



## Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023

---

### Sommaire

1.	Introduction .....	3
2.	Plan d'approche.....	4
3.	Données de facturation accessibles et de qualité .....	6
3.1	Échange et gestion des données .....	6
3.2	Qualité des données de facturation des organismes assureurs.....	6
3.3	Raccourcissement du délai de facturation (numérique et ASD) .....	7
4.	Seuils financiers abusifs qui limitent l'accès aux soins .....	8
4.1	Suppléments attestés par des dispensateurs de soins conventionnés.....	8
4.2	Facturation des pseudocodes 960 en milieu hospitalier.....	8
5.	Prévenir de façon structurelle les erreurs administratives, les cas d'abus et de fraude.....	10
5.1	Lecture e-ID .....	10
5.2	Mesures connexes levée de l'interdiction tiers payant .....	10
5.3	Prévenir les erreurs de facturation au niveau des logiciels.....	12
5.4	Forfaitarisation de prestations techniques systématiques en consultation .....	13
5.5	Faciliter l'utilisation du mandat MyCareNet avec application systématique, avec l'utilisation des documents de facturation interne, pour remplacer les numéros de groupement actuels à des fins de facturation.....	14
5.6	Actions spécifiques.....	15
5.6.1	Maisons médicales .....	15
5.6.2	Risque de fraude téléconsultations et facturation numérique.....	16
6.	Suspension et radiation de dispensateurs de soins.....	17
6.1	Dispensateurs de soins qui ont été suspendus ou dont le visa a été retiré.....	17
6.2	Suivi fraude transfrontalière.....	18
7.	Fraude liée à la COVID .....	19

7.1	Dentistes (et le cas échéant, d'autres prestataires de soins).....	19
8.	Impliquer et responsabiliser les assurés et les dispensateurs de soins.....	20
8.1	Accès aux propres données de facturation pour les assurés .....	20
8.2	Activités de la Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé.....	20
8.3	Aperçu des données de facturation pour les dispensateurs de soins .....	21
9.	Audit des hôpitaux.....	23
9.1	Prothèse totale de hanche .....	23
9.2	Utilisation des lits de service de révalidation .....	24
9.3	Dialyse: glissement vers plus de dialyse péritonéale et moins d'hémodialyse (en hôpital principalement).....	24
10.	Analyses.....	25
10.1	Analyse 1 : Interventions d'imagerie sous scopie.....	25
10.2	Analyse 2 : Facturation honoraires A et C dans les services d'urgences.....	25
10.3	Analyse 3 : Soins néonataux .....	26
10.4	Analyse 4 : Suivi visites MRPA/MRS.....	27
10.5	Analyse 5 : Obstétrique .....	27

## 1. Introduction

Le présent plan d'action est soumis pour approbation au Conseil général de l'INAMI et repose sur les travaux accomplis depuis 2016.

En 2014, la Commission antifraude (CAFC) a été instituée au sein de l'INAMI (loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé) et placée sous la présidence de l'administrateur général de l'INAMI<sup>1</sup>.

À la demande de la cellule stratégique de l'ancienne ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block, l'INAMI, en collaboration avec divers partenaires comme le SPF Santé publique, les OA et d'autres encore, a élaboré deux « Plans d'action application de la législation dans les soins de santé ». Le premier concernait les années 2016 et 2017, le deuxième la période de 2018 à 2020. Les plans d'actions précités prévoyaient chaque fois plusieurs mesures structurelles pour augmenter l'efficacité et l'effectivité du contrôle, favoriser la transparence dans les soins de santé et permettre une politique proactive. Par ailleurs, les plans d'action comportaient des mesures et actions antifraude spécifiques pour favoriser l'efficacité dans les soins de santé. Ces mesures ont été élaborées par l'INAMI, le SPF Santé publique et/ou les OA. Le plan d'action 2018-2020 comprend également un important chapitre consacré à l'échange et à la gestion de données.

La CAFC a établi ces plans d'action, que le Conseil général a ensuite approuvés en date du 18 juillet 2016 (plan d'action 2016-2017) et du 4 juin 2018 (plan d'action 2018-2020).

Les plans d'action exécutaient certains objectifs en matière de contrôle qui étaient formulés dans le précédent accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014.

Le plan d'action actuel rencontre lui aussi la note de politique générale du ministre de la Santé publique et des Affaires sociales Frank Vandenbroucke, présentée à la Chambre des représentants le 20 novembre 2020 (DOC 55 1580/004). La rubrique 2.4. « Qualité, efficacité et contrôle des soins » comporte la disposition suivante :

*« Nous poursuivrons les initiatives en faveur d'une juste utilisation des moyens, ainsi que de la qualité, de l'efficacité et du contrôle des/dans les soins grâce à l'élaboration du "Plan d'action application de la législation dans les soins de santé 2021-2023", à son suivi et à sa mise en œuvre. L'élaboration du plan d'action est en cours, il sera présenté début 2021 aux organismes concernés. Dans le contexte d'un contrôle efficace, simple et transparent des hôpitaux, le SPF Santé publique, l'AFMPS et l'INAMI ont mis sur pied une Unité Audit Hôpitaux dans le cadre d'une structure de co-gouvernance. Elle réalise ainsi des audits thématiques dans les hôpitaux, pour améliorer l'efficacité des soins de santé et assurer une utilisation optimale des moyens disponibles. »*

---

<sup>1</sup> Art. 13/1 de la loi SSI du 14/07/1994

## 2. Plan d’approche

Le présent « Plan d’action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 » s’inscrit dans le cadre des activités de la Commission anti-fraude<sup>2</sup> (CAFC) :

- L’accent est mis sur les actions qui mettent en lumière la plus-value que représentent, ensemble, les différents partenaires<sup>3</sup> en matière de contrôle de la réglementation des soins de santé.
- La *lutte contre la fraude* menée par la CAFC est interprétée au sens large et ne se limite pas aux infractions intentionnelles. Les erreurs administratives et l’abus de réglementation opaque entrent également en ligne de compte<sup>4</sup> .

Sont concernés uniquement les soins de santé ; la fraude aux indemnités ne relève pas du champ d’action de ce plan. Le plan d’action prévoit de nouveau un chapitre spécifique lié à la gestion des données.

Une attention particulière est accordée à la prévention et aux mesures structurelles. Des actions relatives à l’efficacité et à l’utilisation efficace des moyens peuvent être prises mais le présent plan d’action s’accompagne en même temps d’une trajectoire budgétaire 2022-2024 avec une task force spéciale « Soins efficaces ». Des propositions en faveur de soins efficaces seront de préférence présentées à cette task force et pourront, le cas échéant, être co-développées au sein de la CAFC. Le travail sur le budget pluriannuel a donné lieu à un rapport intermédiaire qui est en cours d’élaboration. Le WGT.QA (groupe de travail Quintuple Aim) est actuellement actif à cet effet. Le groupe de travail est composé des membres du Comité de l’assurance et du Conseil général.

L’objectif de ce document, est de représenter la dynamique du plan d’action. Outre les thèmes déjà identifiés dans ce document, des activités pourront venir s’ajouter pendant la durée du Plan d’action, pour autant qu’elles aient été présentées et retenues par les membres en séance de la CAFC. Cela permet d’intervenir rapidement dans des dossiers de fraude importants ou en cas de nouveaux risques détectés.

La CAFC suit le Plan d’action, favorise l’échange d’informations entre les membres et identifie les domaines et les méthodes de travail susceptibles de créer des synergies. La CAFC peut également servir de plateforme pour le suivi des dossiers ou projets auxquels les différents membres sont associés. En aucun cas, des dossiers individuels de prestataires sont discutés au sein de la CAFC.

La structure et la méthodologie sont différentes par rapport aux plans d’action précédents.

---

<sup>2</sup> Art. 13/1 de la loi SSI

<sup>3</sup> Outre les membres de la Commission anti-fraude (SdSS, SECM, SCA et OA/CIN), le plan d’action porte également sur une collaboration avec l’AIM et le SPF Santé publique.

<sup>4</sup> Voir *Typology matrix* de l’EHFCN

Le plan d'action retient cinq thèmes qui feront l'objet d'une collaboration intensive :

- Données de facturation accessibles et de qualité
- Seuils financiers abusifs qui limitent l'accès aux soins
- Prévenir de façon structurelle les erreurs administratives, les cas d'abus et de fraude
- Suspension et radiation de dispensateurs de soins
- Fraude liée à la COVID
- Faciliter et responsabiliser l'efficacité chez les dispensateurs de soins
- Audit des hôpitaux

D'autres idées seront analysées avant que la CAFC ne statue sur une action commune. Ces idées sont rassemblées sous le point « Analyses ».

Un groupe de projet (limité) par sous-thème élabore le scope, assure le suivi des activités et le rapportage à la CAFC.

Les membres du Conseil Général trouveront donc dans ce document une description succincte de chaque point d'action et dans l'annexe la fiche de projet entière.

L'impact financier des projets mentionnés dans ce plan d'action est important, mais les résultats attendus vont au-delà. En outre, de nombreuses propositions sont structurelles et transversales, ce qui rend la mesure de l'impact complexe. Outre l'impact financier, les projets stimuleront la participation des prestataires de soins et des assurés, augmenteront l'efficacité et amélioreront la qualité des services et des soins. Compte tenu de l'importance de cet aspect, nous développons une méthodologie pour mesurer et suivre également l'impact financier des actions de sensibilisation et des changements de nomenclature.

Enfin, l'avant-projet du deuxième avenant du Contrat d'administration 2016-2018 entre l'INAMI et le gouvernement fédéral prévoit de nouveau, dans l'article 38, un rapport annuel sur le plan d'action au Comité Général de gestion de l'INAMI. Cet avant-projet de texte a été approuvé par le Comité Général de gestion de l'INAMI le 14 décembre 2020, le projet de texte a été approuvée par le Comité Général de gestion de l'INAMI le 22 février 2021.

### 3. Données de facturation accessibles et de qualité

Les données de facturation jouent un rôle essentiel dans la détection rapide de nouveaux risques, le suivi de fraudeurs connus et les mesures d'impact d'actions nationales. Il s'agit d'un suivi du plan d'action en matière de contrôle 2018-2020. L'absence d'ambiguïté, la qualité et l'accès rapide et convivial de ces données sont essentiels et devraient idéalement se greffer sur l'approche de l'Autorité des données de santé (HDA) - auquel cas l'intégration des parties prenantes dans la gouvernance de l'HDA devra être élaborée.

#### 3.1 Échange et gestion des données

Les actions concernant les données sont issues d'actions précédentes et des plans d'actions précédent. Elles s'intègrent dans une stratégie données plus large au niveau INAMI.

#### 3.2 Qualité des données de facturation des organismes assureurs

Personnes de contact	SECM, SdSS, CIN et AIM
Exposé du problème	<p>Lors de l'analyse de données de facturation demandées conformément à l'art. 138 de la loi SSI (données d'attestation avec authentification), des questions surgissent au niveau du remplissage correct des champs : données éventuellement erronées, champs non complétés, rectifications incorrectes comme le montant, le jour et le dispensateur de soins qui ne correspondent pas à l'enregistrement original, etc.</p> <p>L'objectif est d'arriver, en concertation entre l'INAMI et les OA, à une échange de données fiable afin d'effectuer des analyses correctes.</p>
Groupe cible	Action coordonnée OA/CIN/AIM
Résultat attendu	<p>Tous les organismes assureurs doivent améliorer et harmoniser leurs programmes de contrôle de saisie des données et doivent tous procéder de la même façon pour l'encodage d'une rectification.</p> <p>Les analyses de données donneront ainsi des résultats plus corrects.</p>
Calendrier	Processus continu – le groupe de travail avait une première réunion pendant le premier semestre 2021. Dans le cadre de l'exécution du plan d'action 2018-2020, une concertation a déjà eu lieu.
Moyens nécessaires	Organisation d'un groupe de travail « Qualité des données » entre l'INAMI et des représentants du CIN et de l'AIM, afin de corriger les anomalies constatées au niveau des données et afin d'effectuer les adaptations utiles en matière de qualité des données et d'usage efficace.

Les champs à améliorer en priorité sont définis par des besoins concrets (analyses, utilisation des données).

### 3.3 Raccourcissement du délai de facturation (numérique et ASD)

Personnes de contact	SECM, SdSS, SCA, CIN, OA et AIM
Exposé du problème	<p>Un délai plus court entre la prestation et la facturation est bénéfique tant pour les services de l'INAMI que pour les parties prenantes externes : suivi du budget et tendances, mesures d'impact.</p> <p>Une facturation plus rapide rend le contrôle plus facile et la fraude plus difficile.</p>
Groupe cible	Prestataires de soins et assurés sociaux
Résultat attendu	<p>Modification de la loi afin de réduire les cas de remise tardive des documents d'attestation de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- du délai légal de facturation numérique à 3 mois au maximum après le mois de prestation avec possibilité de suspension moyennant motivation.</li><li>- Limitation du paiement de l'ASD aux assurés à 6 mois après la date de prestation.</li></ul>
Calendrier	Ancrage au niveau de la législation pour fin 2023.
Moyens nécessaires	Déterminer les délais en concertation avec les différentes professions et les OA. Il faut veiller à favoriser de façon continue la facturation électronique.

## 4. Seuils financiers abusifs qui limitent l'accès aux soins

Certaines attestations indues génèrent un frein financier supplémentaire à l'accès aux soins. On s'attaquera de préférence à ces infractions.

### 4.1 Suppléments attestés par des dispensateurs de soins conventionnés

Personne de contact	SECM, SCA, CIN défense des membres, AIM service d'étude, SdSS
Exposé du problème	Nombre croissant de signalements relatifs à la facturation de suppléments par des dispensateurs de soins conventionnés
Type de dispensateurs de soins	Dispensateurs de soins (partiellement) conventionnés
Résultat attendu	ceci demande une approche diversifiée : <ul style="list-style-type: none"><li>- Adaptation du cadre légal (possibilité de sanctionner de façon spécifique, ...)</li><li>- Développement d'une approche efficace et standardisée des prestataires</li><li>- Développement d'une méthodologie pour éviter les suppléments déguisés</li><li>- Prévoir une obligation légale de communiquer certaines données (dentistes, ...)</li></ul>
Calendrier	A détailler par le groupe de projet
Moyens nécessaires	Analyse AIM/CIN (données incomplètes) Proposition d'approche OA/CIN/SECM

### 4.2 Facturation des pseudocodes 960 en milieu hospitalier

Personne de contact	SECM, AIM service d'étude, SdSS
Exposé du problème	Facturation de suppléments d'honoraires au moyen d'un pseudocode interne ou d'un pseudocode 960 en milieu hospitalier  Non-respect de la circulaire hôpitaux 2007/18 (qui explique le contexte où l'on peut utiliser des codes 960) – Reprise dans l'Accord national médico-mutualiste (2020)  Non-respect de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'article 35 §4  Exemple : coût des électrodes pour un monitoring, coût de l'utilisation d'un stéthoscope pour une consultation, sédation effectuée par un stomatologue...

Type de dispensateurs de soins Hôpitaux/prestataires de soins

Résultat attendu	Tarification claire/pas d'utilisation illégitime des pseudocodes  Mise en place d'un cadre légal plus strict pour l'utilisation des pseudocodes  Possibilité de rédiger un PV de constat (éventuellement accompagné d'une invitation au remboursement et/ou d'une sanction).
Calendrier	A détailler par le groupe de projet  Analyse juridique + aperçu de l'utilisation pour mars 2022.
Moyens nécessaires	Capacité d'analyse AIM/CIN  Capacité juridique

## 5. Prévenir de façon structurelle les erreurs administratives, les cas d'abus et de fraude

Dans plusieurs dossiers de contrôle, il est observé une systématique d'infractions trop complexe pour être appréhendée via une simple réglementation. Le but est de chercher ensemble des actions qui permettent de prévenir cette systématique de manière structurelle.

### 5.1 Lecture e-ID

Personne de contact	eHealth, CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels, SPF Finances, SPF Santé publique, organisations de patients.
Exposé du problème	Avec l'augmentation de la facturation électronique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, des mesures doivent être prises pour limiter autant que possible le nombre de prestations fictives.
Type de dispensateurs de soins	Les dispensateurs de soins qui facturent par voie électronique ainsi que les producteurs de logiciels.
Résultat attendu	Lecture eID : <ul style="list-style-type: none"><li>- Déploiement de la lecture obligatoire de l'eID dans les hôpitaux à partir du 1.1.2024, mise en place d'un planning pour les dentistes et de modalités pour les pharmaciens et les kinésithérapeutes.</li><li>- Analyse de la possibilité de prévoir un eHealth timestamping pour chaque lecture eID.</li><li>- Prévoir une identification du patient résistante à la fraude dans le cadre des téléprestations.</li></ul>
Calendrier	L'action sera mise en œuvre sur plusieurs années avec des évaluations intermédiaires semestrielles.
Moyens nécessaires	La collaboration de différents acteurs est nécessaire : eHealth, CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels, SPF Finances, SPF Santé publique, organisations de patients.

### 5.2 Mesures connexes levée de l'interdiction tiers payant

Personne de contact	CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels
---------------------	--

## Exposé du problème

Le 14 décembre 2020, le Comité de l'assurance a rendu un avis positif sur la proposition de lever l'interdiction de principe de l'application du tiers payant pour certaines prestations des médecins, dentistes et logopèdes.

Cette interdiction sera donc supprimée dans la réglementation AMI.

Pour que la levée précitée de l'interdiction s'effectue dans les meilleures conditions, les mesures connexes suivantes s'imposent :

- Mise en place de la condition de lire l'eID du patient pour pouvoir facturer une prestation par voie électronique dans le système du tiers payant (cf. fiche « Lecture eID ») ;
- Information de leurs membres par les mutualités concernant les prestations facturées à leur nom dans le système du tiers payant ;
- Fixation d'un délai de prescription plus court pour certaines prestations de santé lorsque celles-ci sont facturées dans le système du tiers payant ;
- Accord sur des directives claires à l'intention des mutualités pour les récupérations qu'elles opèrent dans le cadre du régime du tiers payant étant donné que certaines récupérations ne paraissent pas justifiées.

## Résultat attendu

Réalisation des évolutions nécessaires pour que les mutualités informent les assurés via leurs comptes de membre des prestations qui ont été facturées à leur nom dans le système du tiers payant.

Conformité de logiciels avec la réglementation concernant le régime du tiers payant et la pièce justificative pour le patient. Renforcement du contrôle de la délivrance de justificatifs aux assurés et garantie que la délivrance de ces justificatifs est toujours prévue dans les logiciels informatiques.

Lecture de l'eID du patient par les dispensateurs de soins pratiquant la facturation électronique dans le système du tiers payant (cf. fiche « Garantir une facturation électronique à l'épreuve de la fraude, conformément à la réglementation »).

Raccourcissement des délais de prescription pour le paiement de certaines prestations facturées dans le système du tiers payant.

Affinement du cadre et conditions précises dans lesquelles il est justifié ou non pour les mutualités de récupérer les sommes payées auprès des dispensateurs de soins.

Type de dispensateurs de soins	Médecins, dentistes, logopèdes, mutualités (et le Collège intermutualiste national) et firmes de logiciels informatiques.
Calendrier	Le déploiement de ces mesures doit être aligné sur le calendrier selon lequel la levée de l'interdiction du tiers payant se réalisera au Parlement.
Moyens nécessaires	La coopération de différents acteurs est requise : CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels.

### 5.3 Prévenir les erreurs de facturation au niveau des logiciels

Personne de contact	SECM, SdSS Jurreg, OA, CIN, AIM MyCareNet, eHealth
Exposé du problème	<p>Des dossiers de contrôle individuels et nationaux montrent des infractions facilitées par les logiciels sous prétexte d'un service à l'utilisateur.</p> <p>La plateforme eHealth dispose d'un système d'homologation des logiciels. L'INAMI utilise ce système comme base d'attribution des primes de télématique.</p> <p>Quant au paquet de base, chaque logiciel doit remplir les conditions de son secteur. L'interprétation des résultats est donc simple : réussite ou échec. Or, l'interprétation des résultats des modules dépend des applications (INAMI, CIN, SPF Santé Publique, ...). Ceci est défini par le responsable de l'application. Le test de ces critères se fait par RAMIT (Research in Advanced Medical Informatics and Telematics asbl) qui transmet le rapport à eHealth. La plateforme eHealth prend la décision sur la (non-)réussite pour le test.</p>
Type de dispensateurs de soins	Dispensateurs de soins qui ont un dossier médical informatisé et/ou qui facturent par voie électronique
Résultat attendu	Interdire l'optimisation automatique de la facturation dans les logiciels. Au lieu d'une optimisation préremplie, il faudrait tendre vers une démarche active du dispensateur de soins. L'objectif est de formuler des propositions d'amélioration et/ou d'adaptation des logiciels.
Calendrier	A aligner avec le contrat d'administration & lier à des moyens supplémentaires
Moyens nécessaires	<p>Concertation SdSS Jurreg, CI, SECM</p> <p>Adaptation du cadre juridique.</p>

Etudier les sanctions possibles en cas de responsabilité de la firme du logiciel au niveau de la programmation erronée.

Adaptation des instructions de facturation.

Concertation avec les partenaires externes :

- eHealth concernant les critères de base, en particulier les conditions génériques pour une facturation correcte et contrôle par OA et/ou SECM.
- CIN pour les producteurs de logiciels reconnus au niveau des processus de facturation.

#### **5.4 Forfaitarisation de prestations techniques systématiques en consultation**

Personne de contact	CIN, SdSS RDQ et direction médicale, SECM
Exposé du problème	Constat d'une variation de pratique entre médecins spécialistes, plus particulièrement pour la combinaison systématique de prestations techniques et ambulatoires.
Type de dispensateurs de soins	Médecin spécialiste (neurologues, ophtalmologues, internistes, gynécologues...)
Résultat attendu	Identifier les combinaisons de prestations techniques et consultations  Ecrire aux prestataires de soins et les confronter à leur comportement et les interroger à ce sujet  Les outliers sans explication valable seront sanctionnés et feront l'objet d'une enquête par le SECM.
Calendrier	A détailler par le groupe de projet
Moyens nécessaires	Analyse AIM interprétation experts OA

## 5.5 Faciliter l'utilisation du mandat MyCareNet avec application systématique, avec l'utilisation des documents de facturation interne, pour remplacer les numéros de groupement actuels à des fins de facturation

Personne de contact	CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels, eHealth, SPF Finances
Exposé du problème	Faciliter l'utilisation du mandat MyCareNet et affiner le règlement sur l'utilisation des documents de facturation interne, afin que ce règlement sur le mandat puisse être appliqué systématiquement dans tous les secteurs et puisse servir de substitut adéquat et convivial au remplacement des numéros de groupement actuels à des fins de facturation.
Type de dispensateurs de soins	Facturation électronique des prestataires de soins de santé
Résultat attendu	<p>Un certain nombre d'engagements d'action doivent être pris afin qu'à l'avenir, il soit possible d'établir de manière transparente dans tous les cas, par les patients, les prestataires de soins, les caisses d'assurance maladie et les organes de contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- quelles prestations ont été effectuées par quel prestataire de soins</li><li>- qui, au nom de ce prestataire de soins, a facturé quelle prestation à la mutuelle:</li><li>- qui est exactement le bénéficiaire fiscal des remboursements d'assurance versés par la mutuelle ?</li></ul> <p>En partant du constat que le numéro BCE fonctionne comme l'élément clé pour effectuer les paiements, un lien doit également être établi entre le numéro BCE et le numéro de compte bancaire sur lequel la mutuelle effectue les paiements (le numéro de compte bancaire doit appartenir au numéro BCE).</p> <p>Possibilité pour les prestataires de soins de pouvoir donner plus d'un mandat pour facturer via MyCareNet avec l'enregistrement des mandats valables et du contrôle par les OA.</p>
Calendrier	<p>Adaptation du règlement MyCareNet et du règlement AMI du 28/07/2003.</p> <p>Faire le lien entre les mandats et la facturation.</p>

Analyse du timing et des adaptations techniques concrètes pour donner plus d'un mandat MyCareNet pour fin 2022. Prendre contact avec les secteurs concernant les implications concrètes.

Moyens nécessaires

La coopération de différents acteurs est requise : CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels, eHealth, SPF Finances

## 5.6 Actions spécifiques

### 5.6.1 Maisons médicales

Personne de contact

CIN/AIM, SECM, SdSS, fédérations des maisons médicales.

Exposé du problème

La Commission Forfait a récemment été confrontée à des cas de fraude dans certaines maisons médicales. Ces cas traitent entre autres des prestataires qui, en plus de leur statut forfaitaire, continuent à facturer des prestations interdites, des publicités de « médecine gratuite » et des imprécisions sur l'emploi des forfait. Il est par conséquent proposé d'examiner, en concertation avec les représentants au sein de la commission forfait et les stakeholders externes, dans quelle mesure des maisons médicales contestées (et les services de soins à domicile qui s'y rattachent) peuvent être appréhendées et éventuellement sanctionnées.

Type de dispensateurs de soins Maisons médicales

Résultat attendu

Une vue d'ensemble et des accords avec lesquels les services peuvent mener des enquêtes sur des irrégularités et créer légalement la possibilité d'inculper réellement certaines violations.

Élaborer une politique d'application pour les maisons médicales qui détecte, contrôle et sanctionne les violations dans les domaines des finances, de l'attestation des prestations médicales (pour les médecins, les kinésithérapeutes et les infirmières), de l'éthique, de la continuité des soins et de la sélection des patients.

Calendrier

Objectif clair à définir et établir planning lors de la première réunion du groupe de travail.

Moyens nécessaires

Un plan d'approche sera défini en concertation avec les représentants dans les CC.

### 5.6.2 Risque de fraude téléconsultations et facturation numérique

Personne de contact	CIN, SECM, SdSS direction médicale et Jurreg
Exposé du problème	Une pré-analyse du CIN Datamining & Contrôle montre que les téléconsultations des généralistes seraient sensibles à la fraude. Les outliers ont été interrogés et certains dossiers ont été transmis au SECM. Le cadre prévu par l'AR 20 pour les consultations à distance dans le contexte de la pandémie de COVID sera adapté afin de réduire la vulnérabilité à la fraude, tout en utilisant ces nouvelles possibilités pour renforcer encore l'accessibilité des soins, y compris dans les zones métropolitaines et rurales, en tenant compte de la continuité et de la qualité des soins.
Type de dispensateurs de soins	prestataires utilisant la facturation tiers payant
Résultat attendu	Sensibilisation aux outliers  Approche structurelle afin de réduire le risque de fraude (rôle des assurés, programmes de facturation...)
Calendrier	A détailler par le groupe de projet
Moyens nécessaires	Analyse AIM  Interprétation experts OA

## 6. Suspension et radiation de dispensateurs de soins

Suivi commun et communication claire avec les assurés concernant les suspensions et radiations de dispensateurs de soins.

### 6.1 Dispensateurs de soins qui ont été suspendus ou dont le visa a été retiré

Personne de contact	SECM, SCA, CIN, SdSS, SPF Santé Publique (Commission de contrôle)
Exposé du problème	<p>Chaque année, des dispensateurs de soins ne respectent pas la sanction de suspension ou de radiation qui leur a été infligée (Ordre des médecins – Ordre des Pharmaciens) ou dont le visa a été retiré (Commission médicale provinciale), que ce soit en tant que dispensateur ou prescripteur.</p> <p>À l’heure actuelle, des signalements du non-respect arrivent de façon ad hoc ce qui mène à une vue limitée sur la problématique dans son ensemble. Les prestations introduites indûment ont-elles été payées ? Ont-elles été récupérées ? L’autorité de suspension est-elle au courant que le dispensateur de soins ne respecte pas la sanction ? Des démarches ont-elles été prises et si oui, lesquelles ?</p> <p>Le but est également que les dispensateurs de soins suspendus soient conscients du fait qu’ils sont suivis et qu’ils peuvent s’attendre à une réaction rapide en cas de non-respect.</p> <p>Ce suivi est important aussi pour les assurés sociaux. En effet, l’assuré social ne peut pas savoir qu’un dispensateur de soins a été sanctionné par l’Ordre ou par la Commission médicale provinciale et qu’il ne peut exercer sa profession. Ceci invalide le droit au remboursement par l’assurance maladie. De ce fait, l’assuré risque d’en pâtir (non-paiement d’ASD délivrées durant la suspension, pas de reconnaissance d’incapacité de travail du fait que l’attestation médicale vient d’un dispensateur de soins suspendu, pas de remboursement de prestations médicales prescrites, etc.). Il est également très difficile pour l’assuré de récupérer son argent du prestataire. L’assuré n’est pas informé des raisons du non-remboursement (pour le prestataire concerné), suite à la réglementation sur la protection de la vie privée.</p>
Type de dispensateurs de soins	Dispensateurs de soins suspendus
Résultat attendu	Coopération structurée entre les différents acteurs afin de permettre un suivi proactif systématique des dispensateurs de soins suspendus
Calendrier	A détailler par le groupe de projet

Moyens nécessaires	SECM, SCA, CIN, SdSS, SPF SP (DGGS/Cellule Contrôle professionnels de la santé/Commission de contrôle)
	Une information correcte et de qualité est indispensable : d'une part, qui émane des bases de données du SPF Santé publique et du Service des soins de santé, et d'autre part, une information rapide et précise provenant des organismes assureurs. Cela suppose de nouveaux investissements dans des programmes de santé en ligne. Le SPF et l'INAMI travailleront de concert au développement d'un portail interdépartemental pour les professionnels des soins de santé. Il s'agira d'intégrer différents portails afin de faciliter et de garantir l'interaction et la communication avec le dispensateur de soins.

## 6.2 Suivi fraude transfrontalière

Personne de contact	SPF Santé Publique - SECM
Exposé du problème	<p>En tant que partenaires dans le European Healthcare Fraud &amp; Corruption Network (EHFCN) le SPF Santé Publique et l'INAMI veulent collaborer à la prévention de et la lutte contre la fraude transfrontalière dans le secteur des soins de santé, où plusieurs actions ont été lancées.</p> <p>Un des trois thèmes de coopération traite l'échange d'informations des prestataires sanctionnés quand ils demandent une reconnaissance professionnelle dans un autre état membre.</p>
Type de dispensateurs de soins	Prestataires étrangers travaillant en Belgique.
Résultat attendu	<p>Echange systématique et suivi des informations reçues.</p> <p>Politique de détection et de contrôle commune.</p> <p>Impact budgétaire dans les soins de santé.</p>
Calendrier	A détailler par le groupe de projet
Moyens nécessaires	<p>SECM, SPF Santé Publique (DGGS/Cellule Contrôle des professionnels de santé).</p> <p>Participation aux réunions EHFCN.</p> <p>Renforcer la collaboration par une échange systématique de données.</p>

## 7. Fraude liée à la COVID

### 7.1 Dentistes (et le cas échéant, d'autres prestataires de soins)

Personne de contact	AIM, CIN, OA, SECM, SdSS
Exposé du problème	Pendant le dentomut du jeudi 19 novembre 2020, la banque des dentiste suggérait, suite à la présentation des dépenses réalisées jusque fin juin 2020, avec une baisse considérable des activités en mars, avril et mai, de vérifier qui continuait ses activités « normales » et s'il s'agissait bien d'une activité « réelle » (en dehors des permanences d'urgence organisées). La CAFIC va également collaborer avec le contrôle d'autres primes aux prestataires, p. ex. les primes versées par les communautés et régions.
Type de dispensateurs de soins	Dentistes et le cas échéant, d'autres prestataires de soins.
Résultat attendu	Récupération des dépenses encourues suite à des soins inutiles + baisse des dépenses grâce à une sensibilisation préventive.
Calendrier	Analyse prévue pour le 2 <sup>e</sup> semestre 2021
Moyens nécessaires	Analyse AIM.  Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des dentistes et patients.  Coordinateur datamining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.  Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.

## 8. Impliquer et responsabiliser les assurés et les dispensateurs de soins

Informers des assurés et les impliquer en donnant accès à leurs propres données de facturation.

Suivre les dispensateurs de soins via leur portfolio en exécution de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (loi de qualité) et donner la possibilité d'agir de manière efficace sur la base de leur propre comportement de facturation (vis-à-vis de leur groupe) et d'exams réalisés antérieurement auprès de leurs patients.

### 8.1 Accès aux propres données de facturation pour les assurés

Personne de contact	SdSS, SECM, CIN, OA
Exposé du problème	Ayant une vue des facturations à leur nom, l'assuré comprendra mieux le coût de certaines prestations et pourra réagir si certaines prestations sont indûment facturées.
Type de dispensateurs de soins	Assurés
Résultat attendu	Accès aux données de facturation compréhensibles pour l'Récupération des dépenses encourues suite à des soins inutiles + baisse des dépenses grâce à une sensibilisation préventive
Calendrier	A détailler par le groupe de projet
Moyens nécessaires	Proposition OA-CIN.  Développement technique et déroulement.

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

Personne de contact	SPF Santé Publique, SdSS, SECM
Exposé du problème	<p>En vue d'assurer le contrôle sur le terrain de la qualité de la pratique, une Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé (Commission de contrôle) est instituée auprès de la Direction générale Soins de santé du SPF SP.</p> <p>Le contrôle de l'aptitude physique et mentale des professionnels des soins de santé et le respect des dispositions de la nouvelle loi et des ses arrêtés d'exécution sont confiés à la Commission de contrôle.</p> <p>Il y a une nécessité de collaborer de façon standardisée entre les services fédéraux afin de renforcer la gestion de contrôle de la Commission de contrôle.</p>

Type de dispensateurs de soins Prestataires

Résultat attendu Impact sur le budget des prestations médicales suite au plus grand nombre de contrôles.

Calendrier A détailler par le groupe de projet

Moyens nécessaires SECM, SCA, CIN, SPF Santé publique (DGGS/Cellule contrôle des professionnels des soins de santé/Commission de contrôle) et AFMPS.

Participation à la commission d'experts Commission de contrôle – exécution programme de la loi de Qualité. Cette commission se compose de représentants du SPF Santé Publique et l'INAMI.

### 8.3 Aperçu des données de facturation pour les dispensateurs de soins

Personne de contact SPF Santé Publique, SdSS, SECM

Exposé du problème Si nous attendons des prestataires de soins de santé qu'ils assument la responsabilité de l'utilisation efficace des ressources, il est essentiel qu'ils aient accès à leurs propres données de facturation par rapport à une norme prédéterminée (pour des prestations spécifiques) et/ou par rapport à un groupe similaire de prestataires de soins de santé.

En outre, il est important qu'il y ait une responsabilisation du prestataire de soins de santé, de sorte qu'en cas d'écart par rapport à une norme et/ou un groupe, le prestataire de soins de santé doit justifier cet écart. Si cette exigence fait partie des éléments requis du portfolio, une procédure peut également être lancée si la justification n'est pas fournie ou est insuffisante.

Type de dispensateurs de soins Prestataires

Résultat attendu Mise à disposition annuelle systématique des profils de facturation (via une plateforme existante, éventuellement MyRiziv).

Création progressive de normes

Composition progressive des groupes

Intégration de la justification de l'écart dans le cadre du portfolio

Calendrier Analyse technique de la faisabilité de mettre à disposition de manière systématique des profils via MyRiziv (fin 2022).

2023-2023 : création des premiers groupes et normes.

Moyens nécessaires

ICT : mettre a disposition des prestataires les données de facturation existantes.

## 9. Audit des hôpitaux

Avec le SPF Santé publique et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), l'Unité Audit Hôpitaux a été créée. Celle-ci réalise des audits thématiques dans les hôpitaux afin d'accroître l'efficacité des soins de santé et d'assurer une utilisation optimale des moyens disponibles.

Les objectifs généraux de l'Unité Audit Hôpitaux sont :

- l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dispensés au citoyen
- l'optimisation de l'utilisation des fonds publics.

Ces objectifs sont ancrés dans des documents administratifs importants.

- La mesure permettant de réaliser systématiquement des audits d'hôpitaux figurait déjà dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017. Cette mesure a ensuite été développée plus avant dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020.
- Dans le cadre du « Redesign des administrations de soins de santé », la mesure a été définie comme un domaine de collaboration prioritaire avec des engagements communs concrets dans le 'Socle commun':
  - o des Contrats d'Administration de l'INAMI et du SPF Santé publique
  - o du Plan stratégique de l'AFMPS

### 9.1 Prothèse totale de hanche

Personne de contact	SPF Santé Publique – INAMI - AFMPS
Exposé du problème	<p>Dans le cadre des soins efficaces, rechercher dans quelle mesure la Belgique s'écarte à la fois en termes de comparaisons intra-nationales (référence OCDE) et internationales en ce qui concerne la pose de prothèses de hanche.</p> <p>Vérifier également dans quelle mesure les directives internationales (par exemple, en ce qui concerne la latence entre l'admission et l'interventions en cas de fractures, de consommation de sang, de politique antibiotique, ...) sont respectées.</p>
Type de dispensateurs de soins	Les autorités, l'hôpital, le patient, tous les professionnels de santé impliqués dans le trajet de soin.
Résultat attendu	Rapport d'audit et des points d'action le cas échéant.
Calendrier	2021 - 2022
Moyens nécessaires	Collaboration ad hoc avec les différents acteurs des soins de santé.

## 9.2 Utilisation des lits de service de revalidation

Personne de contact	SPF Santé Publique – INAMI - AFMPS
Exposé du problème	Utilisation des lits service revalidation (610, 620 et 630) en milieu hospitalier aigu. Profil des patients ? Comment sont mesurés les résultats des soins ?  Utilisation des services de revalidation, autres que le traitement clinique des patients ?
Type de dispensateurs de soins	Hôpitaux
Résultat attendu	Rapport d’audit et des points d’action le cas échéant.
Calendrier	2022 - 2023
Moyens nécessaires	Collaboration ad hoc avec les différents acteurs des soins de santé.

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

Personne de contact	SPF Santé Publique – INAMI – AFMPS
Exposé du problème	Le glissement visé, s’est-il réalisé ? Les recommandations du rapport KCE (2010) ont-elles entraîné un changement de comportement?  Y a-t-il encore de la marge pour un emploi plus efficace du budget ?
Type de dispensateurs de soins	Hôpitaux
Résultat attendu	Rapport d’audit et des points d’action le cas échéant.
Calendrier	2022 - 2023
Moyens nécessaires	Collaboration ad hoc avec les différents acteurs des soins de santé.

## 10. Analyses

Analyses qui doivent encore être réalisées et qui seront examinées en CAFC.

### 10.1 Analyse 1 : Interventions d'imagerie sous scopie

Personne de contact	AIM – CIN – OA - SECM
Exposé du problème	Lors d'interventions sous scopie aucune attestation d'actes d'imagerie distincts ne peut se faire (il n'y a pas de numéro séparé pour la scopie). Or, certains hôpitaux/services factureraient systématiquement des RX de la colonne vertébrale le jour d'une intervention.
Type de dispensateurs de soins	Hôpitaux
Résultat attendu	Actions à déterminer en fonction des analyses réalisées
Calendrier	D'ici la date de fin du plan d'action
Moyens nécessaires	Capacité d'analyse AIM.  Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux.  Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.  Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.

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

Personne de contact	AIM – CIN – OA – SECM
Exposé du problème	Attestation d'honoraires C malgré le fait qu'aucun médecin supplémentaire n'a été consulté. Analyse de la situation avant et après la règle interprétative en la matière.
Type de dispensateurs de soins	Prestations effectuées dans les services d'urgence des hôpitaux
Résultat attendu	Si les résultats des 4 points ci-dessous sont atteints, l'objectif est atteint. Toutefois, il est entendu que, dans un second temps, les conclusions peuvent donner lieu à diverses actions.  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Établir des variations de pratique concernant les "honoraires C" en soi</li><li>2. Déterminer le nombre, la masse, ... des "honoraires C" par rapport aux "honoraires A".</li></ol>

3. Identifier les hôpitaux dans lesquels les "honoraires C" sont attestés par un autre médecin que l'urgentiste mais où ces 2 médecins appartiennent aux mêmes disciplines.
4. Déterminer dans quelle mesure et dans quels hôpitaux un honoraire C est attesté sans honoraire A.

Calendrier	D'ici la date de fin du plan d'action
Moyens nécessaires	<p>Capacité d'analyse AIM.</p> <p>Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux.</p> <p>Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.</p> <p>Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.</p>
Collaboration	AIM – CIN – OA – SECM

### 10.3 Analyse 3 : Soins néonataux

Personne de contact	AIM – CIN – OA – SECM
Exposé du problème	<p>Des analyses de données effectuées par l'AIM montrent un impact important de la crise du corona sur le nombre d'hospitalisations en soins néonataux. La diminution des hospitalisations tant dans les services néonataux intensifs que non intensifs est frappante, que ce soit pendant les pics de COVID-19 ou durant les périodes intermédiaires.</p> <p>Si cette diminution ne s'accompagne pas d'une augmentation de la mortalité et de la morbidité périnatales, cela laisse penser qu'il y avait peut-être une surconsommation de soins néonataux avant la crise du coronavirus.</p>
Type de dispensateurs de soins	Hôpitaux disposant d'un service de soins néonataux
Résultat attendu	<p>Actions à déterminer en fonction des analyses réalisées.</p> <p>Envoi d'un courrier par le CIN data mining aux outliers afin de se renseigner au sujet des facteurs explicatifs éventuels du comportement outlier et, en l'absence de ceux-ci, renvoi au SECM.</p>
Calendrier	Date de fin du plan d'action

Moyens nécessaires	Données AIM  Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux.  Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.  Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.
--------------------	---

#### 10.4 Analyse 4 : Suivi visites MRPA/MRS

Personne de contact	IMA – CIN – OA- SECM
Exposé du problème	Une enquête précédente menée par le CIN Datamining & Contrôle a révélé que de nombreux médecins généralistes n'attestent pas correctement leurs visites aux patients en MRPA/MRS.
Type de dispensateurs de soins	Médecins généralistes
Résultat attendu	L'objectif serait de réaliser à nouveau cette enquête pour évaluer l'impact de la première analyse. Les outliers recevront un courrier et/ou leur dossier sera transmis au SECM.
Calendrier	Date de fin du plan d'action
Moyens nécessaires	Capacité d'analyse AIM.  Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des médecins généralistes et patients.  Coordinateur datamining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.  Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.

#### 10.5 Analyse 5 : Obstétrique

Personne de contact	IMA – CIN – OA- SECM
Exposé du problème	Très grande dispersion et variation de pratique en % de césarienne et de tocolyse.

Type de dispensateurs de soins Hôpitaux, gynécologues/obstétriciens et pédiatres

Résultat attendu Actions à déterminer en fonction des analyses réalisées

Calendrier Date de fin du plan d'action

Moyens nécessaires Capacité d'analyse AIM.

Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des médecins généralistes et patients.

Coordinateur datamining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.

Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.

### 3. Données de facturation accessibles et de qualité

Les données de facturation jouent un rôle essentiel dans la détection rapide de nouveaux risques, le suivi de fraudeurs connus et les mesures d'impact d'actions nationales. Il est crucial à cet égard de disposer de données univoques et de qualité, auxquelles on peut facilement et rapidement accéder. Il s'agit d'un suivi du plan d'action en matière de contrôle 2018-2020.

#### 3.1 Échange et gestion des données

Les actions concernant les données sont issues d'actions précédentes de l'INAMI et des plans d'actions précédents. Elles s'intègrent dans une stratégie données plus large au niveau INAMI.

#### 3.2 Qualité des données de facturation des organismes assureurs

<b>Auteur : SECM</b>	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Organisation d'un groupe de travail « Qualité des données » entre l'INAMI-SECM et des représentants du CIN et de l'AIM, afin de corriger les anomalies constatées au niveau des données et d'effectuer les adaptations utiles en matière de qualité des données et d'usage efficace.
<b>Definition of done</b>	<p>Il s'agit d'un projet évolutif visant à améliorer progressivement la qualité des données.</p> <p>En voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- enregistrement comptable uniforme des corrections et régularisations</li> <li>- interprétabilité des enregistrements d'un montant de 0,0 EUR (notamment soins à basse variabilité)</li> <li>- retour d'information sur des valeurs impossibles / discordantes dans certaines zones</li> <li>- complétude des données de population</li> </ul> <p>Au fur et à mesure que d'autres imprécisions seront mises en lumière lors d'analyses de l'INAMI, il en sera discuté au sein du groupe de travail.</p>
<b>Groupe cible</b>	Il s'agit de l'ensemble des OA, du CIN et de l'AIM.
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Les principaux objectifs sont l'amélioration de la qualité des données et l'utilisation plus efficace des données disponibles afin de permettre à l'INAMI-SECM d'effectuer des analyses et examens de contrôle meilleurs et plus précis.
<b>Situation financière</b>	Aucun impact financier direct, hormis la charge de travail
<b>Procédure</b>	<p>Une concertation aura lieu périodiquement (trimestriellement p. ex.) entre l'INAMI-SECM et le CIN/l'AIM.</p> <p>Lors de cette concertation, l'INAMI-SECM formulera des propositions d'amélioration basées sur les analyses de données réalisées et le CIN/l'AIM s'engageront à corriger celles-ci pour une date précise convenue.</p> <p>En outre, d'autres idées d'amélioration pourront être débattues.</p>
<b>Planification</b>	Les échéances seront déterminées par point à améliorer et fixées au sein du groupe de travail. Ce groupe de travail aura un caractère permanent et se réunira périodiquement (+/- trimestriellement).

<b>Charge de travail</b>	La charge de travail comprend, d'une part, la préparation et la participation au groupe de travail (1x/trimestre pour les représentants du CIN, de l'AIM et de l'INAMI-SECM) et, d'autre part, les travaux d'analyse des données présentant des problèmes de qualité (INAMI-SECM), ainsi que ceux relatifs à l'élaboration d'une solution pour ces problèmes (CIN) et au test des solutions proposées (INAMI-SECM).
<b>Impact financier visé</b>	Pas d'application.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	Outre ce qui a déjà été évoqué ci-dessus, en insistant sur une coopération constructive entre les différents partenaires, la qualité de l'analyse des données et celle des solutions proposées par le CIN, l'AIM et les (services informatiques des) OA seront les principaux facteurs de succès pour atteindre les objectifs.
<b>Observations diverses</b>	/

### 3.3 Raccourcissement du délai de facturation (numérique et ASD)

<b>Auteur :</b> OA/CIN- AIM – INAMI- SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	<p>Modification de la loi afin de réduire les cas de remise tardive des documents d'attestation de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitation du délai légal de facturation numérique à 3 mois au maximum après le mois de prestation avec possibilité de suspension moyennant motivation.</li> <li>- Limitation du paiement de l'ASD aux assurés à 6 mois après la date de prestation.</li> </ul>
<b>Définition de « done »</b>	Publication M.B. adaptation art. 174 loi SSI + AR par secteur
<b>Groupe cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parties prenantes externes : OA, AIM</li> <li>- Services INAMI : <ul style="list-style-type: none"> <li>o SdSS : Actuariat, Cellule Soins efficaces</li> <li>o SECM : inspecteurs sociaux, Audit Hôpitaux</li> </ul> </li> <li>- Indirectement : assurés sociaux</li> </ul>
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>Un accès rapide aux données de facturation des soins de santé est capital. La facturation s'effectue de plus en plus par voie numérique.</p> <p>Un délai plus court entre la prestation et la facturation est bénéfique tant pour les services de l'INAMI que pour les parties prenantes externes : suivi du budget et tendances, mesures d'impact.</p> <p>Une facturation plus rapide rend le contrôle plus facile et la fraude plus difficile. Cette modification de la loi renforcera le pouvoir du SECM au niveau de ses compétences de contrôle et d'évaluation de sorte que les moyens financiers de l'assurance soins de santé soient correctement utilisés.</p> <p>Ces adaptations du cadre législatif sont également particulièrement utiles pour écourter la période transitoire au moment de l'introduction de la nouvelle nomenclature (rendre aussi courte que possible la période de coexistence des systèmes de facturation entre l'ancienne et la nouvelle nomenclature).</p> <p>Pour ce qui est du délai de paiement de l'ASD aux assurés : lors d'une analyse réalisée sur les données de facturation des dentistes, il s'est avéré, en cas d'utilisation de l'ASD, que le délai entre la date de prestation et la date de réception par l'OA n'était &gt; 1 an que dans 1,7 % des cas, que le délai était &gt; 6 mois dans 5,5 % des cas et &gt; 3 mois dans 13,3 % des cas (un paiement comptant/ASD avait lieu dans 81,66 % des prestations de soins dentaires examinées).</p>
<b>Situation financière</b>	En tant qu'élément essentiel des activités d'inspection, ce projet a un impact financier indirect sur l'évitement de dépenses. Réduction du budget.
<b>Procédure</b>	1. Formulation de la modification de la loi et proposition au ministre :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiers payant : adaptation de l'art. 174, dernier alinéa pour permettre l'adaptation des délais par AR (déjà introduite via la loi dispositions diverses)</li> <li>○ ASD : limitation du paiement de l'ASD aux assurés à 6 mois après la date de prestation.</li> </ul> <p>2. Tiers payant : avis CCT et Comité de l'assurance sur la proposition de limiter à 3 mois le délai de facturation dans le tiers payant (cf. facturation infirmiers à domicile accord MyCareNet 1 mois après la prestation). ASD : avis CIN</p> <p>3. Rédaction des AR</p>
<b>Planification</b>	Cf. projet de texte contrat d'administration 2021 - art. 40 : Le SECM s'engage à soumettre les textes préparatoires de toutes les modifications de loi précitées pour approbation/ information au Comité de direction. Date limite : 30.6.2021
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier visé</b>	En tant qu'élément essentiel des activités d'inspection, ce projet a un impact financier indirect sur l'évitement de dépenses. Réduction du budget.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	
<b>Observations diverses</b>	

## 4. Seuils financiers abusifs qui limitent l'accès aux soins

Certaines attestations indues génèrent un frein financier supplémentaire à l'accès aux soins. On s'attaquera de préférence à ces infractions.

### 4.1 Suppléments attestés par des dispensateurs de soins conventionnés

<b>Auteur:</b> SECM	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Suppléments d'honoraire par les prestataires conventionnés ou partiellement déconventionnés
<b>Definition of done</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge standardisée et efficace de la problématique</li> <li>- Cadre légal plus strict pour les contrevenants</li> <li>- S'assurer que ce cadre plus strict n'entraîne pas une dérive vers « des suppléments déguisés »</li> </ul>
<b>Groupe cible</b>	Tous les prestataires de soins conventionnés ou partiellement déconventionnés
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de plaintes croissant en rapport avec la demande de suppléments par les prestataires conventionnés.</li> <li>- Impossibilité de répondre à la demande des plaignants, (pas de moyens suffisants pour enquêtes et constats(tant humains que légaux))</li> <li>- Pas de cadre légal motivant le respect des conventions de la part des prestataires</li> <li>- Aucune efficacité des mesures actuelles</li> </ul>
<b>Situation financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossible de connaître le montant concerné car n'est pas systématiquement mentionné dans les données de facturation</li> </ul>
<b>Procédure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la problématique par IMA /NIC pour le montant</li> <li>- Récolte des plaintes par le CIN défense des membres pour le fond</li> <li>- Proposition d'une méthode de travail lors d'une plainte....au niveau du SECM, au niveau de l'OA ; Traiter la plainte centralement (CIN ? IMA ?) Qui fait quoi ? quand ? Définition d'une procédure claire dans le cadre légal actuel.</li> <li>- Proposition de sanctions plus strictes sur chaque prestation ? et sur base de quelle preuve ?</li> <li>- Proposition de changement de loi avec perte immédiate du statut social lors de la première plainte..... ?</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier visé</b>	
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	OA, CIN datamining, AIM, SCA, SdSS, commissions de convention et medicomut
<b>Observations diverses</b>	

## 4.2 Facturation des pseudocodes 960 en milieu hospitalier

<b>Auteur:</b> SECM	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	<p>Suppléments d'honoraire au moyen d'un pseudocode interne ou d'un pseudocode 960 en milieu hospitalier</p> <p>Non-respect de la circulaire hôpitaux 2007/18</p> <p>Non respect de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'article 35 §4</p> <p>Exemple : coût des électrodes pour un monitoring, coût de l'utilisation d'un stéthoscope pour une consultation, sédation effectuée par un stomatologue...</p>
<b>Definition of done</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un cadre légal plus strict pour l'utilisation de tous les pseudocodes</li> <li>- Quand la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'article 35</li> </ul> <p><b>§ 4.</b> [Sauf disposition contraire dans ou en vertu de la présente loi, les honoraires couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations visées à l'article 34.]</p> <p>s'applique, pouvoir facilement dresser un constat, reprocher, et/ou exiger le remboursement et/ou sanctionner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que cela n'entraîne pas une dérive vers encore d'autres « suppléments déguisés »</li> </ul>
<b>Groupe cible</b>	Tous les prestataires de soins et particulièrement les institutions hospitalières
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>Le nombre de plaintes croissant</p> <p>Impossibilité de répondre à la demande des plaignants.</p> <p>Aucune efficacité des rappels du SECM</p> <p>Pas de cadre légal strict</p> <p>La multiplicité des pseudocodes, par centaines....</p>
<b>Situation financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accord medicomut 2020 estime à 100 à 200 millions /an ces suppléments en milieu hospitalier.</li> <li>- Nous pensons que ceci est une estimation très minimaliste</li> </ul>
<b>Procédure</b>	<p>Connaissance du terrain et des pseudocodes utilisés /analyse auprès des hôpitaux en cours (SECM)</p> <p>Evaluation de la problématique « visible » par l'IMA, le CIN (aspect financier)</p> <p>Ou par les hôpitaux eux-mêmes....</p> <p>Analyse approfondie des codes utilisés</p> <p>Constitution d'un GT du CTM a été proposé, s'assurer de la mise en œuvre et du suivi de ce groupe de travail</p> <p>Proposition d'un cadre légal strict</p> <p>Assorti de sanctions lors du non-respect</p> <p>Introduire une sanction pour la non-application de l'art. 35 §4</p>
<b>Calendrier</b>	Demande de libelle des pseudocodes aux hôpitaux actuellement en cours
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier visé</b>	
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	SECM, IMA, CIN datamining, SSdS, CTM, Les commissions de convention et medicomut...
<b>Observations diverses</b>	

## 5. Prévenir de façon structurelle les erreurs administratives, les cas d'abus et de fraude

Dans plusieurs dossiers de contrôle, il est observé une systématique d'infractions trop complexe pour être appréhendée via une simple réglementation. Le but est de chercher ensemble des actions qui permettent de prévenir cette systématique de manière structurelle.

### 5.1 Lecture e-ID

<b>Auteur :</b> INAMI	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de :</b>	
<input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Assurer une facturation électronique à l'épreuve de la fraude conformément à la réglementation.
<b>Définition de « done »</b>	Lecture eID : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déploiement de la lecture obligatoire de l'eID dans les hôpitaux à partir du 1.1.2024, mise en place d'un planning pour les dentistes et de modalités pour les pharmaciens et les kinésithérapeutes.</li> <li>- Analyse de la possibilité de prévoir un eHealth timestamping pour chaque lecture eID.</li> <li>- Prévoir une identification du patient résistante à la fraude dans le cadre des téléprestations.</li> </ul>
<b>Groupe cible</b>	Les dispensateurs de soins qui facturent par voie électronique ainsi que les producteurs de logiciels.
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Avec l'augmentation de la facturation électronique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, des mesures doivent être prises pour limiter autant que possible le nombre de prestations fictives.
<b>Situation financière</b>	Les mesures envisagées pour lutter contre la fraude et accroître la transparence des processus de facturation doivent limiter le nombre de prestations fictives.
<b>Procédure</b>	Afin de limiter les prestations fictives, la lecture obligatoire de l'eID sera étendue à d'autres secteurs.  La question de la possibilité de prévoir une identification des patients à l'épreuve de la fraude dans le contexte des prestations à distance sera également examinée. Il existe un risque accru de prestations fictives dans le contexte de prestations à distance, de sorte que des normes fonctionnelles et techniques devront être définies pour l'identification du dispensateur de soins et du patient dans le cadre de la reconnaissance de la technologie qui sera utilisée et approuvée pour ces prestations.  Outre la poursuite du déploiement de la mesure concernant la lecture de l'eID, il sera examiné, en collaboration avec eHealth, s'il est possible de renforcer la non-falsifiabilité de la lecture de l'eID une fois que l'INAMI aura procédé à une analyse des risques. Les pistes d'amélioration possibles seront examinées en concertation.
<b>Planification</b>	L'action sera mise en œuvre sur plusieurs années avec des évaluations intermédiaires semestrielles. La lecture obligatoire de l'eID sera déployée en priorité pour les dentistes, les hôpitaux, les pharmaciens et les kinésithérapeutes.
<b>Charge de travail</b>	Pour JurReg/SSG/Actua : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite de la mise en œuvre du programme de lecture de l'eID dans les AOC et CIV concernés.</li> <li>- Prévoir une consultation avec eHealth sur la possibilité envisagée de coupler un horodatage eHealth à chaque lecture d'eID.</li> </ul>

	Pour JurReg/SSG/Dir-Med : poursuite du suivi des groupes de travail téléprestations afin que l'identification des patients et des dispensateurs de soins soit organisée de manière adéquate pour le déploiement des téléprestations.
<b>Impact financier prévu</b>	Comme la mesure rend la fraude plus difficile, on réalise une économie.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	La collaboration de différents acteurs est nécessaire : eHealth, CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels, SPF Finances, SPF Santé publique, organisations de patients.
<b>Observations diverses</b>	

## 5.2 Mesures connexes levée de l'interdiction tiers payant

<b>Auteur : INAMI</b>	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Mesures connexes pour réaliser dans les meilleures conditions la levée de l'interdiction du tiers payant pour certaines prestations des médecins, dentistes et logopèdes
<b>Definition of done</b>	<p>Réalisation des évolutions nécessaires pour que les mutualités informent les assurés via leurs comptes de membre des prestations qui ont été facturées à leur nom dans le système du tiers payant.</p> <p>Conformité de logiciels avec la réglementation concernant le régime du tiers payant et la pièce justificative pour le patient. Renforcement du contrôle de la délivrance de justificatifs aux assurés et garantie que la délivrance de ces justificatifs est toujours prévue dans les logiciels informatiques.</p> <p>Lecture de l'eID du patient par les dispensateurs de soins pratiquant la facturation électronique dans le système du tiers payant (cf. fiche «Lecture eID »).</p> <p>Raccourcissement des délais de prescription pour le paiement de certaines prestations facturées dans le système du tiers payant.</p> <p>Affinement du cadre et conditions précises dans lesquelles il est justifié ou non pour les mutualités de récupérer les sommes payées auprès des dispensateurs de soins.</p>
<b>Groupe cible</b>	Médecins, dentistes, logopèdes, mutualités (et le Collège intermutualiste national) et firmes de logiciels informatiques.
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>Le 14 décembre 2020, le Comité de l'assurance a rendu un avis positif sur la proposition de lever l'interdiction de principe de l'application du tiers payant pour certaines prestations des médecins, dentistes et logopèdes.</p> <p>Cette interdiction sera donc supprimée dans la réglementation AMI.</p> <p>Pour que la levée précitée de l'interdiction s'effectue dans les meilleures conditions, les mesures connexes suivantes s'imposent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de la condition de lire l'eID du patient pour pouvoir facturer une prestation par voie électronique dans le système du tiers payant (cf. fiche « Garantir une facturation électronique à l'épreuve de la fraude, conformément à la réglementation ») ;</li> <li>- Information de leurs membres par les mutualités concernant les prestations facturées à leur nom dans le système du tiers payant ;</li> <li>- Fixation d'un délai de prescription plus court pour certaines prestations de santé lorsque celles-ci sont facturées dans le système du tiers payant ;</li> </ul>

	- Accord sur des directives claires à l'intention des mutualités pour les récupérations qu'elles opèrent dans le cadre du régime du tiers payant étant donné que certaines récupérations ne paraissent pas justifiées.
<b>Situation financière</b>	Le régime du tiers payant concerne la modalité de paiement de l'assurance obligatoire soins de santé consistant à ce que la mutualité verse directement l'intervention au dispensateur de soins.
<b>Procédure</b>	Règlement relatif aux modalités génériques et aux modalités par secteur en matière d'identification électronique du patient dans le cadre du régime de tiers payant électronique et arrêté royal rendant obligatoire la lecture de l'eID pour un secteur donné.  Ajout par les mutualités dans le compte en ligne de leurs affiliés des prestations facturées dans le régime du tiers payant.  Rédaction d'une circulaire aux OA contenant des directives en matière de récupération dont il sera discuté dans toutes les commissions d'accords ou de conventions et au Comité de l'assurance.  Arrêté royal raccourcissant le délai de prescription pour des prestations de santé à définir dans le cadre du régime du tiers payant, sur avis de la commission d'accords ou de conventions compétente ou du Comité de l'assurance en l'absence de commission compétente
<b>Planification</b>	Le déploiement de ces mesures doit être aligné sur le calendrier selon lequel la levée de l'interdiction du tiers payant se réalisera au Parlement.
<b>Charge de travail</b>	Pour Jur_Reg : - Présentation de notes respectivement à la Médicomut, la Dentomut et la Logomut concernant les mesures connexes et, le cas échéant, du projet de réglementation nécessaire et/ou de son exécution (p. ex. circulaires) - Présentation des mesures connexes finalement approuvées au Comité de l'assurance
<b>Impact financier visé</b>	Grâce aux mesures connexes précitées, les risques de facturation accrue de prestations non accomplies via un usage généralisé du tiers payant sont totalement exclus.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	La coopération de différents acteurs est requise : CIN, OA, INAMI, dispensateurs de soins, firmes de développement de logiciels.
<b>Observations diverses</b>	

### 5.3 Prévenir les erreurs de facturation au niveau des logiciels

<b>Auteur :</b> SECM	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte
<b>Objet</b>	Promouvoir une facturation correcte et prévenir les erreurs de facturation au niveau des logiciels.
<b>Définition de « done »</b>	Interdiction de l'optimisation automatique de la facturation dans les progiciels. Au lieu d'une optimisation préremplie, il faudrait tendre vers une démarche active du dispensateur de soins. Si ce critère est pris en compte dans l'agrément des logiciels, ce point pourra être considéré comme clôturé.
<b>Groupe cible</b>	Tous les dispensateurs de soins qui ont un dossier électronique et qui facturent par voie électronique.
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Les dossiers de contrôle individuels et nationaux montrent que les infractions sont facilitées par les progiciels sous prétexte d'un service à l'utilisateur. Quelques exemples concrets :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestations non effectuées facilitées par le logiciel. Par exemple dans le cas des praticiens de l'art infirmier à domicile : l'introduction de 2 prestations techniques génère automatiquement 2 prestations de base, même si les 2 prestations ont été fournies lors d'une seule séance. Cela peut entraîner la facturation à tort d'une 2<sup>e</sup> prestation de base.</li> <li>- Prestations non conformes facilitées par le logiciel. Par exemple, dans le cas des médecins généralistes, le numéro de nomenclature est automatiquement lié à l'heure à laquelle on travaille dans le dossier. Si le médecin généraliste introduit ses visites à domicile après les consultations du soir, des visites du soir sont automatiquement générées et, en cas d'inattention, celles-ci sont également facturées.</li> <li>- Contournement de la lecture de la carte d'identité grâce à la possibilité d'enregistrer les informations de la puce.</li> </ul> <p>La plateforme eHealth a mis en place un système d'homologation des progiciels sur lequel se base également l'INAMI pour l'octroi de primes télématiques éventuelles.</p> <p>En ce qui concerne le paquet de base, la plateforme eHealth établit une liste de conditions minimales pour les règles et les fonctions à mettre en œuvre dans le progiciel du secteur concerné (en concertation avec le secteur ?). Le respect et le suivi des fonctions des modules relèvent en revanche de la responsabilité des applications (INAMI, CIN, SPF Santé publique...), également appelées responsables des modules. Le test de ces critères est effectué par RAMIT (Research in Advanced Medical Informatics and Telematics vzw), et le rapport est transmis à eHealth. C'est la plateforme eHealth qui décide si le test est réussi ou non.</p> <p>En ce qui concerne le paquet de base, chaque progiciel doit remplir toutes les conditions de son secteur. L'interprétation des résultats est donc simple : réussite ou échec. L'interprétation des résultats des modules peut cependant différer selon le module. Cela est également déterminé par le responsable des modules.</p> <p>Cette liste de progiciels ayant passé le test avec succès est ensuite acceptée par les différents groupes de travail et commissions de conventions. L'INAMI se base sur ce système d'évaluation pour l'octroi de primes télématiques éventuelles. Il semble donc logique que l'INAMI puisse imposer certaines conditions à l'ensemble des progiciels en ce qui concerne la facturation correcte.</p>
<b>Situation financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attestation injustifiée de prestations non effectuées</li> <li>- Nombre d'attestations plus élevé que celui auquel on a droit en pratique</li> </ul>
<b>Procédure</b>	<p>Nécessité d'avoir un cadre générique concernant les processus de facturation pour les progiciels et une sanction éventuelle en cas de non-respect de ces conditions génériques imposées.</p> <p>Les critères de base sont fixés par eHealth, et les critères des modules supplémentaires sont de la responsabilité des applications. En ce qui concerne les processus de facturation, il s'agit de l'un des services du CIN, et cela ne peut donc se faire que via un logiciel reconnu par le CIN.</p>
<b>Planification</b>	<p>Analyse d'adaptations possibles par l'homologation de progiciels afin d'éviter les facturations erronées, de promouvoir une facturation correcte et de faciliter le contrôle de la réglementation (comme l'accès au fichier journal).</p> <p>Cela nécessite une vue d'ensemble de tous les critères applicables à toutes les disciplines.</p> <p>Formuler une proposition pour d'éventuels ajustements et/ou points d'amélioration de progiciels.</p>
<b>Impact financier prévu</b>	Moins de facturations injustifiées, d'où un impact financier favorable sur le budget.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>eHealth dans le cadre des critères de base, et plus particulièrement des conditions génériques dans le cadre d'une facturation correcte et d'un contrôle par les OA et/ou le SECM.</p> <p>CIN pour les producteurs de logiciels reconnus dans le cadre des processus de facturation.</p> <p>SdSS : possibilités de sanction si le producteur du logiciel est responsable de la facturation incorrecte.</p>

Observations diverses	
-----------------------	--

## 5.4 Forfaitarisation de prestations techniques systématiques en consultation

<b>Auteur :</b> OA/CIN	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Il est suspecté que des variations de pratique relativement importantes existent entre médecins spécialistes en ce qui concerne la combinaison (systématique) de leurs consultations ambulatoires avec des prestations techniques.
<b>Definition of done</b>	D'ici le second semestre de 2022, les variations de pratique sont inventoriées et les outliers sont interrogés. Le cas échéant, une adaptation de la nomenclature peut être proposée.
<b>Groupe cible</b>	Neurologues (EEG), ophtalmologues, ORL, spécialistes en médecine interne (ECG, échographies ou autre imagerie), gynécologues (échographies/imagerie) dans le contexte ambulatoire
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>Il est suspecté que des variations de pratique relativement importantes existent entre médecins spécialistes en ce qui concerne la combinaison (systématique) de leurs consultations ambulatoires avec des prestations techniques (cf. action SECM cardiologues - note CCMC 2020/003).</p> <p>On songe ici en premier lieu aux neurologues (EEG), ophtalmologues, ORL, spécialistes en médecine interne (ECG, échographies ou autre imagerie), gynécologues (échographies/imagerie), etc.</p> <p>Le but de cette action est d'inventorier le recours à des prestations techniques combinées à une consultation et d'identifier des outliers. Ensuite, l'intention est de confronter les médecins spécialistes à leur éventuel comportement outlier et de les interroger à ce sujet. Les outliers sans explication valable seront sanctionnés et feront l'objet d'une enquête par le SECM.</p>
<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.
<b>Procédure</b>	Analyse des données AIM. Envoi d'un courrier par le CIN data mining aux outliers afin de se renseigner au sujet des facteurs explicatifs éventuels du comportement outlier et, en l'absence de ceux-ci, renvoi au SECM.
<b>Planification</b>	2022 – S2
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	Capacité d'analyse AIM Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux. Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux hôpitaux outliers et suivi des réponses. Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.
<b>Observations diverses</b>	

## 5.5 Faciliter l'utilisation du mandat MyCareNet avec application systématique, avec l'utilisation des documents de facturation interne, pour remplacer les numéros de groupement actuels à des fins de facturation

<b>Auteur :</b> INAMI	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de :</b>	
<input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Faciliter l'utilisation du mandat MyCareNet et affiner le règlement sur l'utilisation des documents de facturation interne, afin que ce règlement sur le mandat puisse être appliqué systématiquement dans tous les secteurs et puisse servir de substitut adéquat et convivial au remplacement des numéros de groupement actuels à des fins de facturation.
<b>Définition de « done »</b>	<p>Un certain nombre d'engagements d'action doivent être pris afin qu'à l'avenir, il soit possible d'établir de manière transparente dans tous les cas, par les patients, les prestataires de soins, les caisses d'assurance maladie et les organes de contrôle</p> <p>- quelles prestations ont été effectuées par quel prestataire de soins</p> <p>Engagement d'action 1 = Obligation pour le tiers facturant mandaté de disposer de documents internes montrant que les prestations ont été effectuées, afin qu'il soit transparent pour tous quel prestataire de soins a attesté quelle prestation et qui déclare/facture ensuite cette prestation à la mutuelle au nom du prestataire de soins.</p> <p>Engagement d'action 2 = Dans le cadre du mandat MyCareNet, faire une distinction claire entre le prestataire de soins qui fait les prestations et le tiers qui les facture en introduisant une confirmation ou une certification systématique par le prestataire de soins de ses prestations avant qu'elles ne puissent être facturées.</p> <p>- qui, au nom de ce prestataire de soins, a facturé quelle prestation à la mutuelle:</p> <p>Engagement d'action 1 = Prévoir la possibilité pour un prestataire de soins de désigner plusieurs mandataires pour la facturation MyCareNet de ses prestations, afin que cet instrument réponde également aux besoins des prestataires de soins sur le terrain.</p> <p>Engagement d'action 2 = Prévoir une utilisation systématique et cohérente du mandat MyCareNet dans tous les secteurs afin qu'il soit toujours possible de déterminer exactement qui est responsable de la facturation de telle ou telle prestation.</p> <p>- qui est exactement le bénéficiaire fiscal des remboursements d'assurance versés par la mutuelle ?</p> <p>En partant du constat que le numéro BCE fonctionne comme l'élément clé pour effectuer les paiements, un lien doit également être établi entre le numéro BCE et le numéro de compte bancaire sur lequel la mutuelle effectue les paiements (le numéro de compte bancaire doit appartenir au numéro BCE).</p> <p>Possibilité pour les prestataires de soins de pouvoir donner plus d'un mandat pour facturer via MyCareNet avec l'enregistrement des mandats valables et du contrôle par les OA.</p>
<b>Groupe cible</b>	Facturation électronique des prestataires de soins de santé

<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>Par le biais d'un mandat obligatoire à la personne qui facture (et l'enregistrement + la vérification de ces mandats) sur la base des documents internes du prestataire de soins performant, les responsabilités en cas d'éventuelles violations peuvent être exprimées plus facilement.</p> <p>L'enregistrement et le contrôle du numéro de compte bancaire sur lequel le paiement a été effectué créent également une transparence sur l'entité qui a reçu le paiement de l'OA.</p> <p>Ainsi, avec les adaptations proportionnelles proposées, on peut obtenir que les patients, les caisses d'assurance maladie, ainsi que les services de contrôle puissent toujours retracer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quel prestataire de soins de santé a effectué les prestations,</li> <li>- qui, le cas échéant, a facturé les prestations pour le compte de ce prestataire de soins,</li> <li>- et, dans l'affirmative, si la personne qui a facturé les prestations avait un mandat clair du prestataire de soins pour le faire,</li> <li>- qui, en tant qu'entité qui perçoit, a reçu les remboursements d'assurance,</li> <li>- si le numéro de compte indiqué correspond à l'organisme de recouvrement.</li> </ul>
<b>Situation financière</b>	Vérification transparente des différents rôles et responsabilités dans la chaîne de facturation, vis-à-vis des patients, des prestataires de soins, des organismes assureurs et des services de contrôle.
<b>Procédure</b>	<p>Adaptation du règlement MyCareNet (protocole du 17/03/2010 qui sera remplacé par un règlement général MyCareNet) : prévoir une utilisation systématique de MyCareNet en mandatant</p> <p>Lien entre MyCareNet et les mandats enregistrés. Si un numéro INAMI n'est pas lié à un certain mandat, la facturation ne peut pas se faire.</p> <p>Les paiements ne peuvent pas être effectués sur un numéro de compte bancaire qui n'appartient pas au numéro BCE.</p> <p>Adaptation du règlement AMI du 28/07/2003 pour l'utilisation systématique des documents de facturation interne.</p>
<b>Planification</b>	<p>Adaptation du règlement MyCareNet et du règlement AMI du 28/07/2003.</p> <p>Faire le lien entre les mandats et la facturation.</p> <p>Analyse du timing et des adaptations techniques concrètes pour donner plus d'un mandat MyCareNet pour fin 2022. Prendre contact avec les secteurs concernant les implications concrètes.</p>
<b>Charge de travail</b>	<p>Supervision par le BBO/jurreg de la concertation avec eHealth, les organismes assureurs, les services d'inspection, etc., afin de présenter les changements prévus aux organes de consultation compétents, y compris le service ICT et le CSS.</p> <p>Gestion et suivi par BBO/Jurreg des développements techniques nécessaires en matière d'eHealth et de MyCareNet.</p>
<b>Impact financier prévu</b>	<p>Protection des budgets sectoriels par l'exclusion ou la restriction des constructions de facturation malveillantes.</p> <p>Promouvoir la transparence et la traçabilité dans la fourniture et la tarification des services au bénéfice des prestataires de soins et des patients.</p>
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>SdSS: juridique; adaptation du règlement MyCareNet et du règlement AMI du 28/07/2003</p> <p>MyCareNet : paiement uniquement si mandat, numéro de compte bancaire correct et (comme déjà réalisé) numéro BCE</p> <p>eHealth : offrir la possibilité de donner plus d'un mandat pour les services MyCareNet.</p> <p>Analyse du timing et des adaptations techniques concrètes pour fin 2022.</p> <p>Contacter les secteurs concernant les implications concrètes.</p> <p>SPF Finances en tant que « owner » de eMandate.</p>
<b>Observations diverses</b>	

## 5.6 Actions spécifiques

### 5.6.1 Maisons médicales

<b>Auteur :</b> OA/CIN – AIM – INAMI – SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b> <input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Contrôle des maisons médicales
<b>Définition de « done »</b>	Une vue d'ensemble et des accords avec lesquels les services peuvent mener des enquêtes sur des irrégularités et créer légalement la possibilité d'inculper réellement certaines violations. Élaborer une politique d'application pour les maisons médicales qui détecte, contrôle et sanctionne les violations dans les domaines des finances, de l'attestation des prestations médicales (pour les médecins, les kinésithérapeutes et les infirmières), de l'éthique, de la continuité des soins et de la sélection des patients.
<b>Groupe cible</b>	Maisons médicales
<b>Explication de l'action et motivation</b>	La Commission Forfait a récemment été confrontée à des cas de fraude dans certaines maisons médicales. Il est par conséquent proposé d'examiner, en concertation avec les représentants au sein des CC, sur la base d'informations purement financières (centrale des bilans, BNB), dans quelle mesure des maisons médicales contestées (et les services de soins à domicile qui s'y rattachent) peuvent être appréhendées.
<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra des constatations
<b>Procédure</b>	Un plan d'approche sera défini avec les représentants dans les CC
<b>Planification</b>	Objectif clair à définir et établir planning lors de la première réunion du groupe de travail
<b>Charge de travail</b>	<i>Estimation approximative de la charge de travail prévue, exprimée en jours-hommes</i>
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	Coopération avec la CC et le SECM.
<b>Observations diverses</b>	

### 5.6.2 Risque de fraude téléconsultations et facturation numérique

<b>Auteur :</b> OA/CIN– AIM – INAMI– SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b> <input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Pendant la crise Corona, des téléconsultations ont été créées pour permettre aux dispensateurs de soins de traiter les patients à distance. Même après la crise du coronavirus, ce nouveau type de prestations se poursuivra. Une pré-analyse du CIN Dataming & Contrôle sur les téléprestations chez des médecins généralistes montre que ces prestations pourraient être sensibles à la fraude.
<b>Definition of done</b>	D'ici le S1 2021, nous serons en mesure de formuler des recommandations pour l'implémentation définitive de téléprestations dans la nomenclature, sur la base de l'enquête décrite ci-dessous.
<b>Groupe cible</b>	Tous les dispensateurs qui ont la possibilité d'effectuer des téléprestations.
<b>Explication de l'action et motivation</b>	En 2020, le CIN Data Mining & Contrôle a déjà effectué une analyse de la facturation des téléconsultations pendant la période Covid chez les médecins généralistes. Un certain nombre d'outliers ont été interrogés et le dossier de certains d'entre eux a été transmis au SECM.  Cette analyse peut à nouveau être effectuée au niveau de tous les dispensateurs qui peuvent facturer des téléprestations au second semestre 2020. En outre elle peut

	<p>encore être affinée. D'une part, une analyse peut être faite de la charge de travail (quotidienne) des téléconsultations en combinaison avec les consultations/visites physiques de ces dispensateurs. D'autre part, la surconsommation de patients peut être cartographiée.</p> <p>Étant donné qu'il est fort probable que les téléprestations se poursuivent au-delà de la période corona, il est important de fournir autant d'informations que possible à ce sujet (par exemple, une analyse des données de facturation).</p>
<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.
<b>Procédure</b>	<p>Analyse des données AIM :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse par médecin généraliste de la facturation des téléconsultations et vérification de la charge de travail (quotidienne) de celles-ci par rapport aux consultations/visites physiques.</li> <li>2. Détecter les patients ayant une forte consommation de téléconsultations.</li> <li>3. Envoi d'un courrier par le CIN data mining aux outliers afin de se renseigner au sujet des facteurs explicatifs éventuels du comportement outlier et, en l'absence de ceux-ci, renvoi au SECM.</li> </ol>
<b>Planification</b>	2022 – S1
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>Capacité d'analyse AIM.</p> <p>Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des médecins généralistes et patients.</p> <p>Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.</p> <p>Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.</p>
<b>Observations diverses</b>	

## 6. Suspension et radiation de dispensateurs de soins

Suivi commun et communication claire avec les assurés concernant les suspensions et radiations de dispensateurs de soins.

### 6.1 Dispensateurs de soins qui ont été suspendus ou dont le visa a été retiré

<b>Auteur</b> : SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de :</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Approche intégrée des dispensateurs de soins qui ont été suspendus ou dont le visa a été retiré (update)
<b>Definition of done</b>	Suivi proactif systématique du dispensateur de soins suspendu au moyen d'une collaboration structurée entre les différents acteurs.
<b>Groupe cible</b>	<p>Les dispensateurs de soins, visés dans la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et titulaires d'un visa en vertu de cette loi, qui, malgré le retrait dudit visa (ou les conditions de maintien du visa), restent actifs dans les soins de santé (au sens de dispenser et prescrire des soins).</p> <p>En ce qui concerne les médecins et pharmaciens, la loi prévoit qu'outre le visa, l'inscription au tableau respectivement de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des pharmaciens est une autre condition pour exercer. En d'autres termes, une sanction émanant de l'Ordre peut elle aussi avoir des conséquences sur l'autorisation à pratiquer (« licence to practice »).</p> <p>Une interdiction d'exercer peut être infligée également dans le cadre d'un jugement prononcé par un juge.</p>
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>Si l'on compare avec d'autres pays européens, on peut raisonnablement admettre qu'au moins 1 % des professionnels actifs dans les soins de santé pose un problème qui nécessite une intervention de la Commission médicale provinciale.</p> <p>Chaque année, un certain nombre de dispensateurs de soins ne respectent pas leur sanction de suspension (Ordre-Commission médicale provinciale-Commission de contrôle) : ce en tant que dispensateur et/ou prescripteur.</p> <p>À l'heure actuelle, des signalements nous parviennent de façon ad hoc et nous n'avons qu'une vue limitée sur la problématique dans son ensemble. Les prestations introduites indûment ont-elles été payées ? Ont-elles été récupérées ? L'autorité de suspension est-elle au courant que le dispensateur de soins ne respecte pas la sanction ? Des démarches ont-elles été prises ?</p> <p>Le but est également que les dispensateurs de soins suspendus soient conscients du fait qu'ils sont suivis et qu'ils peuvent s'attendre à une réaction rapide en cas de non-respect.</p> <p>Ce suivi est important aussi pour les assurés sociaux. En effet, l'assuré social ne peut pas savoir qu'un dispensateur de soins a été suspendu. Or, de ce fait, il risque d'en pâtir (non-paiement d'ASD délivrées durant la suspension, pas de reconnaissance d'incapacité de travail du fait que l'attestation médicale vient d'un dispensateur de soins suspendu, pas de remboursement de prestations médicales prescrites, etc.)</p>
<b>Situation financière</b>	<p>Difficile à prédire : dépend du nombre de dispensateurs de soins en infraction et du nombre de prestations qu'ils ont effectuées. Jusqu'à présent, le nombre de dispensateurs de soins suspendus ou dont le visa a été retiré ou maintenu sous conditions, est limité (moins de 100).</p> <p>D'un autre côté, l'instauration de critères de qualité dans le but de contrôler les professionnels des soins de santé conduira inéluctablement à une hausse du nombre de dossiers que la Commission de contrôle sera amenée à traiter.</p>

<b>Procédure</b>	Suivi des informations reçues relatives aux suspensions. Collaboration structurée entre le SPF SP et l'INAMI.
<b>Planification</b>	Il s'agit d'un suivi continu basé sur les informations fournies par les autorités compétentes.
<b>Charge de travail</b>	Estimation approximative de la charge de travail prévue, exprimée en jours-hommes.
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses indues de l'AMI. Les prestations en tant que dispensateur sont déjà actuellement récupérées ; dès que la loi sera adaptée, une récupération sera également possible pour les prestations prescrites (p. ex. médicaments, kiné, etc.).
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	SECM, SCA, CIN, SdSS, SPF SP (DGGG/Cellule Contrôle professionnels de la santé/Commission de contrôle)  Une information correcte et de qualité est indispensable : d'une part, qui émane des bases de données du SPF Santé publique et du Service des soins de santé, et d'autre part, une information rapide et précise provenant des organismes assureurs. Cela suppose de nouveaux investissements dans des programmes de santé en ligne. Le SPF et l'INAMI travailleront de concert au développement d'un portail interdépartemental pour les professionnels des soins de santé. Il s'agira d'intégrer différents portails afin de faciliter et de garantir l'interaction et la communication avec le dispensateur de soins.
<b>Observations diverses</b>	En vertu de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (Loi Qualité), une Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé (Commission de contrôle) est créée. Cette Commission reprendra les missions de contrôle des Commissions médicales provinciales actuelles.  Il ne s'agit pas tant d'une instance sanctionnatrice, mais plutôt d'un organe soutenant les professionnels des soins de santé par la garantie d'une pratique de qualité, en fournissant des indications sous la forme d'un plan d'amélioration au moment où une violation des exigences de qualité est constatée.  Dans un premier temps, la Commission de contrôle sera déployée de la façon décrite dans la Loi Qualité. Dans un second temps viendra s'ajouter un volet déontologique.  L'entrée en vigueur de la Loi Qualité est reportée au 1 <sup>er</sup> juillet 2022.

## 6.2 Suivi fraude transfrontalière

<b>Auteur</b> : SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Fraude transfrontalière dans les soins de santé (suivi)
<b>Definition of done</b>	Échange systématique de données concernant les dispensateurs de soins sanctionnés et coopération renforcée entre le SPF SP et l'INAMI pour soutenir la politique de détection et de contrôle et une pratique de soins de santé de qualité.
<b>Groupe cible</b>	Dispensateurs de soins Patients
<b>Explication de l'action et motivation</b>	En tant que partenaires au sein du European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN), le SPF SP et l'INAMI souhaitent coopérer dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la fraude transfrontalière dans le secteur des soins de santé. Une série d'actions ont été mises en place à cet effet. L'un des trois thèmes de coopération concerne l'échange d'informations sur les dispensateurs de soins sanctionnés lorsqu'ils demandent la reconnaissance professionnelle dans un autre État membre.

	Il est essentiel que le SPF SP et l'INAMI unissent leurs forces pour protéger les ressources en matière de soins de santé et s'assurer qu'elles sont utilisées pour ce à quoi elles sont destinées, à savoir les soins aux patients et la protection de la santé de la population européenne.
<b>Situation financière</b>	Chaque année, environ 500 dispensateurs de soins d'autres États membres européens obtiennent une reconnaissance professionnelle en Belgique. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI constate régulièrement des fraudes commises par des dispensateurs de soins de santé étrangers. D'autre part, des dispensateurs de soins de santé belges ayant des antécédents en matière de fraude en Belgique obtiennent une reconnaissance professionnelle dans d'autres États membres.
<b>Procédure</b>	En ce qui concerne l'échange d'informations sur les dispensateurs de soins sanctionnés :  Les procédures de transfert (délais et flux) de révocations, suspensions totales ou partielles au niveau international IMI sont décrites dans les procédures opérationnelles standard.  Dans le cadre de la Directive européenne 2013/55/UE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, l'article 56a a créé un mécanisme d'alerte ou Internal Market Information (IMI), entré en vigueur dans les États membres le 16 janvier 2016. Par le biais de l'IMI, les autorités compétentes d'un État membre informent les autorités compétentes de tous les autres États membres au sujet d'un professionnel qui a fait l'objet d'une restriction ou d'une interdiction, même temporaire, par les autorités ou un tribunal nationaux, de l'exercice de tout ou partie de ses activités professionnelles.
<b>Planification</b>	Échange systématique et suivi des informations reçues  Politique de détection et de contrôle commune
<b>Impact financier prévu</b>	Impact sur le budget des soins de santé.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	SECM, SPF SP (DGGG/Cellule contrôle professionnels de la santé)  Participation aux réunions EHFCN  Renforcement de la coopération grâce à un échange de données systématique.
<b>Remarques supplémentaires</b>	Il s'agit d'échanger des informations utiles entre ses membres via les « best practices » dans le cadre de la lutte contre la fraude et la corruption, tant au niveau de la réglementation en vigueur dans les pays d'Europe que des techniques d'enquête et des instruments de mesure utilisés à cet effet.

## 7. Fraude liée à la COVID

### 7.1 Dentistes (et le cas échéant, d'autres prestataires de soins)

<b>Auteur</b> : OA/CIN- AIM – INAMI- SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b> <input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Vérifier si les prestations de dentistes qui ont continué à travailler "normalement" pendant les vagues corona ont réellement été réalisées.
<b>Definition of done</b>	Les prestations qui n'ont pas été réalisées par les dentistes pendant les vagues corona seront récupérées d'ici le S2 2023.
<b>Groupe cible</b>	Dentistes qui ont continué à prester "normalement" pendant la première vague corona.
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Lors de la dentomut du jeudi 19 novembre, à la suite de la présentation des dépenses effectuées jusqu'en juin 2020, qui montrait une forte baisse d'activité sur les mois de mars, avril et mai, le banc des dentistes a proposé de vérifier qui a poursuivi encore son activité " normalement " pendant ces mois et de s'assurer qu'il s'agissait bien d'une activité « réelle » (en dehors des permanences d'urgence organisées).
<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.
<b>Procédure</b>	Analyse des données AIM :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse par dentiste de la facturation pendant la période COVID.</li> <li>2. Envoi d'un courrier par le CIN data mining aux outliers afin de se renseigner au sujet des facteurs explicatifs éventuels du comportement outlier et, en l'absence de ceux-ci, renvoi au SECM.</li> </ol>
<b>Planification</b>	Analyse prévue pour le 2e semestre 2021
<b>Charge de travail</b>	Estimation approximative de la charge de travail prévue, exprimée en jours-hommes.
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	Capacité d'analyse AIM Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des dentistes et patients. Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses. Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.
<b>Observations diverses</b>	

## 8. Impliquer et responsabiliser les assurés et les dispensateurs de soins

Informier des assurés et les impliquer en donnant accès à leurs propres données de facturation.

Suivre les dispensateurs de soins via leur portfolio en exécution de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (loi de qualité) et donner la possibilité d'agir de manière efficace sur la base de leur propre comportement de facturation (vis-à-vis de leur groupe) et d'exams réalisés antérieurement auprès de leurs patients.

### 8.1 Accès aux propres données de facturation pour les assurés

<b>Auteur :</b> OA/CIN– AIM – INAMI– SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Les assurés se sentiront davantage concernés par les aspects financiers des soins facturés à leur nom et pourront réagir en cas des frais non justifiés.
<b>Definition of done</b>	Informier et responsabiliser les assurés en leur fournissant un aperçu compréhensible des frais des soins de santé facturés à leur nom. Ainsi, les assurés se sentiront davantage concernés par les aspects financiers des soins et pourront réagir en cas des frais non justifiés.
<b>Groupe cible</b>	Assurés
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Redesign : - Loi Qualité - Portfolio dispensateurs de soins Planning pluriannuel (task forces) : MAC-030 De l'accord gouvernemental : L'idée « accountability dans les soins » (soins justifiés et responsables) s'applique à tous les niveaux concernés : autorités, assureurs, dispensateurs de soins, institutions et citoyens, notamment pour lutter contre la surconsommation de soins et de médicaments. Des efforts seront fournis pour promouvoir le processus décisionnel EBM et renforcer l'observance thérapeutique (notamment en favorisant l'innovation technologique). La mise en oeuvre du plan e-Santé 2019-2021 se poursuit (dossier électronique du patient, dossier médical global, Patient viewer comme hub d'information pour le patient, etc.)
<b>Situation financière</b>	
<b>Procédure</b>	
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	
<b>Observations diverses</b>	

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

<b>Auteur</b> : SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b> <input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Politique de contrôle de la Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé
<b>Definition of done</b>	Collaboration formalisée entre les services fédéraux afin de soutenir la politique de contrôle de la Commission de contrôle.
<b>Groupe cible</b>	Prestataires de soins Patients
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>En vue d'assurer le contrôle sur le terrain de la qualité de la pratique, une Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé (Commission de contrôle) est instituée auprès de la Direction générale Soins de santé du SPF SP.</p> <p>Le contrôle de l'aptitude physique et mentale des professionnels des soins de santé et le respect des dispositions de la nouvelle loi et des ses arrêtés d'exécution sont confiés à la Commission de contrôle.</p> <p>La Commission de contrôle remplacera les Commissions médicales provinciales (CMP) au sein du SPF SP. Les fonctions de la Commission de contrôle seront également plus larges que celles des CMP avec, par exemple, des compétences plus étendues en matière d'inspection sur le terrain. Une analyse des risques sera réalisée afin de soutenir la politique de contrôle.</p> <p>Dans le cadre de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (Loi qualité) en général et la création de la Commission de contrôle en particulier, on plaide pour une collaboration plus intense entre les différents services fédéraux. La synergie et l'échange de données entre les différents services ne peuvent que profiter à la politique des soins de santé.</p>
<b>Situation financière</b>	
<b>Procédure</b>	<p>Identification des priorités, synergies et échange de données.</p> <p>Analyse des risques en vue de soutenir la politique de contrôle.</p>
<b>Planification</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	Impact sur le budget des prestations de santé en raison du nombre élevé de contrôles
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>SECM, SCA, CIN, SPF SP (DGGS/Cellule Contrôle professionnels de la santé/Commission de contrôle) et AFMPS</p> <p>Participation au groupe de pilotage Commission de contrôle - programme exécution Loi Qualité) Ce groupe de pilotage est composé de représentants du SPF SP et de l'INAMI.</p>
<b>Observations diverses</b>	<p>En vertu de la loi du 22 avril 2019 sur la qualité de la pratique des soins de santé (loi Qualité), une Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé (Commission de contrôle) est créée. Cette Commission de contrôle reprendra les missions des Commissions médicales provinciales actuelles.</p> <p>L'entrée en vigueur de la Loi Qualité est reportée au 1<sup>er</sup> juillet 2022.</p>

### 8.3 Aperçu des données de facturation pour les dispensateurs de soins

<b>Auteur :</b> OA/CIN– AIM – INAMI– SPF SP	
<b>La proposition s’inscrit dans le cadre de:</b> <input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Si nous attendons des prestataires de soins de santé qu'ils assument la responsabilité de l'utilisation efficace des ressources, il est essentiel qu'ils aient accès à leurs propres données de facturation par rapport à une norme prédéterminée (pour des prestations spécifiques) et/ou par rapport à un groupe similaire de prestataires de soins de santé. En outre, il est important qu'il y ait une responsabilisation du prestataire de soins de santé, de sorte qu'en cas d'écart par rapport à une norme et/ou un groupe, le prestataire de soins de santé doit justifier cet écart. Si cette exigence fait partie des éléments requis du portfolio, une procédure peut également être lancée si la justification n'est pas fournie ou est insuffisante.
<b>Definition of done</b>	Mise à disposition annuelle systématique des profils de facturation (via une plateforme existante, éventuellement MyRiziv). Création progressive de normes Composition progressive des groupes Intégration de la justification de l'écart dans le cadre du portfolio.
<b>Groupe cible</b>	Prestataires de soins
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Redesign : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Loi Qualité</li> <li>- Portfolio dispensateurs de soins</li> </ul> Planning pluriannuel (task forces) : MAC-030 De l'accord gouvernemental : L'idée « accountability dans les soins » (soins justifiés et responsables) s'applique à tous les niveaux concernés : autorités, assureurs, dispensateurs de soins, institutions et citoyens, notamment pour lutter contre la surconsommation de soins et de médicaments. Des efforts seront fournis pour promouvoir le processus décisionnel EBM et renforcer l'observance thérapeutique (notamment en favorisant l'innovation technologique). La mise en oeuvre du plan e-Santé 2019-2021 se poursuit (dossier électronique du patient, dossier médical global, Patient viewer comme hub d'information pour le patient, etc.)
<b>Situation financière</b>	
<b>Procédure</b>	Analyse technique de la faisabilité de mettre à disposition de manière systématique des profils via MyRiziv (fin 2022). 2023-2023 : création des premiers groupes et normes.
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	ICT : mettre à disposition des prestataires les données de facturation existantes.
<b>Observations diverses</b>	

## 9. Audit des hôpitaux

Avec le SPF Santé publique et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), l'Unité Audit Hôpitaux a été créée. Celle-ci réalise des audits thématiques dans les hôpitaux afin d'accroître l'efficacité des soins de santé et d'assurer une utilisation optimale des moyens disponibles.

Les objectifs généraux de l'Unité Audit Hôpitaux sont :

- l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dispensés au citoyen
- l'optimisation de l'utilisation des fonds publics.

Ces objectifs sont ancrés dans des documents administratifs importants.

- La mesure permettant de réaliser systématiquement des audits d'hôpitaux figurait déjà dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017. Cette mesure a ensuite été développée plus avant dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020.
- Dans le cadre du « Redesign des administrations de soins de santé », la mesure a été définie comme un domaine de collaboration prioritaire avec des engagements communs concrets dans le 'Socle commun':
  - o des Contrats d'Administration de l'INAMI et du SPF Santé publique
  - o du Plan stratégique de l'AFMPS

### 9.1 Prothèse totale de hanche

<b>Auteur:</b> VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Dans le cadre de soins efficaces, rechercher dans quelle mesure la Belgique s'écarte à la fois en termes de comparaisons intra-nationales (référence OCDE) et internationales en ce qui concerne la pose de prothèses de hanche. Vérifier également dans quelle mesure les directives internationales (par exemple en ce qui concerne la latence entre l'admission et l'intervention en cas de fractures, de consommation de sang, de politique antibiotique, ...) sont respectées Une partie des patients font partie des soins à basse variabilité (Sol 1 et 2) pour une première mise en place de prothèse totale de hanche en cas d'arthrose.
<b>Definition of done</b>	Publication du rapport d'audit. Et ultérieurement tenir compte des point d'actions décrits dans ce rapport d'audit
<b>Groupe cible</b>	Les autorités, l'hôpital, le patient, tous les professionnel de santé impliqués dans le trajet de soin
<b>Explication de l'action et motivation</b>	En 2017, la Belgique était dans le top 5 du nombre d'opération de prothèse totale de hanche par 100 000 habitants (source OCDE) Observer les conséquences de l'implémentation des SBV à partir de 2019
<b>Situation financière</b>	Selon le feedback financier par pathologie de la cellule technique, le montant total (comprenant le montant lié aux séjours, les honoraires à l'acte et aux forfait; les médicaments et frais divers) lié à l'APDRG 301 est de 281M€ (281 763 681 €).
<b>Procédure</b>	Nous appliquerons le processus de l'audit des hôpitaux pour un audit thématique.
<b>Calendrier</b>	Date prévue de début 6 décembre 2021 Date prévue de fin : 28 octobre 2022
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	Pas applicable, l'impact se fera sur la qualité des soins et la santé publique.

<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	Aucune ressource supplémentaire n'est requise pour l'audit. Adaptation de la nomenclature pour la prestation (e. a. préciser le côté de la prothèse) En collaboration avec le SIDU, une analyse de la revalidation et de la réinsertion professionnelle chez les patients avec une prothèse de hanche
<b>Observations diverses</b>	Non

## 9.2 Utilisation des lits de service de revalidation

<b>Auteur:</b> VI/NIC – IMA – RIZIV – FOD VG											
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte											
<b>Objet</b>	Utilisation des lits service de revalidation (610, 620 et 630) en milieu hospitalier aigu Quels sont les profils des patients dans les lits Sp (locomoteur...) et comment mesure-t-on les résultats de soins ? Quelles autres utilisations sont faites des services de revalidation que ceux prévus pour la prise en charge clinique des patients ?										
<b>Definition of done</b>	Publication du rapport d'audit. Mise en place des recommandations reprises dans la conclusion du rapport d'audit.										
<b>Groupe cible</b>	Les patients admis en revalidation, les prestataires concernés, INAMI et SPF Santé publique (aspect financement), les gestionnaires d'hôpitaux.										
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Nécessité de revoir le concept de la revalidation en milieu hospitalier compte tenu de l'évolution de la patientèle, de l'offre de soin et de son financement.										
<b>Situation financière</b>	L'évaluation du montant s'est faite sur la liste des séjours de 2018 contenant des prestations associées au service 610, 620 et 630 (données SHA). Les montants prennent en compte les prix de journées recalculés à 100%, les honoraires, les médicaments et autres montants divers.										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Service</th> <th>SUM_of_TOTAL_COST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>610</td> <td>92 173 875,16€</td> </tr> <tr> <td>620</td> <td>517 703 232,96€</td> </tr> <tr> <td>630</td> <td>211 575 085,20€</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>821 452 193,32€</b></td> </tr> </tbody> </table>	Service	SUM_of_TOTAL_COST	610	92 173 875,16€	620	517 703 232,96€	630	211 575 085,20€	<b>Total</b>	<b>821 452 193,32€</b>
Service	SUM_of_TOTAL_COST										
610	92 173 875,16€										
620	517 703 232,96€										
630	211 575 085,20€										
<b>Total</b>	<b>821 452 193,32€</b>										
<b>Procédure</b>	Nous appliquerons le processus de l'audit des hôpitaux pour un audit thématique.										
<b>Calendrier</b>	Date prévue de début 22 novembre 2022 Date prévue de fin : 29 septembre 2023										
<b>Charge de travail</b>											
<b>Impact financier prévu</b>	A évaluer en fonction de l'outcome clinique.										
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	Ressource telle que prévue dans le cadre unité audit des hôpitaux. Collaboration avec les entités fédérées. Selon les résultats de l'audit, le cas échéant, adapter la réglementation.										
<b>Observations diverses</b>											

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

<b>Auteur : OA/CIN – AIM – INAMI – SPF SP</b>	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input checked="" type="checkbox"/> accès aux soins <input checked="" type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	<p>1. L'évolution prévue vers plus de dialyse péritonéale et moins d'hémodialyse (essentiellement en milieu hospitalier) a-t-elle été suffisamment réalisée ? Il convient de se baser sur les directives KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) et sur le benchmark Eurodopps.</p> <p>2. Le financement renouvelé facilite-t-il au maximum le respect des directives KDOQI ou est-il encore possible d'utiliser le budget de manière plus efficace ?</p> <p>La conformité aux directives KDOQI dans les hôpitaux participant au référentiel de qualité Eurodopps est-elle significativement différente de celle des hôpitaux qui n'y participent pas ?</p>
<b>Definition of done</b>	<p>Publication du rapport d'audit.</p> <p>Implémentation des recommandations contenues dans les conclusions du rapport d'audit.</p> <p>Réaliser un suivi annuel ou biennuel.</p>
<b>Groupe cible</b>	Patients, dispensateurs de soins, hôpitaux
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>En 2020, les recommandations du rapport KCE ont eu 10 ans. Parmi les conclusions importantes, citons le fait que l'insuffisance rénale n'était pas définie et appliquée de manière univoque, que la dialyse péritonéale était un phénomène marginal par rapport à l'hémodialyse et que le processus de prédialyse en collaboration avec les patients et les médecins généralistes était peu ou pas développé. Entre-temps, plusieurs recommandations importantes ont été mises en œuvre (notamment un mode de financement différent par l'INAMI).</p> <p>L'objectif est de vérifier si ces recommandations ont un effet sur le changement de comportement qui est en accord avec les recommandations du KCE.</p>
<b>Situation financière</b>	<p>Dépenses / partie du budget</p> <p>Pour 2018, les dépenses se sont élevées à 420 millions d'euros pour la dialyse. En 2019, 440 millions d'euros (INAMI - Rapport standardisé secteur 14, juin 2019). 2017 : 424,454 M€ (Source : Audit permanent)</p> <p>+ Budget greffes rénales en 2017 : (APR DRG 440) 12,9 M€ (source : Cellule Technique)</p> <p>Budget total 2017 : 437,354 M€.</p>
<b>Procédure</b>	Nous appliquerons le processus d'audits des hôpitaux.
<b>Planification</b>	<p>Date de début prévue : 18 avril 2022</p> <p>Date de fin prévue : 17 février 2023</p>
<b>Charge de travail</b>	Comparable avec la charge de travail des autres audits.
<b>Impact financier prévu</b>	<p>Pas d'application ; l'impact porte principalement sur la qualité des soins et la santé publique.</p> <p>Pour le confort du patient mais aussi pour le budget, il est nécessaire d'optimiser le nombre de patient qui sont sous dialyse péritonéale.</p>
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>Avoir la possibilité de tracer un patient de manière longitudinale, spécifiquement entre les différents types de soins et prendre en compte le taux de mortalité.</p> <p>Selon les résultats de l'audit : adaptation de la réglementation ; rôle au niveau des OA ?</p>
<b>Observations diverses</b>	

## 10. Analyses

Analyses qui doivent encore être réalisées et qui seront examinées en CAFC.

### 10.1 Analyse 1 : Interventions d'imagerie sous scopie

<b>Auteur :</b> OA/CIN – AIM – INAMI – SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	
<b>Définition de « done »</b>	
<b>Groupe cible</b>	Hôpitaux
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>Lors d'interventions sous scopie, aucun acte d'imagerie distinct ne peut être attesté (il n'existe pas de numéro distinct pour la scopie). Toutefois, certains hôpitaux/services attesteraient systématiquement une radiographie de la colonne vertébrale le jour de l'intervention.</p> <p>L'objectif de l'action est donc d'inventorier les hôpitaux / dispensateurs de soins qui facturent ce cumul et d'identifier des outliers. Ensuite, l'intention est de confronter les hôpitaux à leur éventuel comportement outlier et de les interroger à ce sujet. Les outliers sans explication valable seront sanctionnés et feront l'objet d'une récupération.</p>
<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.
<b>Procédure</b>	<p><i>Analyse des données AIM :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Analyse par hôpital de la facturation lors d'interventions sous scopie - vérifier combien de fois l'acte d'imagerie distinct est attesté en même temps.</li> <li>4. Envoi d'un courrier par le CIN data mining aux outliers afin de se renseigner au sujet des facteurs explicatifs éventuels du comportement outlier et, en l'absence de ceux-ci, renvoi au SECM.</li> </ol>
<b>Planification</b>	Pour la date de fin du plan d'action
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>Capacité d'analyse AIM.</p> <p>Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux.</p> <p>Coordinateur datamining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.</p> <p>Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.</p>
<b>Observations diverses</b>	

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

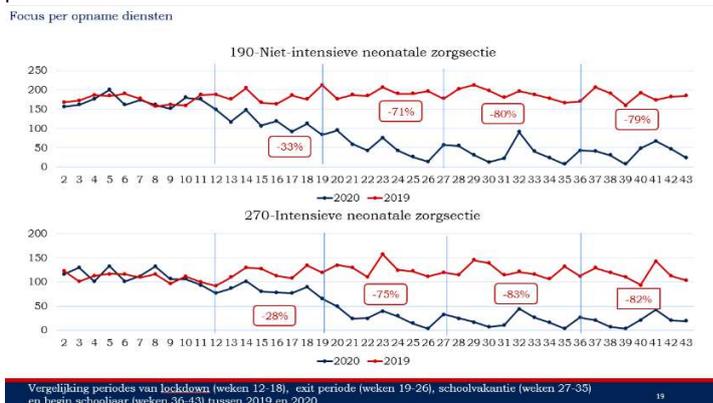
<b>Auteur :</b> OA/CIN- AIM – INAMI- SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	Enquête sur la variation des pratiques concernant les consultations des médecins spécialistes appelés par le médecin urgentiste auprès du patient dans le service d'urgences.
<b>Definition of done</b>	<p>Si les résultats des 4 points ci-dessous sont atteints, l'objectif est atteint. Toutefois, il est entendu que, dans un second temps, les conclusions peuvent donner lieu à diverses actions.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir des variations de pratique concernant les "honoraires C" en soi</li> <li>2. Déterminer le nombre, la masse, ... des "honoraires C" par rapport aux "honoraires A".</li> <li>3. Identifier les hôpitaux dans lesquels les "honoraires C" sont attestés par un autre médecin que l'urgentiste mais où ces 2 médecins appartiennent aux mêmes disciplines.</li> <li>4. Déterminer dans quelle mesure et dans quels hôpitaux un honoraire C est attesté sans honoraire A.</li> </ol>
<b>Groupe cible</b>	Prestations effectuées dans les services d'urgences des hôpitaux
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>En principe, tout patient qui se présente dans un service d'urgence doit être évalué par un médecin urgentiste. Ce dernier va attester une "consultation d'urgence" qui est parfois aussi appelée "honoraire A".</p> <p>Il se peut que le médecin urgentiste ait besoin de l'avis d'un autre médecin-spécialiste (spécialiste d'organe) et qu'il fasse ensuite évaluer le patient par ce médecin dans le service d'urgence même. Ce médecin appelé peut attester un "honoraire de consultation", parfois appelé honoraire C.</p> <p><b>PARTIE A</b> Cependant, certaines observations sont faites sur le terrain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dans un certain nombre d'hôpitaux, le médecin-spécialiste de garde est de la même discipline que le médecin urgentiste. La question se pose de savoir quelle en est la valeur ajoutée.</li> <li>2. Dans un certain nombre d'hôpitaux, un honoraire A et un honoraire C sont attestés pour presque tous les patients. Cela contraste avec le fait que les médecins urgentistes peuvent traiter la plupart des patients de manière indépendante.</li> </ol> <p><b>PARTIE B</b> En principe, un honoraire C ne peut être attesté que si un honoraire A est également attesté. Toutefois, à l'époque, une règle interprétative a été publiée selon laquelle, dans des cas exceptionnels et s'il existe des directives/accords clairs dans le service des urgences, cela est autorisé. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour chaque patiente présentant des troubles gynécologiques, un gynécologue est immédiatement appelé : honoraires C du gynécologue sans honoraires A d'un autre médecin du service d'urgence</li> <li>- tout patient se présentant au service avec une parésie ou une paralysie soudaine est immédiatement vu par le neurologue. Attestation d'un honoraire C pour le neurologue, pas d'attestation de l'honoraire A.</li> </ul> <p>Dans ces cas précis, il se peut qu'un honoraire A soit attesté après tout, ce qui implique en principe une surconsommation.</p> <p><small>Règle interprétative 23 QUESTION Dans quelles circonstances des honoraires A et C (article 25, § 3bis) peuvent-ils être attestés dans la fonction de soins urgents spécialisés ? RÉPONSE Des honoraires A pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient peuvent uniquement être attestés si le médecin de permanence effectue réellement une anamnèse et un examen clinique. Pour de simples tri et renvoi, aucun honoraire A ne peut être attesté. Les honoraires C pour un examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés par un médecin "appelé par un médecin qui assure la permanence" sont attestés par un médecin qui n'assure pas la permanence. Il peut être appelé après un examen par</small></p>

	<p>le médecin de permanence ou après un tri ou à la suite d'un "ordre permanent" du chef de service ou du médecin de permanence qui définit clairement les circonstances du renvoi. Après un renvoi au moyen d'un simple tri ou d'un ordre permanent, aucun honoraire A ne peut être attesté. Date du moniteur : 10/03/2016 Date de prise d'effet : 01/07/2007 Articles : 25 ; 25 § 3bis ; Numéro de nomenclature.</p> <p>Remarque : Le 12 octobre 2021, le groupe de travail "Général" du CTM tiendra sa première réunion sur la nomenclature des soins d'urgence.</p>
<b>Situation financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficile à prévoir: cela dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.</li> <li>- Contacter les outliers via le SECM.</li> <li>- Fournir des arguments supplémentaires pour changer la nomenclature afin d'éviter des dépenses supplémentaires à l'avenir.</li> </ul>
<b>Procédure</b>	<p>Analyse des données AIM :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Analyse de la facturation des honoraires C et A par les hôpitaux <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Chez combien de patients un honoraire C est-il attesté, budget,...</li> <li>b. Évaluation des variations de pratiques : dans quels hôpitaux les honoraires C sont-ils nombreux ou toujours attestés ?</li> <li>c. Chercher à savoir dans quels hôpitaux les honoraires A et C sont facturés par un médecin de la même discipline (est une forme de financement injustifié des médecins urgentistes).</li> <li>d. Déterminer dans combien de cas les hôpitaux ne facturent pas d'honoraire C mais facturent une consultation externe (parce que cette dernière a un honoraire plus élevé).</li> </ol> </li> <li>6. Contacter les outliers par le CIN en leur demandant une explication éventuelle de leur comportement outlier, et en l'absence d'explication, transmettre au SECM + en cas d'attestation de C + A par le médecin même discipline: demander quelle était la valeur ajoutée et la finalité.</li> </ol>
<b>Planification</b>	Pour la date de fin du plan d'action
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>Capacité d'analyse AIM</p> <p>Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux.</p> <p>Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.</p> <p>Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.</p>
<b>Observations diverses</b>	

### 10.3 Analyse 3 : Soins néonataux

<b>Auteur :</b> OA/CIN	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	
<b>Définition de « done »</b>	
<b>Groupe cible</b>	Hôpitaux disposant d'un service de soins néonataux
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Des analyses de données effectuées par l'AIM montrent un impact important de la crise du coronavirus sur le nombre d'hospitalisations en soins néonataux. La diminution des hospitalisations tant dans les services néonataux intensifs que non

intensifs est frappante, que ce soit pendant les pics de COVID-19 ou durant les périodes intermédiaires.



Si cette diminution ne s'accompagne pas d'une augmentation de la mortalité et de la morbidité périnatales, cela laisse penser qu'il y avait peut-être une surconsommation de soins néonataux avant la crise du coronavirus.

Avant la crise du coronavirus, environ 13 % des nourrissons nés vivants (soit plus de 1 sur 8) étaient admis dans un service de néonatalogie (N\*) ou dans un service CIN (rapport annuel SPE et CEpiP 2017 ; données MC 2018). Il existe des différences géographiques significatives dans le pourcentage de nourrissons nés vivants admis en N\* ou CIN.

Les analyses préliminaires (données MC 2018) montrent par ailleurs de grandes variations entre hôpitaux en ce qui concerne :

- le % de nouveau-nés admis dans un service CIN
- le % de nouveau-nés admis dans une fonction N\*

Parmi les enfants nés par césarienne, la proportion admise dans une fonction N\* dans certains hôpitaux atteint les 70 %, et les 42 % dans un service CIN. Parmi les bébés nés par voie vaginale, jusqu'à 21 % sont admis dans un département N\* dans certains hôpitaux, et jusqu'à 15 % dans un service CIN.

Depuis des années, les centres d'études dénoncent le recours abusif aux soins néonataux hautement spécialisés (voir, entre autres, les rapports annuels SPE 2012-2018, le baromètre hospitalier MC 2019). D'autres sources donnent également des indications claires sur le recours abusif aux soins néonataux hautement spécialisés (coûteux) en Belgique (par exemple, NRZV/D/273-2 de 2006 : « Un grand nombre d'admissions NIC ne répondraient pas, en réalité, aux critères de soins intensifs néonataux, et le faible taux d'occupation de certains services NIC serait complété par des admissions qui relèvent plutôt de la fonction néonatale N\* . »

Le but de l'action est donc de confronter et d'interroger les hôpitaux sur leur éventuel comportement relatif aux outliers. Les outliers sans explication valable seront sanctionnés et feront l'objet d'une récupération.

<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.
<b>Procédure</b>	Analyse des données AIM : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse, par hôpital, de la facturation de numéros de code de la nomenclature spécifiques par rapport au nombre de nouveau-nés 1) méthodes d'accouchement considérées comme agrégées, 2) accouchement par voie vaginale (424012-424023 ; 423010-423021) et césarienne (424093-424104), distinct</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 000000-596326 (Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un malade hospitalisé dans un service agréé de néonatalogie intensive (service NIC), y compris la permanence pour le service NIC : le 1<sup>er</sup> jour)</li> <li>○ 000000-596223 (Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie d'un malade hospitalisé dans un service agréé de néonatalogie intensive (service NIC), y compris la permanence pour le service NIC : le 1<sup>er</sup> jour)</li> <li>○ 000000-596120 (Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un nouveau-né séjournant dans une fonction N* couplée à une hospitalisation de la mère dans un service M ou à une hospitalisation du nouveau-né dans un service E : pour l'ensemble des examens, du premier jour, par jour)</li> <li>○ 000000-596024 (Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie d'un nouveau-né séjournant dans une fonction N* couplée à une hospitalisation de la mère dans un service M ou à une hospitalisation du nouveau-né dans un service E : pour l'ensemble des examens, du premier jour, par jour)</li> <li>○ 000000-599303 (Honoraires pour le médecin spécialiste en pédiatrie qui surveille le patient nouveau-né durant son transfert vers un service NIC d'un autre établissement hospitalier)</li> </ul> <p>- Couplage éventuel de ces données de facturation avec la morbidité (et la mortalité) de l'enfant (et de la mère).</p> <p>En marge de cela, on peut également chercher à savoir s'il existe des hôpitaux dans lesquels :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. on observe une discordance entre l'utilisation du code service pour CIN (et N* ?), d'une part, et la facturation des honoraires, d'autre part</li> <li>2) une nomenclature CIN est facturée et qui ne disposent pas d'un service CIN.</li> </ol> <p>Envoi d'un courrier par le CIN data mining aux outliers afin de se renseigner au sujet des facteurs explicatifs éventuels du comportement outlier et, en l'absence de ceux-ci, renvoi au SECM.</p>
<b>Planification</b>	Pour la date de fin du plan d'action
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	Capacité d'analyse AIM. Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux. Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses. Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.
<b>Observations diverses</b>	

## 10.4 Analyse 4 : Suivi visites MRPA/MRS

<b>Auteur</b> : OA/CIN– AIM – INAMI– SPF SP	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	
<b>Definition of done</b>	
<b>Groupe cible</b>	Médecins généralistes qui attestent des visites aux patients en MRPA/MRS.
<b>Explication de l'action et motivation</b>	Une enquête précédente menée par le CIN Datamining & Contrôle a révélé que de nombreux médecins généralistes n'attestaient pas correctement leurs visites aux patients en MRPA/MRS. Une trentaine de médecins généralistes ont été interrogés.

	<p>En outre, des lettres d'information ont été envoyées aux médecins généralistes ayant commis plus de deux erreurs d'attestation par semaine et des lettres de félicitations aux médecins généralistes ayant attesté de manière tout à fait correcte.</p> <p>L'objectif serait de réaliser à nouveau cette enquête pour évaluer l'impact de la première analyse. Les outliers recevront un courrier et/ou leur dossier sera transmis au SECM.</p>
<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.
<b>Procédure</b>	<p>Analyse des données AIM :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse des visites de médecins généralistes chez les patients en MRPA/MRS.</li> <li>2. Envoi d'un courrier par le CIN data mining aux outliers afin de se renseigner au sujet des facteurs explicatifs éventuels du comportement outlier et, en l'absence de ceux-ci, renvoi au SECM.</li> </ol>
<b>Planification</b>	Pour la date de fin du plan d'action
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>Capacité d'analyse AIM</p> <p>Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des médecins généralistes et patients.</p> <p>Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.</p> <p>Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.</p>
<b>Observations diverses</b>	

## 10.5 Analyse 5 : Obstétrique

<b>Auteur :</b> OA/CIN	
<b>La proposition s'inscrit dans le cadre de:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> facturation correcte (erreurs administratives, abus, fraude) <input type="checkbox"/> accès aux soins <input type="checkbox"/> mesures structurelles visant à favoriser une facturation correcte	
<b>Objet</b>	
<b>Definition of done</b>	
<b>Groupe cible</b>	Hôpitaux, gynécologues/médecins accoucheurs et pédiatres
<b>Explication de l'action et motivation</b>	<p>On connaît depuis longtemps la très grande dispersion et la variation de pratiques en pourcentage entre les hôpitaux concernant les césariennes.</p> <p>Il existe également des indications de variations de pratiques importantes concernant l'utilisation de la tocolyse prolongée dans le contexte d'une menace d'accouchement prématuré. Et ce, malgré l'absence de preuve scientifique qu'elle mène à un meilleur résultat et malgré le coût élevé pour la société (coût des médicaments + coût de l'hospitalisation).</p> <p>Il existe également une suspicion de variation significative de pratiques en termes de nombre de consultations et d'exams prénataux (par exemple, échographie) (voir également pour les directives : Rapports KCE 326A (2019), Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque + Rapports KCE 248A (2015), Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ?), et le nombre de déclenchements du travail d'accouchement.</p>

	<p>On ne sait pas clairement si chaque hôpital comprend de la même manière ce qu'est une grossesse à risque nécessitant la présence d'un pédiatre dans la salle d'accouchement (ce qui conduit à soupçonner des variations de pratiques dans ce cadre entre les hôpitaux sans que cela ne puisse s'expliquer).</p> <p>Le but de l'action est donc de confronter et d'interroger les hôpitaux/dispensateurs de soins sur leur éventuel comportement relatif aux outliers. Les outliers sans explication valable seront sanctionnés et feront l'objet d'une récupération.</p>
<b>Situation financière</b>	Difficile à prédire : dépendra du nombre d'outliers et de leur consommation pour laquelle il n'y a pas d'explication.
<b>Procédure</b>	<p>Analyse des données AIM (le cas échéant, en tenant compte également du système des soins à basse variabilité) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Analyse, par hôpital, de la facturation de numéros de code de la nomenclature spécifiques par rapport au nombre de nouveau-nés 1) méthodes d'accouchement considérées comme agrégées, 2) accouchement par voie vaginale (424012-424023 ; 423010-423021) et césarienne (424093-424104), distinct <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 474515-474526 (<i>Présence effective en salle d'accouchement à la fin du travail et au moment de la naissance et prise en charge du nouveau-né en cas de grossesse à risque et sur prescription du médecin accoucheur, du médecin spécialiste en pédiatrie, par nouveau-né</i>)</li> </ul> </li> <li>2) Analyse par hôpitaux du nombre de césariennes par rapport au nombre d'accouchements (par rapport au nombre total d'accouchements).</li> <li>3) Analyse par hôpitaux du recours à la tocolyse de longue durée par rapport au nombre d'accouchements.</li> <li>4) Analyse du nombre de consultations et d'examens prénataux par rapport au nombre d'accouchements.</li> <li>5) Analyse par hôpital du nombre de déclenchements du travail par rapport au nombre d'accouchements (au moyen de médicaments pour le (pré)déclenchement, dans la mesure où ils sont remboursés).</li> </ol>
<b>Planification</b>	Pour la date de fin du plan d'action
<b>Charge de travail</b>	
<b>Impact financier prévu</b>	L'impact financier est la récupération des dépenses causées par des soins inutiles + diminution des dépenses grâce à une sensibilisation préventive.
<b>Moyens nécessaires et coopération</b>	<p>Capacité d'analyse AIM.</p> <p>Interprétation par les experts OA des résultats de l'analyse des données et des explications des hôpitaux.</p> <p>Coordinateur data mining du CIN pour envoi de courrier aux outliers et suivi des réponses.</p> <p>Personnel du SECM pour le suivi des outliers sans explication satisfaisante.</p>
<b>Observations diverses</b>	