur la note au sein d'un nouveau groupe de travail dans lequel les propositions seront élaborées en termes concrets. L'INAMI cherche à savoir qui d'autre devrait être ajouté au groupe de travail existant (avocats, experts, ...). Le coordinateur anti-fraude de l'AIM vérifie la participation des représentants des OA à ce groupe de travail pour cette prochaine étape.

5.6.2. Téléconsultations de susceptibilité à la fraude et facturation numérique:

Dans le contexte de la réglementation existante sur les téléconsultations, les groupes professionnels suivants ont déjà fait l'objet d'un examen approfondi en termes de conformité à la réglementation sur les téléconsultations Covid, dans le cadre de l'exploration des données du CIN.

- Secteur dentaire - il y a une limite journalière de 10 téléconsultations. Lorsque le maximum de 10 a été dépassé, une action spécifique est entreprise auprès des prestataires de soins de santé avec un recouvrement pour les dépassements au-delà du maximum de 10/jour.
- L'analyse par jour de prestation donne le résultat suivant:
 - o 52 dentistes ont dépassé la limite de 10 téléconsultations par jour
 - o Cela s'est produit au cours de 140 jours différents, ce qui représente un total de 546 heures supplémentaires
 - o Les OA ont lancé des recouvrements à la fin de l'année 2022 pour les prestations excédentaires en question.
- L'analyse a également permis d'observer un certain nombre de dentistes avec un nombre particulièrement élevé de téléconsultations, obtenu grâce à une facturation fréquente de la prestation maximale journalière. Les informations sur les dentistes présentant ce profil de prestation réglementaire mais hautement improbable ont été communiquées au SECM de l'INAMI
- Secteur Psychiatrie: là aussi, des récupérations sont préparées lorsque la limite maximale journalière de 480 minutes de consultations à distance est dépassée. Une coordination avec le SECM de l'INAMI est prévue autour du domaine de la psychiatrie. L'exploration des données du CIN a révélé que 185 fournisseurs ont dépassé cette limite en 2020 et 2021. Le SECM de l'INAMI vérifie si la liste ne fait pas double emploi avec l'action du SECM sur cette question avant que les OA ne procèdent aux recouvrements.
- Secteur de la neuropédiatrie : des récupérations sont entamées chez les neuropédiatres qui ont dépassé la limite journalière.
 - o Total : 5 354 jours au cours desquels les neuropédiatres ont effectué au moins une fois la prestation 101791
 - o 17 jours au cours desquels les neuropédiatres ont réalisé plus de 10 x la prestation 101791. 2 pédiatres sont intervenus plus d'une fois (6 et 3 fois).
 - o Les OA prennent les mesures nécessaires pour récupérer les 33 prestations excédentaires.
- Dans le secteur de la physiothérapie, les recouvrements sont fournis pour les physiothérapeutes qui ont facturé plus d'une prestation à distance par semaine pour un patient. L'AIM fournit ces données aux OA.

Numéros de nomenclature concernés

- 518011 – rééducation par communication vidéo
- 518033 – consultation téléphonique

En 2020 et 2021:

- 179.417 combinaisons de kinésithérapeutes, numéros de semaines et patients
- 6 026 fois la limite a été dépassée : le kinésithérapeute a facturé l'un des deux services plus d'une fois par semaine pour le même patient. (=3,36% des cas)
- 402 physiothérapeutes ont dépassé la limite hebdomadaire
- Top 20 représente 3.304 des dépassements (=54,8%).

Les OA font ce qui est nécessaire pour récupérer les prestations surfacturées.

6. Suspension et radiation des dispensateurs de soins

6.1 Les prestataires de soins qui ont été suspendus ou dont les visas ont été révoqués

Chaque année, un certain nombre de prestataires de soins de santé ne respectent pas leur sanction de suspension ou de radiation (Ordre des médecins, Ordre des pharmaciens) ou de révocation de visa (Commission médicale provinciale), à la fois en tant que prestataires et/ou prescripteurs. Aujourd'hui, les rapports de non-conformité sont rédigés au cas par cas, ce qui ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble de la question.

Actuellement, le portail ProSanté est opérationnel.

ProSanté est le portail développé par le SPF VVVL et l'INAMI. Il permet aux prestataires de soins de consulter et d'échanger diverses données et documents avec l'INAMI et le SPF. Du côté de l'INAMI, ProSanté reprend également les fonctionnalités de MyINAMI (l'ancien portail).

L'INAMI aura un accès direct aux informations sur les prestataires de soins de santé suspendus par l'intermédiaire du portail. La première phase du portail est en cours. La prochaine version est attendue pour la fin de l'année 2023.

6.2 Suivi de la fraude transfrontalière

La Belgique a conclu avec la France, le 17 novembre 2008, un accord pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale. Cet accord a été ratifié le 10 décembre 2015. Un traité semblable a été conclu avec les Pays-Bas le 6 décembre 2010 et avec le Luxembourg le 5 février 2015. Ces accords prévoient notamment un échange de données entre autorités compétentes.

Lors d'une réunion avec l'INAMI et le SPF Santé publique, il a été convenu d'effectuer un benchmarking des procédures existantes dans les pays voisins et de préparer une note d'analyse sur la possibilité d'élaborer un système de communication et de signalement des fraudes entre les autorités compétentes. Les étapes suivantes n'ont pas encore été déterminées.

7. Fraude liée à la Covid

7.1 Dentistes (et, le cas échéant, autres prestataires)

Voir ci-dessus: téléconsultations

8. Impliquer et responsabiliser les assurés et les prestataires

8.1 Accès aux données de facturation pour les assurés

L'accord de l'article 56 sur le financement de MyCarenet pour 2023 comprend une action pour que les OA assurent à l'assuré social la visibilité des prestations en nature imputées à son nom (numériquement et sur papier). La première étape consiste à obtenir une cartographie AS IS des différentes étapes déjà effectuées par les OA.

Cette question sera réexaminée en 2023 dans le cadre de nouvelles consultations avec les OA.

8.2 Activités de la Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé

Pour le contrôle de la qualité de la pratique, une Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé (Commission de contrôle) est mise en place au sein de la Direction générale des soins de santé du SPF Santé Publique.

Le contrôle de l'aptitude physique et mentale des professionnels de la santé et du respect des dispositions de la nouvelle loi et de ses décrets d'application est confié à la Commission de surveillance.

La Commission de contrôle remplace les Commissions médicales provinciales (CMP) au sein du SPF Santé Publique. Les tâches de la Commission de surveillance sont plus larges que celles des CMP avec, par exemple, des pouvoirs d'inspection plus étendus sur le terrain. Une analyse de risque sera développée pour soutenir la politique d'inspection de la Commission de contrôle.

Dans le cadre de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité des pratiques en matière de soins de santé (loi qualité) en général et de la mise en place de la Commission de contrôle en particulier, il est demandé une coopération accrue entre les différents départements fédéraux. La synergie et le partage de données entre les différents départements ne peuvent que bénéficier à la politique des soins de santé.

Depuis, tous les membres ont été nommés pour les chambres néerlandophone et francophone. Une session académique a été organisée pour l'inauguration des comités de surveillance.

Toutes les procédures ont été établies et les premières réunions sont prévues pour le mois d'avril.

Une réunion avec le SECM de l'INAMI concernant la coopération est prévue le 18/04/2023.

8.3 Aperçu des données de facturation pour les dispensateurs de soins

Pour réaliser une analyse opérationnelle, des ressources limitées ont été demandées dans l'accord de gouvernance de l'INAMI. Ces ressources n'ont pas été obtenues. Compte tenu de l'importance de la transparence des données de facturation dans le cadre de la responsabilisation des prestataires de soins

de santé, l'INAMI recherche des alternatives pour que ce projet puisse encore être développé dans les prochaines années.

9. Audit des hôpitaux

Parmi les actions incluses, les suivantes peuvent être signalées :

9.1. Prothèse totale de la hanche

Les audits sur site ont commencé le 19/01/2023 et se sont terminés le 09/03/2023. Les résultats sont en cours de traitement et seront discutés avec les experts de la Société Scientifique Belge d'Orthopédie.

L'objectif de cet audit est d'examiner, dans le contexte de l'efficacité des soins, dans quelle mesure la Belgique se distingue, tant dans les comparaisons intranationales (benchmark de l'OCDE) qu'internationales, en ce qui concerne la pose de prothèses de hanche.

Il s'agit également d'évaluer dans quelle mesure les lignes directrices internationales (par exemple, le temps d'attente entre l'admission et l'intervention en cas de fracture, la consommation de sang, la politique en matière d'antibiotiques, etc.

Certains patients font partie des soins à faible variabilité (degré de gravité 1 et 2) pour une première prothèse totale de la hanche en cas d'arthrose.

C'est la première fois que des auditeurs effectuent l'audit dans le département même.

Cet audit s'est concentré sur l'arthrose et les fractures de la hanche en tant que causes de remplacement de la hanche, et plus particulièrement sur le processus d'implantation.

Au total, 30 hôpitaux ont été visités. Les sélections ont été stratifiées en fonction du rôle linguistique et pondérées selon qu'elles avaient ou non déjà fait l'objet d'un audit.

Les données sont actuellement analysées et la mise en forme du rapport a commencé.

Les rapports individuels seront remis aux hôpitaux d'ici la fin du mois de septembre, et le rapport global sera envoyé aux parties prenantes et publié sur le site web.

9.2 Réadaptation

Cet audit est repris dans le point 9.1 en tant qu'élément transversal à évaluer au cours de cet audit.

9.3. Dialyse: glissement vers plus de dialyse péritonéale et moins d'hémodialyse (en hôpital principalement)

En ce qui concerne la dialyse, le KCE a publié un rapport contenant plusieurs recommandations. Parmi les conclusions importantes, citons le fait que l'insuffisance rénale n'était pas clairement définie et traitée, que la dialyse péritonéale était un phénomène périphérique par rapport à l'hémodialyse et que le processus de pré-dialyse en collaboration avec le patient et le médecin généraliste n'était que peu ou pas

développé. Entre-temps, un certain nombre de recommandations importantes ont été mises en œuvre (y compris une méthode de financement différente de celle de l'INAMI).

L'objectif est d'évaluer si ces recommandations ont un impact sur le changement de comportement conformément aux recommandations du KCE.

Cet audit a été lancé en avril 2023.

L'objectif est de ré-auditer 30 hôpitaux. L'audit en ligne est prévu en novembre et décembre 2023. La phase de terrain aura lieu en février-mars 2024.

Le rapport final est attendu pour la fin du mois de juin 2024.

10. Analyses supplémentaires

10.1 Analyse 1: Interventions d'imagerie sous scopie – contrôle cumul interdit

L'AIM a réalisé une analyse présentée au CIN datamining le 14/02/2023. Le cumul interdit signalé entre des interventions sous scopie et une RX le même jour s'est avéré très rare.

Le CIN datamining a décidé de ne pas prendre d'autres mesures dans ce domaine.

10.2 Analyse 2: Facturation honoraires A et C dans les services d'urgence

Variation de la pratique entre les hôpitaux en termes de consultations de médecins spécialistes appelés (honoraires A & C).

Une analyse a été réalisée au niveau de l'AIM . Le 14/02/2023, les résultats ont été présentés au CIN datamining.

L'analyse a porté sur le respect de la réglementation relative aux honoraires A et C dans les services d'urgence des hôpitaux.

Un certain nombre d'hôpitaux avec des valeurs incohérentes sont identifiés. Les pratiques de facturation observées dans les services d'urgence de ces établissements semblent difficiles à expliquer sur la base de la réglementation en vigueur.

La commission datamining demande que d'ici la prochaine réunion (mai 2023), l'analyse soit affinée en termes de présence de médecins en formation. L'occurrence de deux médecins de même spécialité dans les mentions A et C peut-elle s'expliquer sur la base de la présence de médecins en formation consultant des maîtres de stage ?

Après cet affinage, le CIN datamining procédera à la délimitation des valeurs incohérentes et décidera des appels d'offres.