

Soins de santé : améliorer l'efficacité, lutter contre le gaspillage et la fraude

L'INAMI collabore avec ses partenaires (mutualités, dispensateurs de soins, etc.) pour utiliser toujours plus efficacement les moyens de l'assurance soins de santé.

La presse titrait aujourd'hui que notre système de soins de santé court à la faillite, victime du gaspillage et de la désignation du monde politique. Ces articles de presse s'inspirent d'analyses et de constats du professeur Lieven Annemans dans un ouvrage à paraître.

Il est évident qu'une croissance effrénée des dépenses, indépendamment des possibilités financières, et aveugle à l'évolution de la croissance économique, entraînerait en effet d'importants problèmes.

Toutefois, la pérennité financière des soins de santé est une priorité du gouvernement et de l'INAMI.

Un budget 2013 sous contrôle

Cependant, ces dernières années de crise montrent qu'il faut vivre selon ses moyens. La norme de croissance a été abaissée de 4,5 % à 3 % en termes réels. D'après les chiffres les plus récents dont dispose l'INAMI pour l'année 2013, les dépenses nominales n'augmentent que d'environ 2,5 %.

Des mesures pour davantage d'efficacité, et moins de gaspillage et de fraude

Tout un chacun sait que les moyens mis en œuvre dans le secteur des soins de santé doivent être utilisés plus efficacement. Récemment, une taskforce au sein de l'INAMI (voir plus d'info) a déterminé, en concertation avec les partenaires, une série de mesures pour améliorer l'efficacité et pour lutter contre le gaspillage et la fraude. Quelques exemples :

- responsabilisation des hôpitaux en cas de nouvelle admission dans les 10 jours après une précédente hospitalisation : limitation à 82 % des montants forfaitaires par admission
- accords sur une facturation transparente par les dispensateurs de soins
- mesures en matière de soins infirmiers, accompagnées entre autres de nouvelles directives pour l'évaluation de l'autonomie des patients (application uniforme de l'échelle de Katz) par les praticiens de l'art infirmier
- exécution de la feuille de route « e-Health » pour l'informatisation des soins de santé : on veut ainsi améliorer la qualité des soins, réduire la charge administrative pour les patients, les dispensateurs de soins et les mutualités, et utiliser les données disponibles de façon optimale pour l'exécution de la politique de santé
- adaptation et extension des instruments et procédures existants pour lutter contre la fraude :
 - mise en place d'une approche intégrée entre tous les services concernés. Le Service d'évaluation et contrôle médicaux réalise plusieurs projets d'évaluation et de contrôle thématiques axés sur la surconsommation. Des travaux sont en cours pour la création d'une Commission anti-fraude, en collaboration avec les autorités judiciaires
 - définition de règles en matière de surconsommation : des commissions installées au sein de l'INAMI proposeront des indicateurs
 - retrait du numéro INAMI en cas de fraude avérée.

Un projet de loi visant à concrétiser une série de mesures est en cours de discussion au Parlement.

Des évolutions scientifiques et de l'information

Nous soulignons :

- notre collaboration intensive avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) grâce à laquelle la médecine factuelle (« evidenced based medicine ») occupe ces dernières années une place de plus en plus importante dans le processus décisionnel
- nos actions pour informer et sensibiliser les dispensateurs de soins, et les résultats positifs engrangés dans ce domaine (par exemple : antibiotiques, exposition aux radiations, etc.).

Une vigilance et des corrections permanentes

Il est évident pour tous les décideurs politiques que des corrections sont et demeureront nécessaires dans le secteur des soins de santé.

La réforme du financement des hôpitaux en préparation est un bel exemple d'approche concrète en la matière.

Une autre illustration : le document intitulé « [Balises pour le futur](#) » rédigé par l'administration de l'INAMI à l'occasion des 50 ans de l'INAMI.

Par la concertation, nous devons poursuivre l'optimalisation du système. Le dialogue paie toujours.

Plus d'infos

- En annexe : le rapport du taskforce instauré au sein de l'INAMI du 1^{er} octobre 2013
- [La signification sociale des soins de santé](#) : étude du bureau du Plan.

Contact presse

Sandrine Bingen, Cellule communication INAMI : 02 739 72 06, communication@inami.fgov.be

Tous les communiqués de presse de l'INAMI sont accessibles sur www.inami.be

Taskforce

1. CONTEXTE FINANCIER

Conformément à la décision du Gouvernement du 12 juillet 2013, la Taskforce doit réaliser des économies pour un montant de 50 mios d'euros (effet en 2014), en sus des 20 mios d'euros décidés précédemment.

Ces propositions d'économies doivent être faites pour le 30 septembre 2013 et être intégrées dans les propositions budgétaires que le Comité de l'assurance présentera au Conseil général.

En l'absence de propositions d'économies, le Comité de l'assurance fera lui-même des propositions pour atteindre le montant des économies à réaliser.

Pour le secteur des spécialités pharmaceutiques, des mesures ont déjà été décidées par le Gouvernement pour un montant de 49,5 mios d'euros.

Le 28 août dernier, la Ministre a communiqué qu'elle ne pouvait accepter la proposition de suppression des prestations d'ECG à l'hôpital. Elle souhaite qu'une solution puisse être trouvée en concertation mutuelle pour l'ensemble des mesures que la Taskforce élaborera (incidence supplémentaire de 16 mios d'euros).

L'effort à réaliser s'élève par conséquent à 86 mios d'euros.

2. CONCLUSIONS DES TRAVAUX ET PROPOSITIONS

2.1 Propositions dans le cadre du Groupe de Travail 1 (Admissions et Réadmissions hospitalières) à concurrence de 20 mios €

2.1.1 Hospitalisations injustifiées et responsabilisation des hôpitaux

Pour répondre à la demande gouvernementale sur la responsabilisation des hôpitaux en cas de nouvelles admissions proche d'une précédente admission (problématique des réadmissions) la mesure suivante est proposée :

limitation à 82% du financement variable par admission (forfaits par admission) en cas de nouvelle admission d'un même patient dans un même hôpital dans un délai de 10 jours suivant une admission précédente **7,3mios €**

forfaits concernés :

- Forfait par admission (partie variable BMF)
 - Forfait médicaments par admission
 - Honoraire forfaitaire par admission en Imagerie médicale
 - Honoraire forfaitaire par admission en Biologie Clinique
 - Honoraire forfaitaire de permanence médicale (SUS et SI)
-
- | | |
|--|------------|
| | 4,4 mios € |
| | 1,1 |
| | 1,1 |
| | 0,7 |
| | 2,9 |

2.1.2 Cumul d'honoraires forfaitaires ambulatoires et de forfaits à l'admission.

Pour répondre à la demande gouvernementale de ne plus cumuler certains forfaits ambulatoires lors d'un passage par le service des urgences et les mêmes types de forfaits prévus en cas d'hospitalisation le même jour, la mesure suivante est proposée :

interdiction pour l'hôpital de facturer les honoraires forfaitaires ambulatoires de Biologie Clinique (6,8mios €) et les honoraires forfaitaires et de consultation ambulatoires d'Imagerie Médicale (5,9mios €) lors d'une admission ambulatoire au service des urgences suivie le même jour pour d'une admission hospitalière

12,7 mios €

Conformément à la décision gouvernementale du 26 septembre 2013, il n'est pas touché aux honoraires des médecins urgentistes.

2.2 Propositions de mesures dans les différents secteurs à concurrence de 46,1mios €

2.2.1 intégration du mini-forfait dans le BMF

Pour mettre fin à des différences historiques, peu justifiées, au niveau prix (fixé par hôpital sur base historique) et au niveau volume (disparité de consommation), le budget relatif au mini forfait prévu actuellement à l'article 4 de la convention hôpitaux/OA sera intégré dans la sous partie B2 du BMF au 1er juillet 2014 moyennant une économie de 10 millions sur base annuelle. **10 mios €**

À partir du 1.1.2014, une mesure provisoire sera prise priant la commission de conventions des établissements hospitaliers d'adapter, dans la convention, pour la période du 1.1.2014 au 30.6.2014, le financement du mini-forfait : un montant de base égal est prévu pour tous les hôpitaux, majoré d'un montant subordonné au prix historique de la journée d'entretien, ou une alternative proposée par la Commission de convention.

De ce fait la facturation des mini-forfaits ne sera plus possible à partir de son intégration au BMF en date du 1 juillet 2014.

L'avis du CNEH sera demandé afin de proposer des critères de distribution plus objectifs et équitables de ce budget entre tous les hôpitaux.

A titre d'information, les dépenses 2012 des « mini-forfaits » sont de 53,017 millions (Source : Rapport standardisé concernant les dépenses comptables de l'année 2012 (audit permanent) – Note CSS 2013/285). L'intégration dans le BMF porterait donc sur un budget de 53 millions moins l'économie de 10 millions soit 43 millions.

L'économie peut se justifier par la disparité actuelle des mini-forfaits (base historique) qui peut être mieux uniformisée dans la nouvelle répartition unitaire

éventuelle et par les situations très disparates des pratiques de consommation qui peuvent également être corrigées dans une nouvelle répartition plus objective et équilibrée.

2.2.2 attribution de la masse d'index pour le secteur bandagisterie et orthopédie à partir de la date d'entrée en vigueur des mesures qui ont été mises au point par la commission de conventions en matière de transparence des prix de produits, d'honoraires de délivrance et de frais généraux **2,1mios €**

2.2.3 révision de l'intervention dans les frais de matériel dans le cadre des conventions nCPAP (apnées du sommeil et assistance ventilatoire nocturne), notamment en raison des augmentations de volume constatées **en 2014, 4mios €**

2.2.4 élimination de l'utilisation inappropriée constatée en matière de nouvelle nomenclature de réanimation - 5 premiers mois 2013, hausse de 30,7 % **en 2014, 10mios €**

2.2.5 Alignement de l'honoraire de coronographie avec d'autres prestations comparables, même remboursement pour un examen de stress cardiaque quelle que soit la technique utilisée, règle de cumul coronaroCT - coronarographie **8mios €**

2.2.6 Elimination des différences de pratique en matière de facturation des journées d'hospitalisation (forfait par journée)

Le financement des hôpitaux a été fondamentalement modifié en 2002 pour se baser sur l'activité justifiée plutôt que sur l'activité réelle. Le financement d'un séjour s'appuie sur une durée de séjour normative, à savoir la durée moyenne de séjour pour la pathologie concernée au niveau national.

La convention hôpitaux – organismes assureurs permet toutefois encore, par exception à la règle générale, de facturer le montant par journée d'entretien le 1^{er} jour et le jour de sortie en cas d'admission avant 12h00 et de sortie après 14h00. Cette règle, héritée du financement basé de la durée réelle du séjour, n'a plus de sens dans le cadre du financement à l'activité justifiée

Sur base des chiffres de l'INAMI, on constate qu'un séjour sur quatre fait l'objet d'une facturation d'un montant par journée d'entretien le jour de l'admission et le jour de la sortie, avec des différences de pratiques importantes entre hôpitaux (de 5% des séjours dans certains hôpitaux à plus de 50% des séjours dans d'autres hôpitaux).

La proposition suivante vise à éliminer les différences de pratiques entre hôpitaux. Elle introduira par ailleurs une plus grande flexibilité pour la sortie de l'hôpital

Modification de la convention entre les établissements hospitaliers – organismes assureurs à partir du 1^{er} janvier 2014 en supprimant cette règle basée sur l'heure d'entrée et de sortie de manière à ce que seul le montant par admission (et non plus le montant par journée) puisse être facturé le jour de l'admission pour un séjour de plus de 24 heures. Le montant par journée d'entretien pourra être facturé pour toutes les journées suivantes, y compris le jour de sortie, quelle que soit l'heure de sortie.

En fait application de la règle générale prévue par la convention en supprimant cette exception « horaire ».

Impact : pas d'impact sur durée de séjour et ou fixation du BMF. Economie sur la liquidation par l'INAMI des journées facturées et comptabilisées selon la règle « 12H-IN/14H-OUT ».

Economie de 11,7mios € mais réinjection de 4,7mios € dans un pool de 5,4 mios € (projet centres de convalescence) et de 1mios € (art 56 projets Hospitalisation à domicile) soit au total 11,1mios € pour soutenir des projets d'alternatives à l'hospitalisation classique permettant une réduction de la durée de séjours.

Economie nette 11,7mios € - 4,7 = 7mios€ - réinjection pool complémentaire.

2.2.7 Modification des conditions de remboursement des clichés panoramiques dentaires **2mios €**

2.2.8 Dialyse **3mios €**

En attendant la finalisation d'une réforme globale du financement de la dialyse, il est proposé de réaliser une économie de 3 millions € sur le forfait pour hémodialyse hospitalière, d'une part en diminuant la part historique du financement en lien avec le prix de journée et d'autre part en valorisant davantage la dialyse péritonéale à domicile dans le calcul du « bonus » accordé pour les formes de dialyses alternatives. Le lien au prix de journée historique serait ainsi revu à 19,3%. Pour le calcul du taux de substitution, la dialyse péritonéale serait pondérée à 1,20% et l'autodialyse collective à 0,85%. La Commission de convention peut proposer des alternatives à cet effet le cas échéant.

La Task Force appelle à une réforme plus globale, tenant compte des études KCE et des travaux du CNEH, à finaliser au sein de la structure multipartite, avec objectif d'éliminer les éléments historiques et d'inclure les incitants adéquats pour la meilleure forme de traitement pour le patient souffrant d'insuffisance rénale chronique.

2.3 Plan d'action bon usage, contrôle et fraudes à concurrence de 20mios €

Il est proposé de développer déjà en 2013 un plan d'action quant au bon usage des ressources et au renforcement des instruments et procédures en matière de politique de contrôle. On prévoit en l'occurrence une incidence de 20 mios d'euros.

- 2.3.1 La littérature internationale traite de plus en plus de l'utilisation efficace des moyens dans le secteur des soins de santé (cf. IOM, Institute of Medicine, Best care at lower cost, 2013; Elshaug, A., e.a., Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study, MJA197 (10), 19 novembre 2012; OECD, International variations in a selected number of surgical procedures, 25 mars 2013; ABIM, Choosing wisely; Kamerbrief, Verspilling in de zorg, 19 juillet 2013) ; ZonMw – Signalement Verstandig Kiezen Kostenbesparing door bepaalde interventies “niet of minder te doen” Septembre 2012 ; Académie Nationale de Médecines – rapport 8 avril 2013, Améliorer la pertinence des stratégies médicales, René Mornex).
- 2.3.2 Il conviendrait de recommander de mieux harmoniser dans notre pays les instruments disponibles (profils, CNPQ, collèges....) et de poursuivre le développement de la gestion des données afin de pouvoir développer des indicateurs pertinents.
- 2.3.3 Il faut développer en l'occurrence des initiatives « connexes », en investissant aussi dans des contacts « face-à-face » et en organisant des campagnes en collaboration avec les différents acteurs du secteur.
- 2.3.4 Par ailleurs, plusieurs initiatives seront prises sur la base des travaux du groupe de travail « **Contrôles et sanctions en matière de soins infirmiers à domicile** », à savoir :
- lancement de nouvelles directives relatives aux scores de l'échelle de Katz (phase test à partir de septembre 2013)
 - collaboration intense entre le Collège national des médecins-conseils et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux
 - Des surscores entraîneront également des corrections dès la demande
 - définition précise des responsabilités du praticien de l'art infirmier qui donne les soins, de celui qui attribue les scores de l'échelle de Katz et de

celui qui facture. Dans ce contexte, un nouveau système d'enregistrement sera aussi conçu pour les pratiques de groupe

- introduction du dossier infirmier électronique
- Fraude et retrait de l'autorisation du 1/3 payant

Cet ensemble de mesures a un impact estimé de 8mios €.

Ces mesures ont été mises au point d'urgence par la Commission de conventions et d'autres organes associés. S'il est constaté que les mesures susmentionnées entraînent une diminution supérieure de dépenses en 2014, le solde sera réinvesti dans de nouvelles initiatives dans le secteur.

2.3.5 De même, les **mesures dans le secteur des soins dentaires** seront affutées.

À côté des mesures déjà prises envers les outliers, un cadastre des pratiques de dentistes sera également établi et les profils de patients seront développés afin de renforcer l'efficacité du dépistage de la surconsommation.

2.3.6 Dans ce contexte il faut enfin également réfléchir à une **adaptation et à un renforcement des instruments et procédures existants à utiliser en cas d'actes frauduleux**. Dans cette optique, les suggestions suivantes peuvent être formulées :

- création d'une commission de la fraude, si possible en collaboration avec les parquets ;
- renforcement de la force probante de certaines constatations faites par les médecins-conseils ;
- spécification des règles en matière de surconsommation. À ce sujet, compétence sera donnée aux commissions d'accords ou de conventions de proposer des indicateurs ;
- spécification des règles de retrait du régime du tiers payant ;
- obligation de lire la carte eID en cas d'application du régime du tiers payant ;

- suspension des paiements en cas de lourdes présomptions concordantes d'abus ;
- retrait du numéro INAMI en cas de fraude qualifiée.

2.3.7 Parallèlement, il est également recommandé de **conclure une convention dans le domaine de l'imagerie médicale**, compte tenu des avis du Conseil national des établissements hospitaliers du 14 mars 2013 (avis CNEH/D-423-4 concernant la programmation, l'agrément et le financement du PET-scanner) et du 16 mai 2013 (avis CNEH/D-422-2 concernant l'imagerie médicale).

2.3.8 Conformément à ce qui a été convenu en commissions de conventions ou d'accords, des accords devront également être pris concernant la **facturation transparente par les dispensateurs de soins**.

2.3.9 Il faut également prêter attention à des **mesures et éléments connexes**. À ce propos, nous pouvons mentionner :

- le soutien du patient à sa sortie d'hôpital par des initiatives de convalescence adaptées et un soutien à domicile ou d'hospitalisation à domicile ou dans une maison de convalescence. Des projets pilotes pourraient être développés à cette fin comme indiqué au point 2.2.6
- l'exécution de la feuille de route e-Health
- l'application de la législation relative aux marchés publics
- l'actualisation et la révision de certaines normes générant des coûts. À ce sujet, il convient d'évaluer les mesures de fin de carrière pour le personnel soignant et des rémunérations liées à certains titres professionnels. Dans le cadre d'une politique en matière de durée d'hospitalisation (voir plus haut), une enveloppe financière pourrait être dégagée pour le soutien de certaines initiatives.

2.3.10 Enfin, notamment sur la base des propositions faites par le KCE, une procédure concrète sera lancée en ce qui concerne la **réforme du financement des activités hospitalières**.
