



Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026

Validé par la CAFC le 5 décembre 2023

Version pour le Conseil général le 29 janvier 2024

Sommaire

I.	Introduction	3
II.	Vision.....	4
1.	Actions centrées sur les résultats et équitables	5
2.	Efficacité grâce à la collaboration	5
III.	Objectifs stratégiques	6
1.	Prévention structurelle des erreurs administratives, des abus et de la fraude.....	6
2.	Inspections et contrôles ciblés sur la base d’analyses de risques systématiques	6
3.	Suivi proactif et mise en œuvre effective des décisions.....	7
4.	Implication et responsabilisation des assurés et des dispensateurs de soins	7
a.	Assurés	7
b.	Dispensateurs de soins	8
5.	Utilisation efficiente de l’expertise et des moyens d’inspection.....	8
IV.	Fraude dans le secteur des soins de santé en Belgique et dans les pays voisins	9
V.	Projets importants en cours.....	11
1.	Données de facturation	11
a.	Accès aux données – Data Flow 2.0.....	11
b.	Qualité des données – NewAttest	11
2.	Profils de facturation des dispensateurs de soins	12
3.	Tariffication engine	13
VI.	Actions spécifiques sur la base d’analyses de risques systématiques	14
VII.	Projets structurels : priorités pour la CAFCC.....	16
1.	Octroi et retrait des numéros INAMI dans le cadre d’une vision claire de l’implication et de la responsabilisation des dispensateurs de soins dans le cadre des compétences des O.A. et de l’INAMI	

2.	Transparence (pour les O.A., les assurés, l'INAMI) de toutes les informations nécessaires (prestations, suppléments, matériel, maximum à facturer, etc.).....	18
3.	Clarté du statut du patient pour le pharmacien au moment de la délivrance des médicaments..	21
4.	Rappel de leur responsabilité aux offices de tarification des pharmaciens	23
VIII.	Autres projets structurels nécessaires.....	25
1.	Mesures relatives aux maisons médicales.....	25
2.	Respect de la réglementation par les progiciels homologués	28
3.	Délai de facturation plus court pour le régime du tiers payant.....	29
4.	Réseaux pour les soins de santé mentale	30
5.	Vérification de la réalité : vérification électronique obligatoire de l'identité du patient comme condition pour la facturation	31
6.	Dentistes : évaluation du lien entre les plaintes sur la qualité et les infractions à la loi SSI	33
7.	Problèmes de dépendance chez les dispensateurs de soins	34
8.	Hygiénistes bucco-dentaires	35
IX.	Liste des abréviations.....	36

I. Introduction

Ce plan d'action en matière de contrôle des soins de santé s'inscrit dans le cadre d'une vision et d'une stratégie de contrôle de l'application de la réglementation et de la nomenclature, telle qu'élaborées ci-dessous. Le plan d'action est soumis à l'approbation du Conseil général de l'INAMI et constitue une partie du contrat d'administration de l'INAMI.

La Commission anti-fraude (CAFC) a été instituée en 2014¹ sous la présidence de l'administrateur général de l'INAMI². Outre des représentants de l'INAMI (Service d'évaluation et de contrôle médicaux [SECM], Service des soins de santé [SdSS] et Service du contrôle administratif [SCA]) et des organismes assureurs (O.A.), du Collège intermutualiste national (CIN) et de l'Agence intermutualiste (AIM), un représentant du SPF Santé publique participe également aux réunions de la CAFC.

À la demande de la cellule stratégique du précédent ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, l'INAMI, en collaboration avec différents partenaires de la CAFC, a élaboré un premier plan d'action en matière de contrôle des soins de santé pour les années 2016 et 2017. Il a été suivi de deux autres plans d'action pour les périodes 2018-2020 et 2021-2023.

Les plans d'action précités prévoyaient plusieurs mesures structurelles pour augmenter l'efficacité et l'effectivité du contrôle, favoriser la transparence dans le secteur des soins de santé et permettre une politique proactive. En outre, les deux premiers plans d'action comprenaient des mesures visant à promouvoir les soins efficaces, en plus d'actions spécifiques contre la fraude. Vu l'importance particulière de ce thème, un plan d'action spécifique a été établi pour les soins efficaces (ou *appropriate care*).

Comme le précédent, le plan d'action actuel répond également à la note politique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandebroucke, telle qu'elle a été présentée à la Chambre des représentants.

Outre les actions spécifiques de la CAFC, d'autres projets importants non suivis par celle-ci, mais néanmoins très importants pour le contrôle des soins de santé sont également repris.

¹ Loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé.

² Art. 13/1 de la loi soins de santé et indemnités (SSI) du 14 juillet 1994.

II. Vision

Tout comme l'*appropriate care*, le **contrôle des soins de santé** s'inscrit dans le cadre de la mission légale et des fondamentaux de la mission de l'INAMI, visant à utiliser de la meilleure façon possible les moyens disponibles pour les soins de santé. Le contrôle est en effet un maillon essentiel de la durabilité du système des soins de santé en Belgique. Ce plan d'action contribue ainsi très concrètement à des points d'attention transversaux, tels que l'implication et la responsabilisation de tous les acteurs.

Nous considérons le contrôle des soins de santé comme un concept large qui englobe toutes les actions visant à garantir que les dispensateurs de soins³ et les assurés ou patients respectent la réglementation en matière de soins de santé. Le contrôle des soins de santé va donc au-delà de la détection des infractions, qui donne lieu à une action telle que la sensibilisation, l'avertissement, un procès-verbal de constat ou une mesure administrative.

Avec cette définition élargie du contrôle des soins de santé, nous voulons sensibiliser toutes les parties prenantes à l'importance de leurs propres actions pour promouvoir l'intégrité et l'application des réglementations dans le cadre d'une utilisation optimale des moyens disponibles. Nous entendons par « parties prenantes » aussi bien les dispensateurs de soins, les assurés ou patients, l'INAMI, le SPF Santé publique que les O.A., le CIN et l'AIM.

Le contrôle des soins de santé comprend donc non seulement le *hard control* (réglementation, contrôle, constats), mais aussi des actions menées dans le cadre du *soft control* (culture du secteur de la santé et attitude). Il s'agit concrètement entre autres du rôle d'exemple des maîtres de stage, de l'implication des dispensateurs de soins dans l'élaboration des nouvelles réglementations et de la possibilité de remettre en question les ambiguïtés de la réglementation.

Afin de concrétiser cette vision dans les années à venir, les services de gestion vont :

- dans l'exercice de leurs missions essentielles d'adaptation et d'interprétation de la réglementation, et de communication aux dispensateurs de soins et aux O.A., impliquer les services d'inspection, leur demander un retour d'information lorsque cela est utile et les tenir informés des interprétations et des instructions relatives à l'application de la réglementation. Si les services d'inspection communiquent vers les prestataires de soins et les O.A., ils impliqueront, lorsque cela est utile, également les services de gestion et demanderont un retour d'information;
- s'engager à renforcer les accords conclus pour impliquer les services d'inspection dans la réponse aux questions interprétatives individuelles et garantir cette implication mutuelle, quels que soient les services qui reçoivent ces questions au départ. Cela signifie également que les services d'inspection répondent aux questions interprétatives individuelles qu'ils reçoivent en concertation avec les services de gestion;
- renforcer la coopération dans le domaine des actions de contrôle à l'égard des dispensateurs de soins, notamment via l'opportunité et les thèmes des (nouvelles) actions de contrôle. Les services d'inspection discuteront, le cas échéant, de ces actions avec les services de gestion et

³ « Dispensateur de soins » est utilisé dans le présent document tel que défini à l'article 2n de la loi SSI.

interrogeront ces derniers dans le cadre de la préparation sur l'interprétation et l'application des réglementations qui seront concernées dans les actions de contrôle respectives.

Les actions communes de la CAFC s'inscrivent dans le cadre de deux domaines de vision clairs.

1. Actions centrées sur les résultats et équitables

Il est important que nos actions aient un impact mesurable sur le comportement des dispensateurs de soins en matière d'attestation et de prescription. Toutefois, ces résultats et les priorités fixées doivent être réalisés de manière équitable. Ils ciblent les principaux problèmes (les infractions et leur prévention) par des actions proportionnées et, si nécessaire, des sanctions qui modifient de manière durable le comportement des dispensateurs de soins.

2. Efficacité grâce à la collaboration

Les équipes et les institutions représentées au sein de la CAFC s'engagent à rechercher l'efficacité dans le cadre du contrôle des soins de santé par la collaboration, et cela sur trois terrains d'action :

- développer une expertise commune/partager les connaissances ;
- échanger des informations ;
- rechercher des synergies.

III. Objectifs stratégiques

Dans le cadre de ces deux domaines de vision, la CAFC a fixé les cinq objectifs stratégiques suivants pour la période 2024-2026, qui servent de base aux actions proposées et à la hiérarchisation des priorités dans le présent plan d'action.

1. Prévention structurelle des erreurs administratives, des abus et de la fraude

L'application des règles n'est pas un problème isolé d'un service d'inspection. La fraude ne devient pas soudainement importante parce qu'un article de presse très médiatisé est publié. Il s'agit d'une partie intrinsèque et transversale de notre responsabilité en tant qu'INAMI et O.A./CIN. Lors de l'élaboration de nouvelles réglementations et d'avis stratégiques, ainsi que lors du développement de nouveaux outils informatiques, il convient de procéder à un test d'application de la réglementation.

Mieux vaut prévenir que récupérer. Ce qui ne peut pas être attesté selon la réglementation existante devrait être empêché à la source avant qu'une facture ne soit traitée.

C'est un point d'attention pour la réforme actuelle de la nomenclature.

C'est le principe de base pour poursuivre l'élaboration d'un « tarification engine » (cf. V.3).

Lien avec le projet relatif aux progiciels (cf. VIII.2).

2. Inspections et contrôles ciblés sur la base d'analyses de risques systématiques

Les signalements externes sont très importants pour détecter de nouveaux phénomènes de fraude et d'abus. Par ailleurs, nous pouvons évaluer nous-mêmes les risques en nous basant sur les données de facturation. Dans le cadre de la CAFC et du présent plan d'action, nous souhaitons nous concentrer sur les actions basées sur nos propres analyses de risques pour trois raisons :

- dans le cadre d'une **approche équitable**, il est important que la probabilité d'être pris en flagrant délit soit la même dans chaque domaine des soins de santé. Chaque domaine doit donc faire l'objet d'une analyse de risques ;
- les **résultats** du SECM de l'INAMI montrent que l'impact financier des actions de contrôle basées sur ses propres analyses de risques est beaucoup plus élevé (75 %) que celui des actions basées sur des signalements externes (25 %) ;
- la plupart des actions de contrôle des soins de santé basées sur ses propres analyses de risques sont de plus menées à l'échelle nationale et sont plus **efficaces** que les actions de contrôle individuelles.

La CAFC coordonnera en 2024 un « proof of concept » (POC) dans deux domaines (cf. VI).

3. Suivi proactif et mise en œuvre effective des décisions

Seule une minorité de dispensateurs de soins enfreignant la réglementation le font délibérément dans un but lucratif. Il s'agit d'un très petit groupe de fraudeurs, mais il doit faire l'objet d'un suivi proactif, car il est très enclin à la récidive. Ce n'est pas le cas lorsque l'infraction n'est pas intentionnelle (erreur administrative⁴).

Il est important que ces actions soient également claires pour les assurés et les dispensateurs de soins afin de renforcer le sentiment d'équité et d'encourager l'importance d'agir avec intégrité. La mise en œuvre effective des mesures imposées est également importante à cet égard.

Pour un certain nombre de dispensateurs de soins, il existe un titre judiciaire définitif les sommant à rembourser sans qu'ils ne le fassent réellement. Ils continuent néanmoins entretemps à facturer à l'INAMI.

Il est nécessaire qu'il y ait une communication interne claire des risques spécifiques, entre les services d'inspection, avec un cadre juridique qui permette une action préventive sur les récidivistes.

Voir VII.1. Octroi et retrait des numéros INAMI dans le cadre d'une vision claire de l'implication et de la responsabilisation des dispensateurs de soins dans le cadre des compétences des O.A. et de l'INAMI

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

a. Assurés

Si les assurés savent ce qui est facturé en leur nom, ils comprennent mieux le coût de certaines prestations et sont capables de réagir (auprès de leur O.A. ou du SECM) si certaines prestations ont été facturées indûment. Cela augmente l'implication des assurés (cf. l'accord du gouvernement actuel, le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 et le contrat d'administration de l'INAMI). Ces informations doivent pouvoir être mises à la disposition de la personne qui a fait l'objet de la prestation en question.

Voir VII.1. Octroi et retrait des numéros INAMI dans le cadre d'une vision claire de l'implication et de la responsabilisation des dispensateurs de soins dans le cadre des compétences des O.A. et de l'INAMI

⁴ Nous suivons la classification de l'European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) : erreurs administratives, abus, fraude et corruption.

b. Dispensateurs de soins

Lorsque les dispensateurs de soins sont conscients qu'ils dévient d'une éventuelle norme, ils sont plus enclins à utiliser efficacement les moyens. S'ils obtiennent une vue sur leur comportement de facturation, comparé à celui d'un groupe de dispensateurs de soins avec une patientèle comparable, ils peuvent être responsabilisés. Il est aussi important de les responsabiliser sur le plan de la prescription, entre autres grâce à des services comme Prescription Support Services. Le partage d'informations et la transparence sont un maillon essentiel d'un système de soins de santé durable.

Voir un projet en cours hors de ce plan d'action au point V.2 Profils de facturation des dispensateurs de soins

5. Utilisation efficiente de l'expertise et des moyens d'inspection

Collaboration, échange d'informations et constitution d'une expertise commune/d'un partage des connaissances au sein de la CAFC. Toutes les réglementations ne sont pas univoques, et il y a par conséquent une marge d'interprétation. Certains dispensateurs de soins demandent des éclaircissements aux collaborateurs du SdSS ou du SECM. Certains demandeurs sont des dispensateurs de soins concernés par une action de contrôle du SECM en cours et sont en quête de contradictions entre le SECM et le SdSS. Pour d'autres questions, davantage d'expertise ou de précisions sur le contexte pour comprendre ce qu'elles impliquent sont nécessaires. Il importe que le SdSS et le SECM communiquent de manière conjointe et univoque à ce sujet.

Les médecins-conseils, les O.A. et l'INAMI ont en partie des compétences qui se chevauchent dans le cadre du contrôle de l'application de la réglementation. Il est important que les médecins-conseils et les O.A. assument entièrement leur rôle d'inspection de première ligne conformément aux activités d'inspection de l'INAMI. Il est important pour cela qu'il existe une synergie et un accord sur l'approche de certains problèmes.

Échange d'expertise et attention sur l'application de la réglementation dans le cadre de la réforme de la nomenclature

Échange d'expertise dans le cadre des questions des dispensateurs de soins (CINOM)

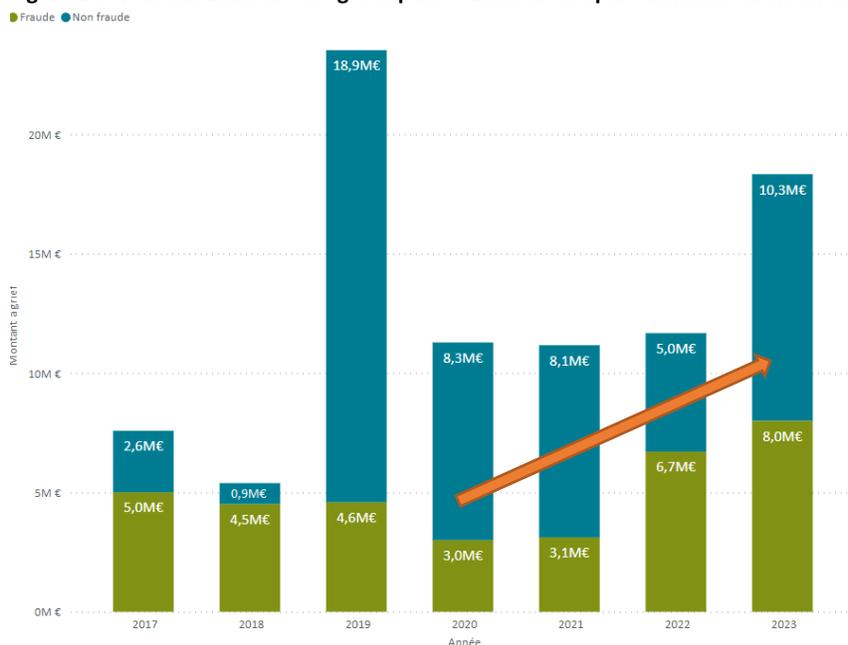
Concertation Datamining CIN et contrôle avec le SECM

IV. Fraude dans le secteur des soins de santé en Belgique et dans les pays voisins

Il est complexe de connaître le nombre complet d'infractions dans le cadre de l'assurance soins de santé en Belgique. En ce qui concerne les infractions constatées par le SECM, nous disposons de chiffres et remarquons une tendance à la hausse, tant du nombre total d'infractions constatées que des infractions intentionnelles.

Le montant total porté à grief (voir figure 1) fluctue chaque année (par exemple, en 2019) en raison de certaines actions spécifiques ayant un impact financier important (par exemple, l'attestation de prestations réalisées avec des appareils d'IRM non agréés). Néanmoins, nous constatons une augmentation continue au cours des dernières années, avec une augmentation plus forte en 2023. La part absolue d'infractions intentionnelles ou de fraude est plus constante. Nous constatons une diminution en 2020 et en 2021 en raison d'un codage plus strict⁵, mais une augmentation notable de la proportion de fraude en 2022 et en 2023. Il y a donc une tendance générale à l'augmentation du nombre d'infractions, mais aussi une augmentation considérable du nombre d'infractions graves. Lors de la même période, le nombre d'inspecteurs sociaux effectivement opérationnels au SECM a diminué.

Figure 1 : évolution annuelle des griefs par le SECM avec la part d'infractions intentionnelles (fraude)



⁵ En cas de doute sur l'intentionnalité, le dossier n'est pas qualifié de fraude (alors que cette qualification se faisait auparavant sur la base de l'importance du montant).

Cette hausse peut également être observée en France. Aux Pays-Bas, le crime organisé abuse du secteur des soins de santé pour blanchir de l'argent ou employer des étrangers par le biais du travail au noir. La Belgique connaît également un grand nombre de dossiers de fraude impliquant à la source la criminalité organisée internationale. Le SECM traite ces dossiers en collaboration avec l'auditorat du travail.

V. Projets importants en cours

Ces projets sont essentiels dans le cadre du contrôle des soins de santé et sont suivis hors de la CAFC.

1. Données de facturation

a. Accès aux données – Data Flow 2.0

Le projet Data Flow 2.0 vise une stratégie de données commune entre l'INAMI, l'AIM et les O.A. L'objectif est de partager quotidiennement toutes les données relatives aux soins de santé, de mettre fin aux flux de données redondants, d'améliorer la qualité des données et d'accroître la connectivité.

Pour y parvenir, nous envisageons une collaboration plus étroite entre les O.A., l'AIM et l'INAMI⁶ en développant une plateforme de données commune gérée par gouvernance commune. Cette plateforme doit permettre à chaque partie d'avoir un accès direct aux données d'intérêt commun, sur la base du principe de la « version unique de la vérité ». Cependant, chaque partie conserve son autonomie sur ses propres données. Dans un premier temps, l'accent sera mis sur les données relatives aux soins de santé. Nous prévoyons d'étendre par la suite la plateforme à d'autres données, conformément au RGPD⁷ et à la loi.

b. Qualité des données – NewAttest

Depuis que nous utilisons NewAttest dans le cadre des besoins d'inspection et d'analyse de l'INAMI, nous nous efforçons d'élargir l'ensemble des données disponibles et leur qualité globale.

Pour permettre un meilleur contrôle des dépenses de l'INAMI et des activités des personnes impliquées, nous devons compléter les transferts de données existants par de nouvelles sources qui sont disponibles auprès des O.A.

Par conséquent, l'équipe de NewAttest se concerta régulièrement au sein de l'INAMI et avec les O.A. pour assurer le suivi des actions en rapport avec les sujets suivants.

⁶ L'avis 61.459/2/3 du 9 juin 2017 du Conseil d'État sur un avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (insertion d'un article 9^{quater} dans la loi SSI par la loi du 11 août 2017) insiste sur les différentes compétences légales des différents services de l'INAMI, ce qui donne aux services un droit d'accès différent aux données à caractère personnel. Le droit d'accès n'est pas global.

⁷ Règlement général sur la protection des données (RGPD).

- Demandes d'extension des données auprès de l'AIM et des O.A.
Il est important pour l'INAMI d'avoir accès à toutes les données pour élargir et améliorer ses missions de contrôle et de statistique (SECM / SCA / SdSS). Une série d'actions d'extension sont actuellement en cours de traitement (telles que l'échange d'informations sur le scan de l'eID ou la date de paiement des remboursements des assurés). Il est cependant nécessaire de suivre ces activités en tant que projets afin d'en accélérer la mise en œuvre.
- Qualité des données
La qualité des données est parfois problématique. C'est pourquoi nous voulons établir une série de contrôles permettant d'identifier les enregistrements et de détecter précocement les problèmes liés aux logiciels ou aux règles d'application. Là encore, une approche par projet peut contribuer à inciter les partenaires à prendre des initiatives de manière à adapter les méthodologies ou logiciels.
Un exemple concret de ces besoins est les numéros de dents manquants dans les attestations dentaires.
- Soutenir l'amélioration de la qualité des documents
Afin de pouvoir contrôler le respect de la réglementation à l'égard des tiers, il est primordial que les données utilisées par les inspecteurs sociaux de l'INAMI aient une valeur probante. Cela n'est possible que si toutes les données reçues sont couvertes par des certificats conformes aux prescriptions légales.

2. Profils de facturation des dispensateurs de soins

Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'objectif de responsabilisation (*accountability*) du secteur des soins. Des soins justifiables et responsables s'appliquent à tous les niveaux : autorités, assureurs, dispensateurs de soins, institutions et assurés. C'est nécessaire pour lutter contre la surconsommation et la fraude dans les soins de santé.

Un profil de facturation est un aperçu de tout ce qu'un dispensateur de soins a facturé ou prescrit au cours d'une période donnée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. En mettant à la disposition des dispensateurs de soins leur profil de facturation, nous cherchons à les responsabiliser afin qu'ils puissent, le cas échéant, modifier leur comportement de facturation ou de prescription. Différents types de rapports sont possibles dans les profils de facturation, tels que des rapports globaux s'appliquant à tous les dispensateurs de soins, des rapports spécifiques ne s'appliquant qu'à certains groupes professionnels, des rapports dans le contexte des soins efficaces, l'état des lieux des indicateurs du Conseil national de la promotion de la qualité et le *benchmarking* des dispensateurs de soins ayant un groupe de patients similaire, etc.

Les profils de facturation sont mis à disposition en ligne en utilisant les données disponibles les plus récentes. Dans la mesure du possible, les profils de facturation sont mis à disposition par l'intermédiaire de canaux déjà existants, tels que ProSanté.

3. Tarification engine

Actuellement, chaque partie prenante (O.A., institutions de soins, fournisseurs de logiciels, etc.) utilise son propre outil et développe sa propre interprétation de la nomenclature. L'objectif du projet est d'offrir une solution harmonisée visant à contrôler la conformité d'une prestation par rapport :

- aux règles d'application de l'INAMI ;
- aux tarifs de l'INAMI ;
- à d'autres règles (de l'INAMI et d'autres acteurs) pour un contrôle complet de la conformité des conditions de remboursement ;
- au *machine learning*.

Une telle solution permettra un contrôle d'une prestation a priori (avant sa facturation ou sa planification) et a posteriori (après la facturation : pour des contrôles du comportement de prescription et de facturation, la lutte contre la fraude, etc.), ainsi que d'autres contrôles (budgétaires, volumes de prestations, etc.).

Cette solution sera gérée et utilisée par les parties prenantes qui doivent valider les prestations : l'INAMI, les O.A., les fournisseurs de logiciels et les hôpitaux, etc., bien que le type, les gestionnaires et l'emplacement (INAMI ?) ne seront définis que d'un commun accord entre l'INAMI et les O.A.

Une telle solution répond aux besoins fonctionnels d'un outil de tarification et d'un outil de validation de la conformité aux règles d'acceptance de l'INAMI et d'autres institutions (telles que les règles spécifiques d'un O.A.).

Une telle solution ne bloquera jamais une demande de soins ou de remboursement en cas de non-conformité (vu l'obligation de respect de l'accès aux soins pour tous les assurés).

Résultats attendus :

- intégration des outils IT actuels développés par toutes les parties prenantes ;
- développement d'une solution harmonisée et conditionnée à une étude d'impact et de faisabilité ;
- solution avec un seul processus, accessible à toutes les parties prenantes internes et externes ;
- répartition claire des responsabilités entre les parties prenantes (internes et externes) ;
- standardisation du processus et communication dynamique.

VI. Actions spécifiques sur la base d'analyses de risques systématiques

Dans ce plan d'action, nous ne proposons pas d'actions de contrôle spécifiques, mais une évaluation systématique des risques par domaine dans le secteur des soins de santé. La CAFC coordonnera ces analyses de risques et suivra la mise en œuvre des actions choisies avec un calendrier prédéterminé. Les actions ne sont pas mises en œuvre par la CAFC, mais par le partenaire de la CAFC concerné.

Tous les partenaires rassemblent les rapports, les données et l'expertise disponibles dans un domaine donné afin de prioriser les risques en fonction de leur gravité et de leur faisabilité, éventuellement après des analyses supplémentaires. Les partenaires de la CAFC responsables d'une action donnée proposent des objectifs bien définis avec un calendrier. Ils sont eux-mêmes responsables de leur mise en œuvre.

Ces analyses de risques sont conçues de manière large, de manière à ce que chaque partenaire de la CAFC implique autant que possible d'autres instances⁸ dans le processus (contribution, analyse, expertise ou mise en œuvre d'une action retenue).

En 2024, le budget total des soins de santé s'élèvera à plus de 42 milliards d'euros. Le budget de remboursement des soins de santé se chiffrera à 37,825 milliards d'euros.

Dans le cadre d'une approche équitable de tous les dispensateurs de soins, il est essentiel de soumettre tous les domaines de l'assurance soins de santé à une analyse de risques périodique. Des priorités et des actions peuvent ainsi être définies en fonction des risques les plus importants.

Comme mentionné au point III.2, l'expérience du SECM montre que l'impact financier et qualitatif des actions basées sur des analyses internes est beaucoup plus grand que celui d'actions basées sur des signalements externes. Les missions menées au niveau national sont par ailleurs plus efficaces.

Dans le cadre du plan d'action en matière de contrôle des soins de santé, nous souhaitons compiler toutes les analyses des 5 à 10 dernières années dans un domaine particulier des soins de santé, à la fois auprès des O.A., du CIN, de l'AIM, du SPF Santé publique, du SCA, du SdSS et du SECM afin de définir des actions prioritaires.

Pour ces analyses de risques, nous nous concentrons sur trois aspects :

- suivi des conditions de remboursement et de la réglementation ;
- des soins appropriés au bon endroit et au bon prix (*appropriate care*) ;
- contrôle primaire par les O.A.

⁸ Nous pensons ici à l'Audit des hôpitaux et à l'AFMPS, mais aussi au Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD), au Collège national des médecins-conseil (CNMC), aux groupes de travail du Conseil technique médical (CTM), aux commissions de conventions, etc.

Dans chaque domaine, des projets sont réalisés par des équipes multidisciplinaires composées d'experts, d'analystes de données, d'actuaire, de gestionnaires de connaissances, d'inspecteurs et d'autres personnes. Le travail est réalisé en étroite collaboration avec tous les membres de la plateforme CAFC. La concertation et le partage des connaissances entre les équipes amènent une meilleure priorisation des points d'attention identifiés.

En 2024, deux projets « proof of concept » seront réalisés :

- *Projet 1 : médecine spécialisée A*

Soins intensifs, anesthésie, urgences, services d'intervention art. 34

Activités dans les secteurs suivants :

- soins intensifs (article 13) (137 millions d'euros)
- anesthésie (article 12) (328 millions d'euros)
- situations d'urgence (article 25) (102 millions d'euros)
- services d'intervention (article 34) (50 millions d'euros)

Y compris les services en lien avec les activités réalisées dans les secteurs suivants : consultations et avis (article 2) + chirurgie/interventions techniques (article 14) + surveillance (article 25) + imagerie médicale (articles 17ter et 17quater)

Budget total : 650 millions d'euros

- *Projet 2 : soins infirmiers + accouchements*

Activités dans les deux secteurs :

- soins infirmiers (article 8)
- accouchements (article 9)

Budget total : 1.800 millions d'euros

VII. Projets structurels : priorités pour la CAFC

1. Octroi et retrait des numéros INAMI dans le cadre d'une vision claire de l'implication et de la responsabilisation des dispensateurs de soins dans le cadre des compétences des O.A. et de l'INAMI

Responsable de projet CAFC : SdSS

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : action 5.5

Description :

Jusqu'à présent, les numéros INAMI étaient octroyés et utilisés à différents titres et pour différentes raisons (par exemple, en tant que dispensateur de soins, institution, responsable d'un groupement, service de facturation, ou pour obtenir une prime, etc.). Différentes équipes de l'INAMI sont impliquées. D'autre part, il existe une volonté ad hoc ou structurelle de pouvoir limiter l'octroi et l'utilisation d'un numéro d'INAMI ou d'imposer des conditions supplémentaires dans le cas de fraudeurs ou de dispensateurs de soins qui ne se conforment pas aux décisions des instances administratives. Pour ce faire, la réglementation doit être clarifiée. La définition et l'utilisation (par exemple en cas de suspension) d'un numéro INAMI n'est pas claire non plus dans la communication avec des tiers (par exemple, le SPF Santé publique, les autorités fiscales).

Même pour les dispensateurs de soins, il n'y a ni la transparence, ni l'implication/responsabilité nécessaires. Un tiers (même s'il ne s'agit pas d'un dispensateur de soins) peut ainsi facturer (et se faire rembourser) des soins de santé remboursables aujourd'hui au nom d'un dispensateur de soins sans que ce dernier n'en ait connaissance, ni ne l'autorise.

Il est nécessaire d'avoir une vision claire de l'octroi et de l'utilisation d'un numéro INAMI au sein de l'INAMI, en tenant compte du contexte plus large (numéro BCE, NRN). Il faudra également préciser à quoi peut servir un numéro INAMI (facturation ou partage de données, etc.) et par qui il peut être utilisé (sous-entités, autres systèmes, etc.).

En spécifiant à l'avance la possibilité d'utiliser un numéro INAMI, il sera possible de réaliser beaucoup mieux un certain nombre de processus ou d'actions qui en découlent (par exemple, exécuter les décisions de la Commission fédérale de contrôle, suspendre les dispensateurs de soins en termes de facturation dans le cadre de l'assurance soins de santé ou encore établir correctement les seuils d'activité de certains dispensateurs de soins).

Problématique/impact sur la fraude :

- Pour l'inspection, les données de facturation indiquent explicitement au nom de quel dispensateur de soins il a été facturé, mais pas l'identité de la personne qui a effectué la facturation (et qui a perçu l'argent). Étant donné que plusieurs personnes ont la possibilité de facturer avec un numéro de tiers payant, il est très complexe de relier une prestation particulière à la personne qui a effectué la facturation et de savoir qui a perçu le montant de cette prestation.
- Les O.A. remboursent tout ce qu'un numéro de groupe soumet, à condition qu'il y ait un numéro INAMI de dispensateur de soins, même si celui-ci ne fait pas partie du groupement. Il est urgent de disposer d'un outil permettant d'identifier le véritable exécutant de la facturation.
- Nous devons empêcher un fraudeur connu de continuer à frauder, ainsi qu'empêcher un dispensateur de soins suspendu par l'Ordre ou dont le visa a été définitivement révoqué de continuer à facturer.
- Nous devons également empêcher la facturation de soins non effectués ou de soins effectués par un tiers non autorisé au nom d'un dispensateur de soins à son insu.
- Le numéro INAMI d'un dispensateur de soins est souvent utilisé dans de multiples métiers par du personnel non médical (par exemple, dans le secteur des opticiens). L'utilisation des numéros INAMI par des entités commerciales soulève des questions.

Résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Analyse business large comme base d'un document d'orientation.
- Vision claire avec proposition concrète et début de mise en œuvre pour résoudre tous types de problèmes concrets mentionnés ci-dessus dans le cadre du contrôle des soins de santé :
 - clarification de la réglementation relative à l'octroi du numéro INAMI, y compris le blocage de la possibilité de demander un autre numéro INAMI ;
 - clarification de la réglementation relative à la communication des suspensions, en tenant compte des problèmes d'accessibilité pour les patients ;
 - le blocage comme sanction possible pour les récidivistes ;
 - outils de facturation sans possibilité de facturer à l'insu du dispensateur de soins ;
 - clarté sur les partenariats (aides-soignants) en ce qui concerne les conditions de remboursement ;
 - clarté pour les hygiénistes bucco-dentaires et les aides-soignants ;
 - réflexion sur la conception de la nomenclature, y compris pour l'introduction de nouveaux dispensateurs de soins et de nouvelles exigences cliniques (nombre minimum de dispensateurs de soins, etc.) en tant que conditions de remboursement ;
 - pas de possibilité de facturation (date de prestation) en cas de suspension ;
 - pour la facturation électronique : généralisation de l'utilisation d'eMandate plutôt que de « délégations pour la facturation » via l'« user management » ;
 - lien clair entre le numéro de compte bancaire et le numéro BCE.

Estimation des moyens nécessaires :low – medium – high**Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :**low – medium – high

Calendrier :

juin 2024	présentation <i>as is</i> – besoins business O.A./INAMI
décembre 2024	proposition <i>to be</i> – texte de vision – planning + moyens nécessaires 2025-2026
2025-2026	actions concrètes à déterminer

Remarque : concernant les moyens nécessaires pour l'analyse business en 2024, un projet a été introduit au Comité général de gestion dans le cadre du *seed money*.

2. Transparence (pour les O.A., les assurés, l'INAMI) de toutes les informations nécessaires (prestations, suppléments, matériel, maximum à facturer, etc.)

Responsable de projet CAFC : CIN

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : actions 4.1, 4.2 et 5.2

Description :

Le coût réel et complet des soins médicaux dispensés, tant en termes de volume que de composition, n'est actuellement pas disponible dans son intégralité, ni pour les assurés, ni pour les O.A., ni pour l'INAMI. L'INAMI et les O.A. peuvent, dans des cas bien définis, conformément aux règles de confidentialité et en tenant compte des spécificités de chaque service, avoir besoin de certaines informations sur les soins de santé dispensés afin de vérifier la conformité avec les réglementations de l'assurance SSI.

Cela concerne tous les montants facturés, y compris les frais non remboursables tels que les suppléments, les prestations non remboursables et le matériel non remboursable.

Le patient souhaite également avoir accès à d'autres informations, telles que l'état de son compteur « maximum à facturer ».

Il convient aussi de veiller à ce que l'accès à ces informations par une personne autre que le patient ne porte pas atteinte à la vie privée de ce dernier.

Ce point d'action vise à compléter les flux d'informations existants afin de donner à toutes les parties concernées un aperçu optimal de la composition de la facture totale des soins de santé. Cet objectif est poursuivi à travers les pistes suivantes :

- piste 1 : l'extension de l'obligation de déclaration des coûts des soins de santé facturés. En particulier, il s'agit de mieux cartographier l'étendue des suppléments, des prestations et du matériel non remboursables ;
- piste 2 : une feuille de route ambitieuse pour permettre à l'assuré d'accéder à tous les éléments de facturation de soins de santé qui le concernent. En partant des informations de facturation via le régime de tiers payant, un déploiement vers les autres aspects de la facturation des soins de santé sera initié.

Éléments de la piste 1 – élargissement de l'obligation de déclaration de la facturation non régulière :

- Il s'agit d'étendre l'obligation de déclaration à tous les montants facturés, c'est-à-dire en particulier aux frais non remboursables tels que les suppléments, les prestations et le matériel non remboursables.
- La facturation électronique facilite la transparence et le contrôle du respect de la réglementation. Lorsque les factures de soins de santé ne font pas encore partie de la facturation électronique, les mesures nécessaires doivent être prises.
- Les O.A. et l'INAMI souhaitent contrôler ces facturations, mais cela n'est possible qu'en créant un cadre juridique qui oblige les dispensateurs de soins à déclarer tous les montants qu'ils facturent aux patients (par analogie avec la facturation classique). Une base légale existe déjà avec l'article 53, § 1^{er}, et les A.R. de mise en œuvre pour les médecins et les dentistes, qui sont utilisés pour le secteur dentaire. (Il est prévu que le modèle de transparence pour les dentistes soit élaboré de manière aussi « générique » que possible, de sorte que la même structure puisse être utilisée pour tous les secteurs – à partir du 1^{er} juillet 2024 en phase de test – 1^{er} juillet 2026 pleinement obligatoire).
- Outre la déclaration de tous les frais, il est également important de disposer d'une définition unifiée et uniforme des frais non remboursables. L'utilisation actuelle des pseudo-codes 960 pour les soins non remboursables, qui a donné lieu à une prolifération de définitions, est un bon exemple de manque d'uniformité. Cela nuit à la transparence recherchée et complique les contrôles.

Éléments de la piste 2 – informations fournies à l'assuré :

- Nous devons empêcher le chef de famille affilié ou le tuteur d'accéder simplement aux informations sensibles sur la santé des personnes à sa charge. Les modalités à cet égard doivent être soigneusement élaborées afin de protéger de manière adéquate la vie privée des personnes (mineures) à charge.
- Il convient de répondre aux questions suivantes dans ce point d'action. De quelle manière les informations relatives à la facturation seront-elles mises à la disposition de l'assuré ? Envisageons-nous un point d'information accessible passivement ou un rapport périodique activement envoyé à l'assuré ?
- Les informations relatives à la facturation fournies aux affiliés doivent être suffisamment encadrées. Les informations fournies doivent être faciles à lire, à interpréter et à consulter. Cela nécessite sans aucun doute un investissement considérable en termes d'interprétation et de mise en page. Offrir aux assurés une montagne d'informations massive et inextricable est un spectre qu'il convient d'éviter.

Problématique/impact sur la fraude :

- La facturation de toutes sortes de suppléments et de montants non remboursables constitue un obstacle majeur et croissant à l'accès aux soins en Belgique. Les frais à la charge du patient augmentent et atteignent aujourd'hui au moins 23 % en Belgique. Cette augmentation est principalement due à toutes sortes de suppléments, ainsi qu'à des soins ou du matériel non remboursables.
- Les patients ne savent souvent pas exactement quels sont leurs droits et si la facturation de certains montants est légalement autorisée. La déclaration de tous les montants facturés aux O.A. peut contribuer à optimiser la diffusion d'informations aux assurés.

- Étant donné que certains suppléments restent actuellement sous le radar, ils peuvent également ne pas être déclarés en tant que revenus (lien avec la fraude fiscale).
 - C'est impossible ou difficile à contrôler par les O.A. et l'INAMI pour diverses raisons :
 - il n'existe pas d'obligation de leur communiquer tous les montants non remboursables ;
 - le contrôle des prestations non remboursables est impossible sans la collaboration du patient.
 - Dans le contexte de la lutte contre la fraude, fournir des informations aux assurés peut contribuer au constat et au signalement par ceux-ci de soins incorrectement facturés ou de la facturation de soins non effectués. Puisque le patient a également connaissance des prestations médicales facturées à son nom dans le cadre du régime du tiers payant, il peut lui-même contribuer à détecter les prestations non effectuées.
- Le fait que le patient ait une vue d'ensemble de toutes les dépenses – y compris publiques – contribue à renforcer la responsabilisation de tous les assurés.

Actions dont la planification éventuelle est déjà en cours :

- L'article 56 de la convention de financement de MyCareNet en 2023 prévoit la transparence pour les assurés sur toutes les prestations remboursables, en commençant par les consultations simples avant de s'étendre à la nomenclature complète, à la fois facturée directement au patient et dans le cadre du régime du tiers payant.
Une feuille de route par O.A. est en cours d'élaboration, avec des pistes sur les informations qui seront disponibles, pour qui, quand et comment.
- Facturation électronique obligatoire :
 - eAttest et eFact dentistes et médecins : obligatoire à partir du 1^{er} septembre 2025.
- Phase 1 du schéma de transparence (suppléments liés à la nomenclature existante) introduite et obligatoire à partir du 1^{er} septembre 2023. Phase 2 (prestations et matériel non remboursables + prestations de l'ASSI lorsque toutes les conditions de remboursement ne sont pas remplies) : le comité d'assurance détermine les pseudo-codes, et la communication sera obligatoire dès que les pseudo-codes seront disponibles dans le logiciel du dispensateur de soins. Les développeurs de logiciels disposeront d'un délai de 6 mois pour procéder aux ajustements nécessaires.

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFIC souhaite mettre l'accent :

- Business analyse étendue des deux pistes de transparence mentionnées ci-dessus.
- Chaque assuré a connaissance de toutes les prestations facturées à son nom auprès de son O.A. dans le cadre du régime du tiers payant.
- Introduction d'un modèle obligatoire, générique et clair sur la manière de communiquer sur les suppléments, les prestations et le matériel non remboursables (cf. schéma de transparence).
- Sensibilisation des dispensateurs de soins et des assurés à l'importance de la transparence dans la facturation.
- Sur la base d'une transparence accrue → contrôle actif par le SCA du non-respect des tarifs de la convention par les dispensateurs de soins conventionnés. Le cas échéant, identifier et supprimer les obstacles juridiques.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

Calendrier :

juin 2024	livraison as is – besoins business O.A./INAMI
décembre 2024	proposition to be – planning + moyens nécessaires 2025-2026
2025-2026	actions concrètes et moyens nécessaires à déterminer

Remarque : concernant les moyens nécessaires pour l'analyse business en 2024, un projet a été introduit au Comité général de gestion dans le cadre du *seed money*.

3. Clarté du statut du patient pour le pharmacien au moment de la délivrance des médicaments

Responsable de projet CAFC : SECM

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : aucun

Description :

Au moment de la délivrance de médicaments, le pharmacien n'a pas connaissance de tous les accords dont le patient dispose, alors que ces accords sont pourtant disponibles au niveau des O.A.

Les trajets de soins (TDS) insuffisance rénale chronique (IRC) et diabète de type 2, les conventions diabète et le statut palliatif donnent droit au remboursement de certains médicaments et dispositifs médicaux. Actuellement, les pharmaciens appliquent le régime du tiers payant sur la base de la mention « TDS IRC », « TDS diabète », « convention diabète » ou « statut palliatif » inscrite par le médecin prescripteur sur la prescription, mais sans pouvoir contrôler l'exactitude du droit au remboursement.

Le trajet de soins insuffisance rénale concerne les spécialités pharmaceutiques B-306

Le trajet de soins diabète concerne les spécialités pharmaceutiques A-97 + les dispositifs médicaux : tigettes / lancettes / glucomètre

La convention diabète concerne les spécialités pharmaceutiques A-98 + les dispositifs médicaux : tigettes / lancettes / glucomètre

Les soins palliatifs concernent l'oxygène en tant que spécialité pharmaceutique + les oxyconcentrateurs (dispositifs médicaux)

Si le pharmacien avait accès, sur la plateforme MyCareNet (via eHealth), aux différentes notifications des trajets de soins, conventions et statuts, il pourrait appliquer le régime du tiers payant uniquement après avoir vérifié leur existence.

Les attestations de type 'e' valables pour certaines spécialités des chapitres IV et VIII mentionnent un nombre de conditionnements ou d'unités défini, remboursable pendant une période déterminée. Le décompte doit se faire sur la base du document papier remis par le patient lors de chaque délivrance, mais rien ne garantit que le papier a été correctement et systématiquement complété lors des délivrances antérieures, ni que le patient ne dispose pas de plusieurs exemplaires (photocopies, édition multiple à partir de l'application web des O.A. qui ne les envoient plus forcément aux patients, etc.).

Si le pharmacien avait accès au formulaire 'e' limitant le nombre de conditionnements autorisés sur la plateforme MyCareNet et si un décompte de ce qui a déjà été délivré était organisé, il pourrait suivre la quantité déjà délivrée et refuser l'application du tiers payant en cas de dépassement de la quantité maximale autorisée.

Les accords du médecin-conseil pour les spécialités hors du chapitre IV (chapitre VIII, sondes, oxyconcentrateurs pour l'hypoxémie, etc.) ne se trouvent pas dans MyCarenet et ne sont donc pas visibles pour le pharmacien.

Problématique/impact sur la fraude :

- Pas de possibilité de contrôler le nombre de conditionnements délivrés en cas de quantités maximales remboursables. Les pharmaciens délivrent de plus grandes quantités qu'autorisé, souvent pour les spécialités les plus coûteuses.
- Manque d'information pour les pharmaciens. Délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux (tigettes, lancettes, glucomètre, tensiomètre, etc.) par les pharmaciens alors que les conditions de remboursement ne sont pas remplies.
- Autre problème : les dispensateurs de soins suspendus ou radiés peuvent de facto continuer à prescrire.

Actions dont la planification éventuelle est déjà en cours :

- Informations déjà disponibles dans MDA de MyCareNet :
 - Trajet de soins insuffisance rénale chronique ;
 - Trajet de soins diabète de type 2.

Résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Visibilité sur la plateforme MyCareNet (via eHealth) pour le pharmacien :
 - formulaire e + décompte ;
 - convention diabète ;
 - statut palliatif ;
 - Accord du médecin-conseil pour les spécialités hors du chapitre IV (chapitre VIII, sondes, oxyconcentrateurs pour l'hypoxémie, etc.).
- Blocage des prescriptions des dispensateurs de soins suspendus ou radiés.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

4. Rappel de leur responsabilité aux offices de tarification des pharmaciens

Responsable de projet CAFC : SCA

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : aucun

Description :

Il existe un cadre juridique pour les offices de tarification des officines publiques (pharmacies), qui trouvent leur origine dans l'article 165 de la loi SSI. Les offices de tarification agréés reçoivent les prescriptions des pharmaciens qui ont opté pour le régime du tiers payant dans les deux mois suivant la date d'exécution. L'office de tarification doit ensuite préparer les documents avec les données selon certaines règles (les factures pour les statistiques) et les envoyer aux O.A., qui les envoient ensuite à l'INAMI.

Problématique/impact sur la fraude :

- Selon les « Directives de facturation pour les offices de tarification », les offices de tarification doivent effectuer aussi bien des contrôles systématiques que sur pièce :
 - Les contrôles systématiques de toutes les données (attestations) transmises par le pharmacien doivent être effectués sans exception pour chaque pharmacien, pour chaque période de facturation et avant la facturation.
 - Le contrôle sur pièce est censé être aléatoire. Le but de ce contrôle est de s'assurer que les offices de tarification transmettent à l'INAMI, par l'intermédiaire des O.A., les honoraires pour les prestations pharmaceutiques remboursables d'une manière conforme à une norme convenue à l'avance et acceptable par toutes les parties.
- Selon l'article 7, § 2, de la « Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs », les O.A. s'engagent à payer au comptant les factures présentées par les offices de tarification dans la mesure où elles sont recevables. En d'autres termes, les O.A. doivent également vérifier/contrôler si les offices de tarification se sont conformés aux dispositions réglementaires.
- Toujours selon les directives susmentionnées (point 5.5.), les services de contrôle de l'INAMI (tant le SCA que le SECM) peuvent vérifier, par échantillon, le bon fonctionnement d'un office de tarification. Le fait qu'un contrôle soit imposé par échantillonnage présuppose un contrôle visant à vérifier la méthodologie appliquée. Les règles appliquées pour le contrôle des offices de facturation sont les mêmes que celles appliquées pour le contrôle par échantillonnage des pharmacies par les offices de facturation.
- Outre les mentions respectives de l'article 163 et 150 de la loi SSI, la compétence de contrôle des offices de tarification par le SCA et le SECM, mentionnée ci-dessus, est reprise dans l'arrêté royal du 15 juin 2001 établissant les critères d'agrément des offices de tarification, plus précisément à l'article 9, points 6 et 7.

Conformément à l'article 12 de cet arrêté royal, le ministre **peut** retirer l'agrément **après avis motivé de la Commission** si l'office de tarification enfreint les dispositions de cet arrêté. En ce qui concerne l'obligation visée à l'article 7, premier alinéa, l'agrément ne peut être retiré que si le nombre minimum d'affiliés ou de 'récipés' n'a pas été atteint pendant une période ininterrompue de douze mois.

- Si, en amont de la chaîne (médecin – pharmacien), des **erreurs** peuvent être déduites du contrôle des offices de tarification, c'est le SECM qui est compétent. Les actions des O.A. relèvent plutôt de la compétence du SCA. S'il y a **fraude sociale**, notamment faux et usage de faux, dans le chef du pharmacien ou de l'office de tarification, l'article 232 du Code pénal social s'applique, ce qui peut donner lieu à des poursuites judiciaires.

La consultation sur l'opportunité et la portée de ce projet doit encore avoir lieu au sein de la CAFC.

Résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Création d'un groupe de travail INAMI-O.A. ;
- Analyse juridique approfondie pour les offices de tarification (pharmaciens) AS IS ;
- Analyse de la qualité de la chaîne de contrôle au sein des offices de tarification ;
- Étude de faisabilité sur les éventuelles mesures concernant les offices de tarification ;
- Concertation avec le secteur.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

VIII. Autres projets structurels nécessaires

1. Mesures relatives aux maisons médicales

Responsable de projet CAFC : SdSS

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : action 5.6.1

Description :

Plusieurs types d'infractions sont énumérés, pour lesquels des actions seront prises dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan. Ces actions seront élaborées par plusieurs services de l'INAMI et des O.A.

Inscription, désinscription et sélection de patients

L'inscription à la maison médicale peut se faire par le biais d'un contrat écrit ou signé électroniquement. Dans le cas d'un contrat électronique, le patient signe avec son eID. Bien que le patient soit présent, il ne sait pas toujours qu'il a remis sa carte d'identité électronique spécifiquement pour une inscription. Lorsque le patient signe un contrat écrit, la signature via l'eID n'est pas demandée, et le formulaire n'est pas automatiquement remis à son O.A. Il est toutefois tenu à disposition. Il arrive que le document écrit ne soit pas signé par le patient.

Il arrive que les maisons médicales désinscrivent un patient de leur propre initiative. L'explication n'est pas toujours claire. Il y a aussi des refus de désinscription malgré la demande du patient et des refus d'inscription malgré la demande explicite du patient.

Le risque de sélection des patients peut être examiné, d'une part, en vérifiant la composition des dossiers par rapport aux caractéristiques démographiques de la zone d'inscription concernée et, d'autre part, en contrôlant la charge de travail du personnel soignant en tenant compte du rapport entre les profils de soins lourds et les profils de soins moins lourds.

Double exclusivité

Un patient inscrit est obligé de consulter les dispensateurs de soins de la maison médicale pour tous les soins médicaux généraux, kinésithérapeutiques et infirmiers (en fonction de l'offre, bien sûr). Les dispensateurs de soins qui travaillent pour une maison médicale, et qui sont donc soumis au système forfaitaire, ne peuvent plus facturer de soins à l'acte. Il existe quelques exceptions (art. 15, § 2, de l'AR du 23 avril 2013) :

- pour les patients inscrits au cours du mois civil d'inscription ou du mois civil + 3 mois en cas d'option ;
- pour les patients non inscrits pendant la participation à un service de garde organisé et après autorisation de la Commission Forfait :
 - consultations dans les centres de planning familial ;

- consultations sur la prévention et le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ;
- consultations pour l'hébergement des bénéficiaires victimes de maltraitance ;
- situation particulière des bénéficiaires non inscrits résidant temporairement dans la « zone d'inscription » pendant certaines périodes de l'année.

Certaines maisons médicales ne respectent pas toujours (pleinement) la double exclusivité. Les signalements nous apprennent qu'il s'agit en partie de malentendus et en partie de problèmes plus structurels liés à la compréhension et à l'application de la double exclusivité.

Téléconsultations

Le secteur des maisons médicales travaille depuis un certain temps avec la consultation à distance. Cela s'applique à toutes les professions de santé incluses dans le forfait.

L'arrêté royal du 13 mai 2020 précise en outre que « *Pour les maisons médicales, les avis téléphoniques 101990 et 101135 sont compris dans le forfait de médecine générale. Ces codes ne peuvent donc pas être attestés aux patients inscrits. Par contre, ces codes peuvent être attestés pour les avis téléphoniques avec des patients non-inscrits.*

Pendant le service de garde de médecins généralistes, les médecins travaillant dans les maisons médicales peuvent également utiliser le code 101835 pour des patients non-inscrits dans une maison médicale.

Pour des patients, inscrits dans une maison médicale, qui reçoivent durant le service de garde organisé de médecins généralistes un avis par téléphone de la part d'un médecin qui ne preste pas dans une maison médicale, l'honoraire dû, payé au médecin n'est pas récupéré auprès de la maison médicale où le patient est inscrit. »

Lors des actions de contrôle, il a été constaté que certaines maisons médicales les attestent néanmoins pour des patients inscrits. Un nouveau règlement est en vigueur depuis le 1^{er} août 2022.

Urgence médicale

En pratique, la Commission Forfait permet également aux médecins généralistes de facturer à l'acte aux bénéficiaires non inscrits en cas d'urgence médicale.

Il a été constaté que certains médecins du secteur déclarent et facturent un volume très élevé et peu courant de telles urgences. En principe, l'urgence médicale est un phénomène rare en médecine générale, qui se produit environ 2 à 3 fois par an dans un cabinet de médecine générale.

Une clarification des règles relatives à l'urgence médicale est nécessaire, mais n'est pas aisée. L'urgence ne doit pas être invoquée parce que l'on ne veut pas enregistrer les patients et/ou parce que les patients ne veulent pas être enregistrés.

Règles d'exception de l'art. 15, § 2

L'urgence médicale est souvent utilisée pour résoudre un problème plus large lié aux règles du secteur. Les règles d'exception de l'article 15, § 2, de l'AR du 23 avril 2013 ne sont pas formulées de manière suffisamment claire et/ou sont inadéquates dans la pratique.

Services de garde

Les médecins généralistes sont inscrits dans les services de garde ou les postes médicaux de garde. La plupart d'entre eux facturent sous leur numéro de groupement, mais ce n'est pas le cas de tous. Dans ce dernier cas, c'est le médecin généraliste lui-même qui facture. On ne peut donc pas faire de distinction entre une facturation dans le cadre d'un service de garde ou d'une consultation ordinaire.

DMG

La gestion du dossier médical global (DMG) est incluse dans le forfait de médecine générale du secteur des maisons médicales. Cependant, la facturation d'un DMG pose plusieurs problèmes. Dans le cadre du système forfaitaire, les médecins peuvent toujours facturer un DMG, par exemple le mois de l'inscription (ou pendant la période d'essai). Il a été constaté que, jusqu'en 2021, il y avait en outre encore un renouvellement automatique de la gestion des DMG pour les médecins travaillant dans le système forfaitaire.

Problèmes concernant la prestation des soins

Les maisons médicales ont pour but de dispenser des soins multidisciplinaires de première ligne adaptés aux besoins des patients inscrits. Aujourd'hui, il existe certaines normes minimales d'occupation dans la convention pour les médecins généralistes (au moins 1 médecin généraliste et 0,7 ETP/1.000 patients), les kinésithérapeutes (au moins 0,3 ETP et 0,3 ETP/1.000 patients) et les infirmiers (au moins 0,5 ETP et 0,5 ETP/1.000 patients). En outre, d'autres dispensateurs de soins peuvent être actifs (par exemple, diététicien, psychologue, sage-femme, etc.). Ceux-ci sont financés – selon la maison médicale – par le forfait ou par les contributions des patients. Des violations et/ou des problèmes liés aux règles ont été constatés.

Soins de deuxième ligne dans le même complexe

Certains patients ont fait état d'une orientation claire qui compromet le libre choix.

En ce qui concerne la transparence financière, la présence de dispensateurs de soins de deuxième ligne est surtout source d'ambiguïté. Il existe un risque que les maisons médicales orientent (trop) rapidement les patients vers un dispensateur de soins de deuxième ligne, ce qui peut entraîner une surconsommation.

Rotation du personnel

Les dispensateurs de soins sont tenus d'indiquer leur lieu de travail sur ProSanté, mais cette obligation n'est assortie d'aucune sanction ni d'aucun avantage. Il n'existe donc aucun moyen de vérifier si la norme d'occupation est respectée de manière permanente/continue.

Cadre MGEF

Les médecins généralistes en formation (MGEF) sont également employés dans le secteur forfaitaire. La supervision de ces MGEF n'est pas claire. Il semblerait que les MGEF soient programmés pour de grandes parties de la journée, seuls, et que certains médecins généralistes supervisent plusieurs MGEF en même temps. Ce problème dépasse le seul secteur des maisons médicales.

Autres

Il a été constaté que certaines maisons médicales proposent des médecines alternatives dans le cadre du système forfaitaire. Cette pratique n'est pas autorisée. Il y a également des plaintes spécifiques concernant les conditions dans une maison médicale (par exemple, le manque d'hygiène) et un service médiocre (par exemple, le refus de visites à domicile alors que le contraire a été déclaré lors de l'inscription ; le refus de transfert pour les patients dans une maison de repos ; le refus de remboursement des soins qui ont eu lieu avec l'accord de la maison médicale et/ou qui ont eu lieu en dehors de la zone de non-remboursement, etc.).

Gestion et structure juridique des maisons médicales/commercialisation

Les dispensateurs de soins d'une maison médicale s'unissent dans une pratique multidisciplinaire où ils peuvent s'éloigner du financement basé sur la prestation pour consacrer le plus de temps possible aux soins des patients et adapter leur offre de soins à leurs patients de manière ciblée. La majeure partie de leur budget – outre les subventions fédérées pour leur cabinet et/ou leur infrastructure – provient des recettes des forfaits par patient. Ces forfaits sont destinés à couvrir les soins dispensés à leurs patients. Il s'agit de fonds publics provenant de l'assurance soins de santé obligatoire. Ces dernières années, nous avons toutefois observé que certaines maisons médicales se comportent de plus en plus comme des établissements commerciaux (par exemple, fusions et optimisation de la répartition des cas, rotation entre différentes maisons médicales appartenant au même groupe de propriétaires, plusieurs maisons médicales gérées par une seule personne, objectifs autres que la prestation de soins dans les statuts de la maison médicale, etc.).

2. Respect de la réglementation par les progiciels homologués

Responsable de projet CAFC : SdSS

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : action 5.3

Description :

Certaines applications destinées aux dispensateurs de soins « optimisent » la facturation, ce qui a pour conséquence que certaines prestations sont facturées sans que le dispensateur de soins en soit réellement conscient.

Dans la pratique, de nombreux problèmes se posent. À titre d'exemple, et sans entrer dans les détails, on peut citer :

- la pratique du non-affichage ou du « classement » des produits de santé par certains progiciels lors de l'utilisation de la source authentique de médicaments SAM ;
- la possibilité pour certains infirmiers de ne pas lire la carte d'identité du patient, contournant ainsi l'obligation légale ;
- la diffusion d'informations visant à optimiser l'utilisation du régime du tiers payant en contournant les dispositions légales et réglementaires applicables (N.B. l'interdiction d'utiliser le régime du tiers payant est supprimée depuis le 1^{er} janvier 2022) ;

- la non-conformité des pièces justificatives à fournir aux patients dans le cadre de la facturation électronique ;
- l'absence de remise de ces documents au patient.

Les médecins généralistes, les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers (et bientôt les sages-femmes, ainsi que de nouveaux secteurs) reçoivent des primes informatiques de l'INAMI s'ils utilisent des logiciels approuvés par la plateforme eHealth.

Ces primes informatiques sont des subventions déguisées pour les producteurs de logiciels de ces secteurs. Ils peuvent jouer un rôle essentiel dans la lutte contre la fraude. Il convient donc de les rendre aussi responsables que possible de leurs manquements en cas de fraude avérée due à une erreur de programmation.

Actions dont la planification éventuelle est déjà en cours :

- Note à la cellule politique en cours de préparation : cette note vise à fournir quelques solutions possibles qui garantiront une meilleure conformité des dispensateurs de soins et des fournisseurs de logiciels à leurs obligations.
- L'intention est de mettre l'accent dans la note non seulement sur les sanctions, mais aussi sur l'homologation (alignement sur eHealth et MyeCareNet).

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Adapter le cadre juridique : inclure les fournisseurs de logiciels dans l'article 2n ;
- Fournir un cadre juridique concluant pour l'agrément des logiciels offrant des outils de facturation dans le cadre de l'assurance soins de santé aux dispensateurs de soins, sans lien avec les primes versées à ces derniers.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

3. Délai de facturation plus court pour le régime du tiers payant

Responsable de projet CAFC : SdSS

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : action 5.2

Description :

Aujourd'hui, les dispensateurs de soins/groupements/institutions sont autorisés à facturer jusqu'à deux ans après la fin du mois au cours duquel la prestation a été effectuée.

Problématique/impact sur la fraude :

- Tant pour le suivi des décisions politiques que pour le traitement des facturations indues, une période de deux ans après la fin du mois au cours duquel les prestations ont été effectuées n'est pas très efficace.

Actions dont la planification éventuelle est déjà en cours :

- Facturation dans le cadre du régime du tiers payant : la proposition d'A.R. pour raccourcir le délai de facturation à 6 mois est proposée à toutes les commissions d'accord et de conventions.

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Approbation des commissions d'accord et de conventions sur le raccourcissement du délai de facturation dans le cadre du régime du tiers payant.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation : low – medium – high

4. Réseaux pour les soins de santé mentale

Responsable de projet CAFC : SdSS

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : aucun

Description :

La construction spécifique (asbl I.M.) pour le remboursement des soins de santé mentale n'est pas claire quant à l'identification de l'entité (hôpitaux, I.M., O.A., INAMI) responsable du contrôle et compétente pour les actions de contrôle.

Dans le cadre des soins de santé mentale, une nouvelle convention est en vigueur, à savoir le « financement des fonctions psychologiques dans le secteur des soins de première ligne ». Cette convention est une troisième forme de soins intégrés et applique de nouvelles méthodologies telles que le financement de la population soutenu par l'asbl I.M., entre autres.

Problématique/impact sur la fraude :

Le système suppose que les dispensateurs de soins indiquent eux-mêmes, dans un outil développé par l'asbl I.M., quelles prestations ils ont effectuées, à quel moment et à qui. La convention vise à ouvrir un segment limité des soins psychologiques. Un certain nombre de restrictions ont donc été imposées (par exemple, le nombre maximum de séances).

Fraude classique : il y a un accès direct, alors comment vérifier si les séances facturées ont réellement eu lieu ? (par exemple, un psychologue conventionné demande également les numéros de registre national des partenaires et des enfants et enregistre des séances fictives dans le système).

Toutefois, le financement de la population comporte également certaines exigences (par exemple, travailler avec un nombre moyen de séances) afin de garantir que le budget soit disponible tout au long de l'année pour soigner les patients ayant besoin d'aide en matière de santé mentale.

Contrôle du contenu : comment contrôler si les sessions sont effectivement utilisées pour les fonctions auxquelles elles sont destinées (par exemple, détection et intervention précoces), et non pour réduire le coût d'un traitement à long terme (les 20 premières sessions d'un trajet de psychothérapie à long terme) ?

Actions dont la planification éventuelle est déjà en cours :

- tableau de bord pour l'autorité permettant de suivre le budget ;
- contrôles a priori dans l'application de facturation pour contrôler les règles de la convention à la source ;
- clarifier qui (logiquement les O.A.) est responsable du recouvrement auprès de qui (réseau ? psychologue ?) en cas d'abus avéré dans le cadre de la nouvelle convention (calendrier : 1^{er} janvier 2024 ou 1^{er} avril 2024).

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- raccourcir les périodes de facturation, y compris hors du régime du tiers payant.
- définir clairement qui est responsable du contrôle de la convention et qui en a la compétence.
- établir des indicateurs permettant de « signaler » une éventuelle fraude et/ou une mauvaise utilisation de la convention.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

5. Vérification de la réalité : vérification électronique obligatoire de l'identité du patient comme condition pour la facturation

Responsable de projet CAFC : SdSS

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : action 5.1

Description :

- Le déploiement de la lecture de l'eID fait partie d'une vérification de la réalité. C'est important à la fois pour les soins de santé (assurer le lien avec le dossier médical correct) et dans le cadre de la sécurité sociale (prévenir l'usurpation d'identité et la facturation de prestations non effectuées / vérifier s'il y a réellement eu un contact entre le dispensateur de soins et l'assuré).
- La lecture de l'eID est en cours de déploiement, mais il existe toutes sortes de méthodes pour la contourner parmi les dispensateurs de soins où elle est déjà appliquée (infirmiers à domicile).

Problématique/impact sur la fraude :

Si les soins effectués sont liés à une autre personne qu'à celle qui les a reçus, cela pose un problème pour le suivi du patient.

- La lecture de l'eID est contournée de nombreuses manières (eID conservé par le dispensateur de soins, tournée des patients par le chauffeur, etc.). Des eID non valides sont utilisés. En l'absence d'horodatage, la date et l'heure de la lecture de l'eID peuvent être manipulées en modifiant la date et l'heure de l'ordinateur portable.

- Pour les infirmiers à domicile, il existe un seuil de 10 % de prestations pour lesquelles aucun eID n'a été lu, mais ce seuil ne sert pour l'instant que d'indicateur de la facturation de prestations potentiellement non effectuées. Il n'y a pas de sanction.

Solution à rechercher pour les contacts facturables par téléconsultation.

- Les soins non effectués mais facturés ne peuvent être évités à la source que s'il existe une méthode moins sujette à la fraude pour confirmer un contact entre le dispensateur de soins et l'assuré.

Actions dont la planification éventuelle est déjà en cours :

- Infirmiers à domicile : seuil de responsabilisation à partir de 10 % de prestations sans lecture de la puce d'une carte eID (par exemple, code-barres, Datamatrix ou saisie manuelle NISS).
- Planification du déploiement :
 - Hôpitaux : obligatoire à partir du 1^{er} avril 2024 ;
 - Dentistes : planification et déploiement à déterminer ;
 - Pharmaciens, kinésithérapeutes, médecins, sage-femmes et logopèdes : modalités et planification à déterminer.

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Évaluation du seuil de responsabilisation de 10 % pour la lecture de l'eID afin de rendre la mesure plus concluante.
- Analyse de l'identification biométrique au lieu de l'eID comme moyen alternatif à bas seuil et moins sujet à la fraude pour lier les soins facturés aux contacts réels avec l'assuré.
- Analyse de la possibilité d'horodatage eHealth.
- Évaluation de l'option de double lecture en fonction de la charge administrative supplémentaire. Une double lecture dispensateur/patient au début et à la fin permet également de connaître la durée de chaque contact et donc de constituer une approximation de la qualité et de la réalité des soins (en fonction des prestations attestées). En outre, il peut également s'agir d'un indicateur de l'efficacité de l'organisation des soins (en évitant les kilomètres inutiles entre deux contacts – par exemple, TVP). La discussion autour des visites à un ou plusieurs patients (dans les MRPA-MRS par exemple) est également éliminée ici.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

6. Dentistes : évaluation du lien entre les plaintes sur la qualité et les infractions à la loi SSI

Responsable de projet CAFC : SPF Santé publique

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : aucun

Description :

Sur le terrain (questions parlementaires, lettres de l'association professionnelle des dentistes), la DG Soins de santé du SPF Santé publique reçoit plusieurs signalements concernant un groupe de dentistes de nationalité non européenne titulaires d'un diplôme de dentisterie de l'UE qui pénètre le marché national des soins de santé et dont la qualité des soins effectués ne serait pas conforme.

D'autre part, la cellule Droits des patients reçoit de nombreux signalements faisant état de soins médiocres et de factures élevées. Il n'est pas certain qu'il s'agisse du même groupe de dispensateurs de soins.

Une étude menée dans ce cadre par l'INAMI et la DG Soins de santé montre que le problème est plus complexe que la fraude présumée aux diplômes de l'UE. Jusqu'à présent, nous n'avons aucune preuve que les diplômes délivrés sont faux. Cependant, nous n'avons aucune idée de la manière dont ils sont délivrés. Aucune université ne délivre beaucoup plus de diplômes.

L'étude susmentionnée n'indique pas non plus que les dentistes d'un État-membre spécifique de l'UE fraudent davantage que les dentistes d'autres nationalités. Le problème semble s'appliquer à l'ensemble du groupe des dentistes, et il est donc préférable d'examiner la qualité des soins et la fraude parmi les dentistes en général.

L'un des problèmes qui se posent est que, étant donné que les dentistes n'ont pas d'Ordre, il n'y a pas d'enregistrement du nombre ou de la nature des plaintes déposées contre eux. Les plaintes sont adressées à la Commission de contrôle, à la cellule Droits des patients, ainsi qu'à l'INAMI. La Commission de contrôle ne peut traiter les plaintes que si elles ont un lien avec la qualité des soins. La cellule Droits des patients ne peut intervenir que lorsqu'une médiation entre les deux parties peut être proposée.

Un aperçu de la nature et du nombre de plaintes devra d'abord être réalisé. Pour ce faire, il faut d'abord établir une collaboration pour définir le problème avant de pouvoir le traiter. La première étape devra donc consister à communiquer de manière transparente les dossiers problématiques aux services concernés.

Problématique/impact sur la fraude :

- Qualité des soins ;
- Lien avec des facturations indues.

Actions dont la planification éventuelle est déjà en cours :

- Note (PPT) au ministre ;
- Contact du ministre avec les autorités de l'État de l'UE concerné ;
- Transparence entre les services concernés sur les signalements reçus ;
- Lien entre qualité et fraude (facturation).

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Rémunération correcte et soins dentaires de qualité.
- Réduire le nombre de signalements de dentistes à la cellule Droits des patients. Il n'existe pas d'Ordre des dentistes. La Commission de contrôle ne peut pas encore imposer de sanctions disciplinaires.
- Établir un canal de communication dans un cadre juridique clair entre le SPF Santé publique et l'INAMI.
- Établir un lien entre la qualité et la fraude.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

7. Problèmes de dépendance chez les dispensateurs de soins

Responsable de projet CAFC : SPF Santé publique

Description :

Des études montrent que la dépendance aux substances addictives est plus élevée chez les professionnels de la santé que dans la population générale. Ce phénomène est lié, entre autres, à une charge de travail élevée, au stress et à des horaires de travail anormaux.

Ce problème se manifeste par la consommation de substances auxquelles les professionnels de la santé ont plus facilement accès. Par ailleurs, il existe également une problématique distincte concernant les comportements de prescription pour entretenir la dépendance d'autrui ou la rédaction de fausses attestations.

Les dossiers liés aux problèmes d'addiction représentent 50 % des dossiers de la Commission de contrôle. La Commission de contrôle souhaite donc donner la priorité à ces cas problématiques.

L'objectif est de mieux cerner le lien entre la qualité des soins et la fraude (prescriptions à soi-même ou à des collègues, surconsommation de stupéfiants) et d'agir pour dénoncer ces pratiques. Cela nécessite une bonne communication entre l'AFMPS, l'INAMI et la Commission de contrôle.

Problématique/impact sur la fraude :

- Qualité des soins ;
- Fraude : les médecins sous influence rédigent des prescriptions pour eux-mêmes.

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Cadre légal d'échange entre la Commission de contrôle et l'INAMI ;
- Sur la base du comportement de prescription, déterminer s'il y a un problème de qualité des soins ;
- Communication plus transparente entre le SPF et l'INAMI, éventuellement un portail de plaintes générique ?

8. Hygiénistes bucco-dentaires

Responsable de projet CAFC : SECM

Lien avec le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-23 : aucun

Description :

Il s'agit d'une profession paramédicale récente en Belgique (entrée dans la loi coordonnée le 29 novembre 2022).

L'exercice de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire comprend des prestations techniques autonomes de sa propre initiative, des prestations techniques sur prescription du dentiste ou du chirurgien maxillo-facial, ainsi que des actes délégués par le dentiste ou le chirurgien maxillo-facial.

Les hygiénistes bucco-dentaires possèdent un numéro INAMI depuis le 1^{er} semestre 2022, mais attestent leurs prestations à l'assurance soins de santé sous le numéro INAMI du dentiste pour lequel ils travaillent en mentionnant sur l'attestation de soins donnés leur numéro INAMI comme dispensateur auxiliaire.

Pour certains actes techniques initialement réservés aux dentistes, mais aussi autorisés aux hygiénistes bucco-dentaires, de nouveaux codes de nomenclature ont été créés et sont uniquement accessibles aux hygiénistes bucco-dentaires avec une valeur P égale à 0. Actuellement, les autres actes qu'ils sont autorisés à réaliser ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance soins de santé.

La réglementation pour les hygiénistes bucco-dentaires est très succincte.

Problématique/impact sur la fraude :

Le fait que les hygiénistes bucco-dentaires attestent sous le numéro INAMI du dentiste pour lequel ils travaillent rend le contrôle des prestations effectuées par les hygiénistes bucco-dentaires fort difficile et va théoriquement fausser les profils des dentistes (profils 2023 pas encore disponibles).

Le fait que le dentiste atteste pour l'hygiéniste bucco-dentaire facilite la fraude dans le chef du dentiste qui, pour faire baisser ses valeurs P, peut utiliser les codes destinés aux hygiénistes bucco-dentaires qui ont une valeur P égale à zéro, alors que c'est le dentiste qui effectue lui-même les prestations.

Autres résultats attendus sur lesquels la CAFC souhaite mettre l'accent :

- Amélioration du cadre légal en général : création d'un budget alloué à la profession, création d'un conseil technique spécifique et d'une convention, etc.
- Amélioration de la réglementation INAMI les concernant :
 - Attestation des prestations effectuées par l'hygiéniste bucco-dentaire sous son propre numéro INAMI, et non plus sous le numéro du dentiste ;
 - Créer des valeurs P propres aux hygiénistes bucco-dentaires ;
 - Créer des pseudo-codes pour les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement de l'assurance soins de santé, dans un souci de transparence des soins effectués.

Estimation des moyens nécessaires :

low – medium – high

Estimation de l'impact sur l'application de la réglementation :

low – medium – high

IX. Liste des abréviations

AIM	Agence intermutualiste
CAFC	Commission anti-fraude
CIN	Collège intermutualiste national
EHFCN	European Healthcare Fraud and Corruption Network
O.A.	organisme assureur
SCA	Service du contrôle administratif (INAMI)
SdSS	Service des soins de santé (INAMI)
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux (INAMI)
SSI	Soins de santé et indemnités