



JOINT
LEARNING
NETWORK
For Universal Health Coverage

Boîte à outils pour développer et renforcer les systèmes d'audit médical

Guide pratique par les responsables de la mise en œuvre pour les responsables de la mise en œuvre

Décembre 2017





Boîte à outils pour développer et renforcer les systèmes d'audit médical

Guide pratique par les responsables de la mise en œuvre pour les responsables de la mise en œuvre

Décembre 2017

CE GUIDE A ÉTÉ PRODUIT par le Réseau d'apprentissage commun pour la couverture sanitaire universelle (JLN), un réseau innovant de praticiens et de décideurs politiques du monde entier qui s'engagent dans un apprentissage de praticien à praticien et développent en collaboration des outils pratiques pour aider les pays à œuvrer en faveur de la couverture sanitaire universelle..

Pour toute question concernant ce guide ou d'autres activités du JLN, veuillez contacter le JLN à l'adresse suivante : jln@accessh.org.

Ce travail a été financé par une subvention de la Fondation Rockefeller et par le gouvernement de la Corée du Sud. Les opinions exprimées ici sont uniquement celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des organisations.

Note: Il s'agit de la première version de la boîte à outils pour les audits médicaux

La boîte à outils a été examinée par les participants à la collaboration du JLN sur les audits médicaux, dans le cadre de laquelle le produit a été développé. Des tentatives ont été faites pour que la boîte à outils soit examinée par des experts externes, tels que des professionnels de l'audit médical. Un examen plus rigoureux par des experts externes, ainsi que les commentaires des pays, seront incorporés pour en faire un guide complet à utiliser par les pays qui cherchent à renforcer leurs systèmes d'audit médical. La ou les versions révisées de la boîte à outils seront disponibles à l'adresse suivante: www.jointlearningnetwork.org.

Ce produit est sous licence Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0). Pour voir une copie de cette licence, visitez <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>. Le contenu de ce document peut être librement utilisé et adapté conformément à cette licence, à condition qu'il soit accompagné de la citation suivante.

CITATION RECOMMANDÉE

"Boîte à outils pour les systèmes d'audit médical : Guide pratique des responsables de la mise en œuvre, Copyright © 2017, Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture sanitaire universelle, ACCESS Health International."

En cas de traduction ou d'utilisation à des fins éducatives, veuillez contacter le réseau commun d'apprentissage à l'adresse jln@accessh.org afin que nous puissions disposer d'une trace de son utilisation.

Les noms de produits et d'entreprises mentionnés dans le présent document peuvent être des marques déposées de leurs propriétaires respectifs.

Version : Décembre 2017



Auteurs

Vivian Addo-Cobbiah, Autorité nationale d'assurance maladie, Ghana
Amin Ahmad, Ministère de la santé, Malaisie
Sofi Bergkvist, ACCÈS Santé International, États-Unis
Tricia Bolendar, Consultant chargé de la qualité et de l'amélioration des systèmes
Sudha Chandrashekhar, Fonds Suvama Arogya Suraksha, Inde
Gilda Salvacion Abrenica Diaz, Société philippine d'assurance maladie, Philippines
Lydia Dsane-Selby, Autorité nationale d'assurance maladie, Ghana
Uchenna Eugenes Ewelike, Régime national d'assurance maladie, Nigeria
Joseph Githinji, Fonds national d'assurance pour les hôpitaux, Kenya
Bhavesh Jain, ACCÈS Santé International, Inde
Young Ae Jeong, Service d'examen et d'évaluation de l'assurance maladie (HIRA), Corée du Sud
Helen Wambui Kairie, Ministère de la santé, Kenya
Sireesha Perabathina, ACCÈS Santé International, Inde
Mercy Picorro, Société philippine d'assurance maladie, Philippines
Vyoma Dhar Sharma, ACCÈS Santé International, Inde
Sylvia Sumpay, Société philippine d'assurance maladie, Philippines
Francis Ukwuije, Ministère de la santé, Nigéria

Contributeurs

Joseph N O Ana, Centre africain de recherche sur la gouvernance clinique et la sécurité des patients, Nigéria
György Béla Fritsche MD, Spécialiste principal de la santé, Banque mondiale, USA
Taeyeon Kim, Service d'examen et d'évaluation de l'assurance maladie (HIRA), Corée du Sud
Eunjung Lee, Service d'examen et d'évaluation de l'assurance maladie (HIRA), Corée du Sud
Eunyoung Lim, Service d'examen et d'évaluation de l'assurance maladie (HIRA), Corée du Sud
Sinit Mehtsun, Résultats pour le développement, USA
Isaac Charles Noble Morrison, Société des médecins et dentistes privés, Ghana
Cheluchi Onyemelukwe, Consultation en éthique et droit de la santé, Lagos, Nigeria
Sergio Ivan Prada Rios, Université ICESI & PROESA, Colombie
Eka Yoshida Sofyan, Ministère de la santé, Indonésie
Memunatu Abass Tanko, Autorité nationale d'assurance maladie, Ghana
Mary Wairimu Wangai, Ministère de la santé, Kenya
Aman Fuad Yacob, Ministère de la santé, Malaisie



REMERCIEMENTS

Le Service de révision et d'évaluation de l'assurance maladie de la Corée du Sud a apporté une expertise technique précieuse, a organisé les trois événements d'apprentissage à Wonju pour le Collaboration pour l'audit médical et a fourni un soutien financier généreux.

Nous tenons également à remercier tous les gouvernements des pays membres de la Collaboration sur l'audit médical qui ont permis aux membres de la Collaboration de quitter leur travail quotidien dans leur pays d'origine pour apporter leur contribution..

Nous remercions la Fondation Rockefeller pour son soutien financier. Nous remercions tout particulièrement Natalie Phaholyothin, de la Fondation Rockefeller, d'avoir présenté John Ryu, du Service d'examen et d'évaluation de l'assurance maladie, qui a ensuite pris la direction technique de la collaboration. Les auteurs de cette boîte à outils comprennent tous les membres de la Collaboration sur l'audit médical. Nous les remercions pour les expériences, les données et le matériel qu'ils ont apportés de leurs pays respectifs.

Les éditeurs souhaitent remercier les responsables du groupe central national du JLN et les partenaires internationaux, ainsi que le Dr György Béla Fritsche, spécialiste principal de la santé à la Banque mondiale, qui ont révisé les versions préliminaires de ce document et fourni des commentaires précieux. Enfin, les auteurs remercient le soutien des initiatives techniques du Réseau d'apprentissage commun, notamment les mécanismes de paiement des technologies de l'information et des prestataires, qui ont permis d'effectuer un important travail de fond sur l'analyse des données pour les systèmes de paiement des prestataires. Caren Althasuser, de l'initiative sur les technologies de l'information, a été particulièrement utile pour déterminer le processus du chapitre sur les exigences fonctionnelles.



TABLE DES MATIÈRES



REMERCIEMENTS	4
----------------------	---

Chapitre 1.

Introduction à la boîte à outils	7
---	---

1.1 Qui peut bénéficier de cette boîte à outils ?	8
1.2 Cadre du système d'audit médical	9
1.3 Organisation de cette boîte à outils	11
1.4 Définitions clés	14

Chapitre 2.

Conditions préalables aux systèmes d'audit médical	17
---	----

2.1 Comment développer une structure de gouvernance et d'administration efficace	18
2.2 Ressources humaines - Comment constituer une équipe efficace	37

Chapitre 3.

Processus des systèmes d'audit médical	53
---	----

3.1 Indicateurs	55
3.2 Déclencheurs et actions	70
3.3 Intégration aux activités	80
3.4 Exigences fonctionnelles	116

Chapitre 4.

Issues des Résultats de l'Audit Médical	131
--	-----

Références	146
-------------------	-----

Annexe	147
---------------	-----

CHAPITRE

01

**Introduction à la boîte
à outils**

CHAPITRE

02

**Conditions préalables
aux systèmes d'audit
médical**

CHAPITRE

03

**Processus du
système
d'audit médical**

CHAPITRE

04

Résultats

INTRODUCTION À LA BOITE À OUTILS



De nombreux praticiens et décideurs des pays membres du JLN ont exprimé un vif intérêt pour la mise en place ou le renforcement de leurs systèmes d'audit médical. Les pays doivent relever le défi de créer une gouvernance appropriée et de structurer les ressources humaines pour mettre en place des audits médicaux au sein de leurs agences d'assurance maladie. Même si un système d'audit médical est déjà en place, ils doivent s'assurer que les audits médicaux sont efficaces et efficients. Enfin, les praticiens étaient également désireux de comprendre comment les résultats d'un audit médical peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins et réduire le coût des services. Le Medical Audit Collaborative a été créé dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé en concevant et en renforçant les systèmes d'audit médical. À cette fin, le collaborateur a décidé de développer une boîte à outils pratique sur la façon de concevoir, de mettre en œuvre et de renforcer un système d'audit médical.

Objectif de la boîte à outils: Cette boîte à outils a été créée pour combler les lacunes dans les connaissances pratiques en fournissant des conseils sur la mise en place d'unités d'audit médical, la conduite d'enquêtes et l'utilisation des résultats de l'audit médical. La boîte à outils fournit un examen étape par étape des demandes de remboursement afin d'identifier les prestataires enclins à la fraude ou à la mauvaise qualité des soins. La boîte à outils a été élaborée du point de vue d'un acheteur de services de soins de santé. Pour répondre à la demande de nouvelles connaissances sur les systèmes d'audit médical, la Corée du Sud a accueilli le Medical Audit Collaborative afin d'aider les autres pays à s'inspirer du système avancé de la Corée du Sud, ainsi que les uns des autres. Tous les membres du collaboratif ont développé la boîte à outils ensemble, sur la base de leurs expériences respectives, tout en bénéficiant d'une exposition directe au système d'audit médical établi en Corée du Sud. La boîte à outils fournit une étude de cas détaillée de la Corée du Sud en tant que cas de référence.

Cette boîte à outils a été élaborée par un groupe de praticiens de l'audit médical, de décideurs politiques et de responsables de l'amélioration de la qualité de huit pays. Des exemples et des expériences de systèmes d'audit médical dans les pays membres apparaissent tout au long de la boîte à outils pour illustrer la façon dont ils ont sélectionné des options et identifié des solutions à certains des défis communs auxquels ils ont été confrontés.

1.1 QUI PEUT BÉNÉFICIER DE CETTE BOÎTE À OUTILS?

Cette boîte à outils vise à fournir aux acheteurs de services de santé, tels que les ministères de la santé et les agences nationales d'assurance maladie, des leçons pratiques pour concevoir et mettre en œuvre des systèmes d'audit médical.

1.2 CADRE DU SYSTÈME D'AUDIT MÉDICAL

L'objectif d'un système d'audit médical efficace est de garantir un système de soins de santé efficace, efficient et financièrement viable. Le but est d'améliorer les résultats pour les patients, la satisfaction des patients et la viabilité financière. Cette boîte à outils utilise la définition suivante, élaborée par la Medical Audit Collaborative sur la base d'un examen de la terminologie mondiale:



“Un système d'audit médical est un processus d'amélioration de la qualité avec une analyse étape par étape des services de soins de santé par rapport à des critères explicites de qualité des soins et de coût.”

Les résultats d'un audit médical guident les actions et aident à mettre en œuvre des changements au niveau de l'individu, de l'équipe, du service et du système. Ces changements doivent faire l'objet d'un suivi afin de confirmer les progrès accomplis vers un système de soins de santé efficace et efficient.

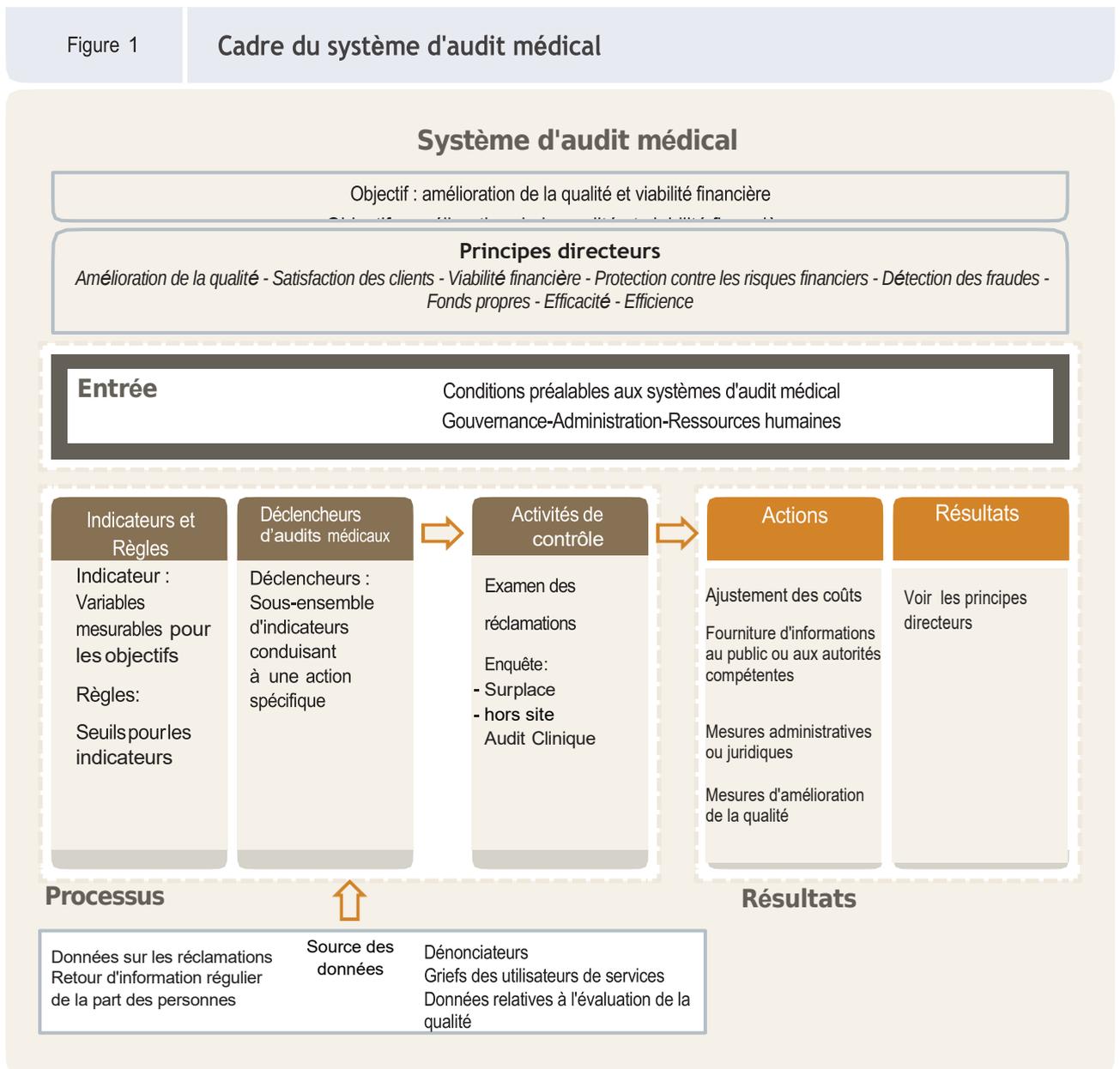
Cette boîte à outils adopte une approche holistique des audits médicaux en tant que système. Ce système comprend trois facteurs:

les **conditions préalables** à la mise en place d'un système d'audit médical efficace,

les **processus**, y compris l'élaboration d'indicateurs, de règles et de déclencheurs pour garantir l'efficacité des audits médicaux, et le processus de réalisation de l'audit, y compris les enquêtes sur site et hors site, et

les **résultats** issus des audits médicaux, liés aux objectifs globaux d'amélioration de la qualité, des résultats pour les patients et des éléments financiers des risques.

La figure ci-dessous illustre le cadre du système d'audit médical. Il inclut les perspectives de plusieurs groupes, dont les décideurs politiques, les acheteurs de soins (tels que les assureurs), les prestataires de soins de santé et les patients.



1.3 COMMENT CETTE BOÎTE À OUTILS EST ORGANISÉE

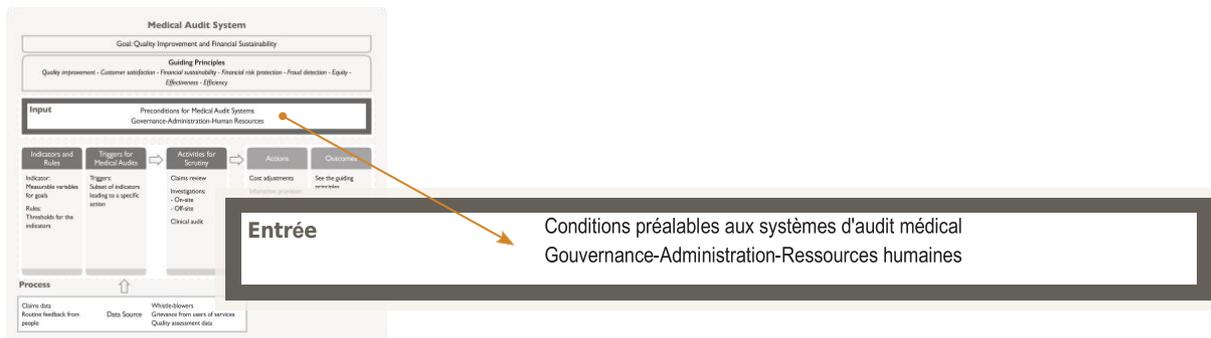
En utilisant le cadre ci-dessus comme guide général, cette boîte à outils est organisée autour des trois éléments clés du système: l'apport, les processus et les résultats: La boîte à outils passe en revue les étapes clés de la mise en place et de l'amélioration des systèmes d'audit médical. Chaque chapitre fournit des conseils pratiques, des défis et des solutions tirés de l'expérience des pays participants. L'annexe de la boîte à outils contient divers exemples d'indicateurs, de formulaires utilisés lors des audits médicaux (enquêtes, rapports de résultats, etc.) et les détails des processus utilisés par la Corée du Sud et d'autres pays.

La boîte à outils est organisée selon les chapitres suivants, avec des définitions détaillées ci-dessous :

- **PARTIE 1: Entrée:** Conditions préalables à la mise en place d'un système d'audit médical efficace
 - Étape 1: La façon de mettre en place la gouvernance et l'administration des unités d'audit médical.
 - Étape 2: Comment structurer au mieux les ressources humaines et renforcer les capacités pour un processus d'audit médical efficace?
- **PARTIE 2: Processus:** Développement d'indicateurs, de règles et de déclencheurs qui conduisent à des actions des activités spécifiques.
 - Étape 3: Comment sélectionner les indicateurs et examiner les demandes
 - Étape 4: Définir des règles et concevoir des déclencheurs d'audit
 - Étape 5: Mener une enquête sur place et hors site
 - Étape 6: Élaboration des exigences fonctionnelles pour les systèmes de technologie de l'information
- **PARTIE 3: Résultats issus des audits médicaux:**
 - Étape 7: Amélioration continue: Comment utiliser les résultats de l'audit médical pour améliorer les services de santé et atteindre le triple objectif d'amélioration de la qualité des soins, des résultats pour les patients et de réduction des coûts.

Figure 2

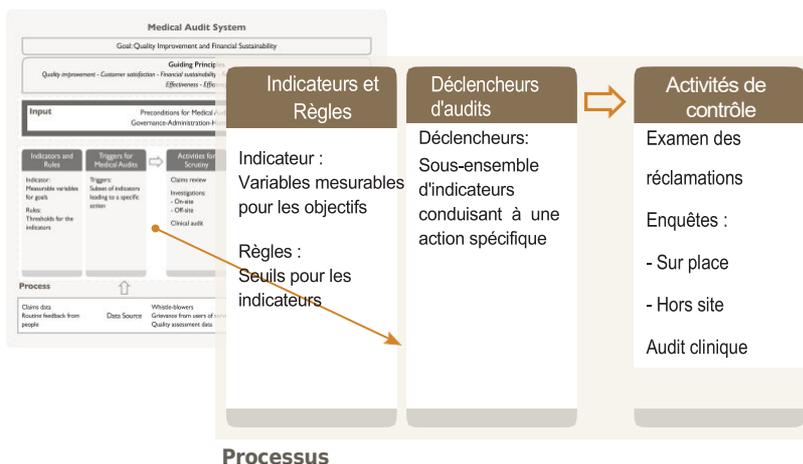
Cadre du système d'audit médical : Données d'entrée



La **PARTIE 1** traite des **éléments** nécessaires à la mise en place d'un système d'audit médical, à savoir les facteurs favorables et les éléments structurels. Le groupe de collaboration a réduit les éléments structurels clés qui sont les plus utiles aux pays qui travaillent à la mise en place et à l'amélioration de leurs systèmes d'audit médical. L'étape 1 consiste à mettre en place un système de gouvernance et d'administration efficace; l'étape 2 consiste à déployer efficacement les ressources humaines et à renforcer les capacités.

Figure 3

Processus du cadre du système d'audit médical:



La **PARTIE 2** se penche sur la mise en œuvre de l'audit médical, en examinant les processus étape par étape, ainsi que les défis et les solutions potentielles. À l'étape 3, les indicateurs doivent être identifiés. L'étape 4 consiste à aider à définir des règles et à concevoir des déclencheurs d'audit, qui sont essentiels pour signaler efficacement la nécessité d'investigations supplémentaires, lesquelles peuvent être menées sur site ou hors site.

Il est important de garder à l'esprit que de multiples événements peuvent "déclencher" une enquête. Les données relatives aux demandes d'indemnisation sont des sources d'information courantes pour les déclencheurs. D'autres déclencheurs d'un audit médical sont les demandes du ministère de la santé ou d'associations professionnelles, les griefs, les événements indésirables rendus publics ou les dénonciations internes au niveau de l'établissement.

Bien que cette boîte à outils reconnaisse ces autres voies, les membres de la collaboration dans les pays participants ont identifié des déclencheurs à partir d'indicateurs basés sur les données des réclamations comme étant les plus importants et les plus pertinents. Ainsi, le chapitre sur les déclencheurs présente la façon dont les déclencheurs sont développés à partir de l'analyse des données des indicateurs prioritaires.

Les déclencheurs peuvent donner lieu à une série d'actions différentes, telles que des enquêtes sur site et hors site. La boîte à outils fournit des détails sur les enquêtes sur place et une introduction aux audits cliniques.

Une fois les déclencheurs en place, l'étape 5 consiste à mener des **enquêtes**, en reconnaissant que les enquêtes sur place peuvent inclure, et c'est souvent le cas, des éléments cliniques et financiers.

À l'étape 6, les systèmes d'audit médical doivent s'intégrer à la fonction de technologie de l'information des opérations d'assurance maladie. Cette boîte à outils comprend des **exigences fonctionnelles** communes pour les systèmes d'audit médical à intégrer dans le traitement des demandes d'indemnisation existant dans les pays.

Figure 4 **Cadre du système d'audit médical: Résultat**

Enfin, la **PARTIE 3** présente les **résultats** du processus d'audit médical et ce qui se passe après l'enquête. L'étape 7 porte sur l'utilisation des résultats de l'audit médical - les résultats en termes de coûts et de qualité - et sur les conséquences politiques qui en découlent. Les mesures administratives et de qualité sont prises sur la base des résultats de l'audit et sont liées aux objectifs généraux d'amélioration de la qualité des soins et des résultats pour les patients, ainsi qu'aux considérations financières de la protection des risques pour les bénéficiaires et la viabilité des acheteurs.

Les résultats sont des actions immédiates qui peuvent être prises après une enquête, sur base des conclusions relatives à des critères explicites.

Les résultats des audits médicaux font référence à l'amélioration continue de la qualité qui se produit au niveau du prestataire, de l'établissement et du système sur la base du processus d'audit médical.



1.4 DÉFINITIONS CLÉS

Les définitions de l'"audit médical" diffèrent globalement en fonction du contexte national ; certains pays utilisent le terme "audit clinique" de manière interchangeable, et certains contextes se concentrent étroitement sur l'examen médical ou clinique lui-même. Cette boîte à outils examine le **système holistique d'audit médical**, qui comprend les **entrées** (conditions structurelles préalables à un processus d'audit médical efficace), le **processus** de hiérarchisation et de réalisation des audits médicaux, ainsi que **les actions et les résultats** découlant du processus d'audit médical.

1. Système d'audit médical

Un **système d'audit médical** est un processus d'amélioration de la qualité avec une analyse étape par étape par rapport à des critères explicites de coût et de qualité des soins, qui **vise à améliorer les résultats pour les patients et la protection du risque financier pour un système de soins de santé efficace et efficient**, où les changements indiqués sont mis en œuvre au niveau de l'individu, de l'équipe ou du service et où un suivi ultérieur est utilisé pour confirmer les améliorations dans la prestation des soins de santé.¹⁾

2.

Indicateur

Un **indicateur** est une mesure, un événement ou un autre point de données utilisé pour comprendre un système ou un service qui peut justifier un suivi, une analyse, un partage d'informations ou une intervention, comme un audit médical.²⁾

1) Définition élaborée par le JLN Medical Audit Collaborative sur la base de l'examen et de l'analyse des définitions mondiales des « systèmes d'audit médical » émanant d'institutions de premier plan, telles que l'Institut national pour la santé et l'excellence des soins (NICE) du Royaume-Uni, l'AAPC aux États-Unis, PhilHealth aux Philippines et le Service d'examen et d'évaluation de l'assurance maladie (HIRA) en Corée du Sud.

2) Définition basée sur " Les normes de soins en situation de crise : Une boîte à outils pour les indicateurs et les déclencheurs " (The National Academies Press, 2013) et adaptée pour le Medical Audit Collaborative.

3. Règle

Dans le cadre de cette boîte à outils, une **règle** est un ensemble de principes explicites régissant la conduite. Dans le cas des audits médicaux, une règle est souvent

- synonyme du terme "**seuil**", par exemple "Un indicateur ne doit pas se situer au-dessus ou au-dessous d'un certain niveau en termes de qualité, de quantité ou de coût";
- sur la base de normes de qualité des soins fondées sur des données probantes, par exemple " les admissions en unité de soins intensifs doivent être inférieures à sept jours" ou "Une hystérectomie ne doit être pratiquée que sur des patientes âgées de plus de quarante ans";
- un résultat de l'analyse statistique des indicateurs, par exemple la détermination de l'écart- type par rapport à une moyenne afin d'identifier les valeurs aberrantes.

4. Déclencheur

Un **déclencheur** provoque une action spécifique.³⁾ Dans le cas d'un système d'audit médical, un point de déclenchement peut être conçu pour se produire à un seuil ou à une règle reconnue par l'acheteur pour susciter une réponse spécifique. Par exemple, des données supérieures ou inférieures à un certain seuil peuvent **déclencher** le signalement d'une demande en vue d'un examen et d'une analyse plus approfondis. Utilisé en association avec des "règles", un déclencheur peut être automatisé pour rendre les audits médicaux plus ciblés et plus efficaces.

5. Enquête

Une **enquête** est l'acte d'examen et d'analyse formel et systématique; il s'agit d'un mécanisme visant à améliorer la qualité globale des soins. Elle est déclenchée par un "élément déclencheur" et implique souvent à la fois un audit clinique et une analyse des coûts.⁴⁾ Dans le cas d'un système d'audit médical, une **enquête** peut être "déclenchée" par diverses sources et devrait idéalement être menée dans le but global d'améliorer la qualité.⁵⁾

3) Définition basée sur l'entrée du dictionnaire Oxford et adaptée au contexte des systèmes d'audit médical.

4) Définition basée sur l'entrée du dictionnaire Oxford et adaptée au contexte des systèmes d'audit médical.

5) Les déclencheurs d'une enquête peuvent être des données montrant qu'une certaine " règle " a été violée ou qu'un certain " seuil " a été dépassé, une demande du ministère de la santé et de la protection sociale, un dénonciateur au sein d'un établissement exposant des actions fautives, etc. Les enquêtes peuvent être menées hors site (sur la base de documents) ou sur place, dans l'établissement ; elles peuvent être périodiques (menées régulièrement), spéciales (menées sur une question sociale, par exemple une pratique médicale contraire à l'éthique), ou urgentes (menées en cas d'urgence).

5a. Enquête sur place

L'**enquête sur place** est une enquête administrative menée par l'équipe d'audit médical pour vérifier si les services de santé ont été fournis conformément aux lignes directrices standard et si les honoraires médicaux ont été imposés conformément à la loi. Il s'agit d'une enquête visant à déterminer la légalité des demandes de remboursement et à détecter les pratiques frauduleuses ou préjudiciables en matière de soins de santé.

5b. Audit clinique

Composante des enquêtes d'audit médical, l'**audit clinique** examine les aspects liés à la qualité des soins de santé sous trois angles différents: l'expérience du patient, le respect des directives cliniques et la prestation de services (y compris les éléments d'infrastructure, les niveaux de personnel et d'autres facteurs de gestion des ressources). Dans certains pays, l'audit clinique se limite au respect des directives cliniques, mais le présent guide utilise une définition plus large du terme, qui englobe tous les éléments de la qualité.

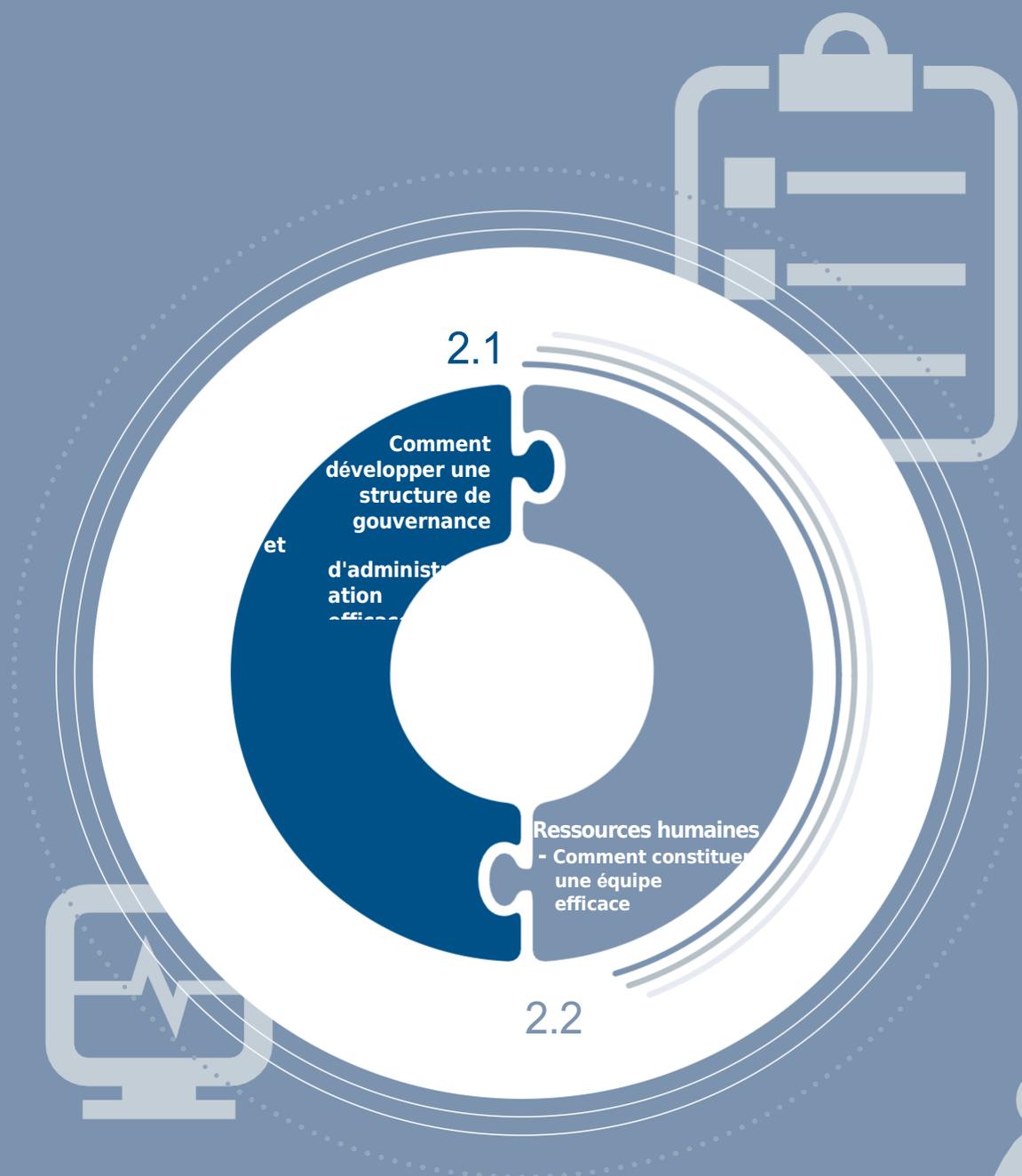
6. Amélioration continue de la qualité

L'**amélioration continue de la qualité (ACQ)** est une approche de la gestion de la qualité qui s'appuie sur les méthodes traditionnelles d'assurance de la qualité en mettant l'accent sur l'organisation et les systèmes ; elle se concentre sur le "processus" plutôt que sur l'individu ; elle reconnaît les "clients" internes et externes ; et elle promeut la nécessité de disposer de données objectives pour analyser et améliorer les processus.⁶⁾ L'**amélioration continue de la qualité** est incluse dans cet ensemble de définitions clés afin de souligner l'utilisation de l'audit médical comme outil permettant d'identifier et de développer les éléments positifs du système ("ce qui fonctionne bien" et "les points forts") plutôt que de se concentrer uniquement sur les aspects punitifs.



6) Adapté de l'Institute pour l'amélioration des soins de santé.

CONDITIONS PRÉALABLES À LA MISE EN PLACE DE SYSTÈMES D'AUDIT MÉDICAL





2.1 Comment développer une structure de gouvernance et d'administration efficace ?

OBJECTIF

L'objectif de ce chapitre est de présenter les étapes clés de la mise en place d'une structure de gouvernance et d'administration efficace, en soulignant les principes de prise de décision qui permettent aux décideurs politiques et aux responsables de la mise en œuvre de choisir les structures les plus appropriées au contexte de leur pays.

Ce chapitre, comme le reste de la boîte à outils, a été développé pour les acheteurs de soins - à la fois pour les acheteurs qui développent leurs systèmes d'audit médical et pour ceux qui ont déjà un système mais qui envisagent des changements pour améliorer l'efficacité et l'efficacité à travers des exemples nationaux et une étude de cas approfondie, ce chapitre aidera les pays à payer unique à identifier et à sélectionner des options et des modèles de gouvernance et d'administration adaptables à leur propre contexte.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT?

Comme l'a déclaré Avedis Donabedian, pionnier de l'étude de la qualité des soins de santé, "une bonne structure augmente la probabilité d'un bon processus, et un bon processus augmente la probabilité d'un bon résultat " ⁷⁾

La gouvernance et l'administration sont les fondements du fonctionnement du système, ce qui inclut les règles et la conception organisationnelle qui contrôlent et gèrent à la fois le fonctionnement d'une unité et d'un système d'audit médical efficace ("gouvernance") et le processus quotidien de gestion de cette unité ("administration"). La mise en place d'un système de gouvernance efficace est cruciale pour le bon fonctionnement de l'administration d'un système d'audit médical, car un système de gouvernance efficace définit clairement les rôles et les responsabilités pour une administration efficace, améliorant ainsi la coordination, l'efficacité et l'efficacité.

7) Donabedian A. La qualité des soins. Comment l'évaluer ? Jama. 1988;260:1743-1748. doi : 10.1001/jama.260.12.1743.

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente:

- Sept étapes clés pour développer une structure de gouvernance et d'administration efficace
 - **Étape 1:** Définir les objectifs du système d'audit médical
 - **Étape 2:** Assurer un mandat formel par le biais de la législation
 - **Étape 3:** Choisir le modèle organisationnel le plus approprié et le plus efficace : agence unique vs agence indépendante
 - **Étape 4:** Sur la base du modèle organisationnel choisi, développer une structure organisationnelle appropriée
 - **Étape 5:** Déterminer le degré de centralisation ou de décentralisation de la fonction d'audit
 - **Étape 6:** Décider si la fonction d'audit médical sera interne ou externalisée
 - **Étape 7:** Identifier les ressources financières nécessaires à la réalisation des audits médicaux
- Défis et solutions potentielles
- Étude de cas détaillée : HIRA, Corée du Sud
- Enseignements tirés de l'expérience

ÉTAPES CLÉS

Étape 1. Définir les objectifs du système d'audit médical

Des objectifs clairs pour le système d'audit médical sont importants lors de la conception d'une structure administrative et de gouvernance efficace pour les audits médicaux. Les objectifs servent à orienter l'étendue des fonctions d'audit médical et peuvent aider à défendre le budget du système d'audit médical.

Les objectifs des audits médicaux doivent être alignés sur les objectifs de l'acheteur de soins et sur ceux du ministère de la santé, qui peuvent varier en fonction du système de paiement des prestataires en place. Certains systèmes de paiement des prestataires (par exemple la rémunération à l'acte) sont associés à une surconsommation de soins, d'autres à une sous-consommation de soins (budget global et paiements par capitation). Le Réseau d'apprentissage commun a développé une boîte à outils intitulée [“Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems: A Toolkit for Countries Working Toward Universal Health Coverage.”](#) dans lequel les objectifs des différents systèmes de paiement des prestataires sont présentés, ainsi que les conséquences involontaires les plus courantes. Cette boîte à outils fournit de bons exemples à garder à l'esprit lors de la détermination des objectifs d'un système d'audit médical.

Les membres de la Medical Audit Collaborative ont identifié les objectifs suivants comme étant des considérations importantes pour le système d'audit médical:

Objectifs relatifs à la qualité des soins :

- Continuité des soins
- Opportunité des soins
- Équité et impartialité
- Efficacité
- Efficience
- Centré sur le patient

Objectifs relatifs aux finances :

- Viabilité financière du système national de santé
- Protection des bénéficiaires contre les risques financiers
- Détection des fraudes à tous les niveaux

Étape 2. Assurer un mandat formel par le biais de la législation

Dans tous les pays, le ministère de la santé joue le rôle de régulateur, c'est-à-dire qu'il est l'autorité chargée de réglementer et de superviser le système d'audit médical. L'agence chargée de gérer les audits médicaux est souvent liée à l'agence responsable de l'assurance qualité au sein du ministère de la santé.

Il est important que l'agence responsable de la réalisation des audits médicaux dispose d'un mandat formel. Ce mandat prend généralement la forme d'une législation formelle présentée à l'assemblée nationale du pays par le ministère de la santé. Lorsqu'une législation n'est pas possible, une politique ou un document d'orientation doit clarifier le rôle, les responsabilités, les fonctions, les tâches et les dispositions budgétaires de l'agence mandatée pour gérer les audits médicaux. En l'absence d'un mandat formel et clair pour la gestion des audits médicaux, des questions de légitimité et de légalité subsisteront (pour plus d'informations, voir l'étape 1 des sections "2. Investigation sur site" et "3. Audit clinique").

Étape 3. Choisir le modèle organisationnel le plus approprié et le plus efficace: agence unique vs agence indépendante

L'une des décisions de gouvernance les plus importantes à prendre (et à réévaluer si nécessaire) est de savoir si les audits médicaux sont gérés dans le cadre de l'agence qui achète les services de santé ou s'ils sont gérés par une agence indépendante.

Avantages de la gestion des audits médicaux en tant que fonction de l'agence d'achat : L'acheteur de soins détient les contrats avec les prestataires de soins de santé et, en tant que tel, a autorité sur eux. L'acheteur gère les demandes de remboursement des prestataires de soins de santé, et les demandes de remboursement sont l'une des sources les plus importantes pour établir des priorités en matière d'audits médicaux.

Limites des audits médicaux en tant que fonction de l'organisme acheteur : L'acheteur de soins peut être incité à minimiser les dépenses et peut gérer la fonction d'audit dans le but de lutter contre la fraude et les procédures inutiles, mais ne peut pas se concentrer sur les audits visant à améliorer la qualité des soins.

Exemples nationaux d'audits médicaux en fonction du payeur de soins

Aux Philippines, PhilHealth, au Kenya, le Fonds national d'assurance des hôpitaux et en Inde, SAST, agissent tous en tant qu'acheteurs de services de soins de santé et gestionnaires d'audits médicaux. La raison principale de ces arrangements est que l'acheteur de soins gère les demandes et les contrats avec les prestataires qui peuvent faire l'objet d'un contrôle médical. L'équipe chargée de l'audit médical travaille en étroite collaboration avec le personnel chargé de payer les prestataires de soins de santé. Il existe également des exemples où le personnel a des missions multiples en raison d'un manque de ressources. La loi nationale sur l'assurance maladie des Philippines confie à PhilHealth le soin d'acheter les services de santé et précise sa responsabilité en matière de système de contrôle des performances des prestataires de soins. Le système d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé de PhilHealth a été développé pour contrôler les prestataires de soins de santé et sert de système d'audit médical.

Exemple de pays où l'audit médical est séparé du payeur de soins

Dans le modèle de l'agence indépendante, une agence gère l'achat des services de santé et une agence distincte gère le système d'audit médical. La Corée du Sud est un exemple de ce modèle d'agence indépendante. Le Service national d'assurance maladie (NHIS) est l'assureur des services de santé, tandis que l'HIRA est une agence distincte et indépendante qui effectue les audits médicaux. La Corée du Sud a décidé d'avoir deux agences distinctes pour s'assurer que les systèmes de contrôle sont conçus pour gérer les coûts et l'amélioration continue de la qualité des soins.

Initialement, la Fédération nationale de l'assurance maladie (l'organisation formelle de HIRA) était chargée de la mise en œuvre de l'accord. L'un des défis consistait à garantir l'équité, l'objectivité et l'expertise. L'un des défis consistait à garantir l'équité, l'objectivité et l'expertise. Certains se sont plaints que le seul facteur pris en compte dans l'audit médical était la stabilité du fonds d'assurance, que l'on pensait atteindre en se concentrant sur les aspects réglementaires, tels que la détection des abus quantitatifs et des demandes frauduleuses, plutôt que sur l'amélioration de la qualité et le progrès de la médecine. Cela a conduit à la discussion sur la création d'une organisation d'audit médical indépendante et objective.

La Corée du Sud a estimé qu'il était primordial de garantir l'objectivité et l'équité et a décidé de créer une agence distincte pour les audits médicaux.

La nouvelle agence (HIRA) a été chargée de l'examen des demandes et de l'évaluation de la qualité, ce qui a permis d'établir un lien entre les deux rôles. En menant des audits stricts et appropriés, l'agence a contribué à l'équilibre entre les parties prenantes de l'assurance maladie nationale à moyen et à long terme. L'agence a également été en mesure de réagir de manière plus souple et a conservé la possibilité de lier l'audit médical à d'autres programmes d'assurance dans le pays.

Il est donc important de tenir compte des valeurs considérées comme importantes par l'opinion publique, ainsi que des objectifs et de l'orientation du système d'assurance maladie, voire du système national de santé dans son ensemble. Parmi les principes directeurs à prendre en compte, citons les suivants: l'importance de l'efficacité ou de l'expertise/équité, l'étendue de la fonction d'audit et la possibilité d'une gestion intégrée avec d'autres systèmes d'assurance sociale.

Si l'agence d'audit médical doit devenir une agence indépendante, il est nécessaire de disposer d'une base juridique claire concernant l'étendue de ses rôles et responsabilités. Les rôles et les fonctions de chaque agence devront peut-être être définis au fur et à mesure du développement du système d'assurance maladie. Cette approche consistant à définir clairement les rôles, en s'appuyant sur un cadre juridique, permettra d'éviter les conflits inutiles (pour plus d'informations, voir l'étape 1 des sections " 2.Enquête sur place " et " 3.Audit clinique ").

Étape4. Sur la base du modèle organisationnelle choisi, élaborer une structure organisationnelle appropriée

Le modèle d'organisation préféré dépend du contexte du pays. La structure organisationnelle peut être présentée sous la forme d'un organigramme dans lequel toutes les fonctions ont une place logique par rapport aux autres fonctions. Avant d'élaborer la structure organisationnelle, il est utile de formuler des principes directeurs. Voici quelques exemples de principes directeurs pour l'élaboration d'une structure organisationnelle :

- Intégrité - le système d'audit médical doit fonctionner sans conflits d'intérêts et doit être considéré comme une organisation ou un service neutre.
- Action fondée sur des données probantes - le système d'audit médical devrait être relié à l'entité responsable des normes cliniques afin de réaliser des audits sur la base des données les plus récentes et d'informer de la nécessité de réviser les normes existantes.
- Flexibilité - le système de soins de santé évolue au fil du temps et le système d'audit médical doit s'adapter aux changements (par exemple, les progrès des technologies de l'information).
- Engagement en faveur de l'amélioration du système - les audits médicaux devraient être liés à l'élaboration des politiques de manière à ce que les informations relatives aux performances des prestataires de soins de santé et aux habitudes de recherche de santé soient communiquées aux décideurs politiques.
- Excellence - l'organisation doit être en mesure d'attirer des talents pour les audits médicaux

Les opérations d'audit médical nécessitent en grande partie trois unités fonctionnelles. La première unité s'occupe de l'élaboration des règles, y compris des décisions relatives à la couverture des prestations et aux barèmes d'honoraires médicaux. Cette unité analyse les données globales pour évaluer les modèles de prestation de soins, compare les performances du système de soins de santé avec les normes internationales, etc. La troisième unité s'occupe de l'ensemble des opérations d'audit médical, y compris l'organisation, la planification, la budgétisation et les ressources humaines. Les unités doivent être divisées de la sorte pour favoriser l'efficacité. Chaque unité fonctionnelle peut être divisée en départements plus spécialisés. Il est également conseillé d'établir des partenariats formels avec des institutions académiques afin de permettre aux professeurs de participer aux comités d'examen, de les aider à concevoir des protocoles d'audit, etc.

Étape 5. Déterminer le niveau de centralisation ou de décentralisation de la fonction d'audit

La fonction d'audit médical peut être soit centralisée au niveau national, soit décentralisée au niveau régional. Dans un système centralisé, toutes les fonctions de l'audit médical sont assurées par l'agence nationale et tous les processus (y compris le suivi, le traitement et l'examen des demandes, les enquêtes et les vérifications) sont exécutés par l'équipe nationale. Dans un système décentralisé, tout ou partie de ces fonctions sont assurées par les autorités sanitaires régionales.

L'audit médical nécessite du personnel spécialisé et des ressources humaines, ce qui est abordé dans le chapitre suivant sur les ressources humaines. Lors du choix entre des systèmes d'audit médical centralisés et décentralisés (et dans quelle mesure le domaine doit être décentralisé), il est important de prendre en compte l'efficacité et l'efficacité dans le fonctionnement du système. Le choix d'un modèle plutôt qu'un autre dépend du contexte national, mais les principes suivants peuvent servir d'orientation utile :

Volume et difficulté des opérations d'audit

Le premier facteur à prendre en compte est le volume de demandes requis pour un audit médical. Il serait souhaitable de disposer d'un système centralisé pour accroître l'efficacité si le nombre de personnes compétentes est insuffisant. HIRA a adopté une approche qui consiste à étendre le travail des antennes par étapes. Au départ, les antennes n'effectuaient que des contrôles médicaux de cliniques et de pharmacies, mais avec le temps, elles ont également pris en charge les contrôles médicaux d'établissements médicaux de niveau hospitalier (avec des dossiers de traitement relativement simples) afin de répartir une partie du travail qui était auparavant concentré au siège de HIRA. Le siège de HIRA était chargé des contrôles médicaux des hôpitaux généraux et des hôpitaux tertiaires parce que les dossiers de traitement sont complexes (en raison de la gravité de la maladie des patients qui est plus élevée dans ces établissements), mais dernièrement, les antennes ont également pris en charge les contrôles médicaux des hôpitaux généraux.

Cohérence

Un autre facteur à prendre en compte lors de l'adoption du système décentralisé est la possibilité de maintenir la cohérence des audits médicaux. Si les différentes antennes présentent des résultats d'audit différents pour un même cas, la confiance dans les résultats de l'audit, voire dans l'audit médical dans son ensemble, risque d'être ébranlée. La division responsable, qui fait office de "tour de contrôle", calcule le taux d'ajustement des demandes effectué par chaque bureau pour le même élément. En outre, l'examen électronique a été étendu, des réunions conjointes sont organisées entre les branches pour échanger des informations, et les cas d'audit médical sont partagés et mis à la disposition du public.

Nature du travail

S'il est efficace de gérer un domaine de travail de manière ciblée en un seul endroit, le système centralisé est plus approprié. Un exemple de ce type de domaine peut être celui qui affecte l'ensemble des opérations, tel que le développement d'indicateurs pour la gestion. Dans le cas d'HIRA, ces domaines comprennent la définition de normes d'audit médical, l'élaboration d'indicateurs de suivi et l'évaluation de la qualité.

Demande sociale

En fonction des caractéristiques des patients et des prestataires de soins, il peut y avoir des différences régionales dans les pratiques de traitement. Un système décentralisé est plus adapté pour répondre aux besoins et aux caractéristiques d'une région avec des réponses sur mesure.

Frais administratifs

Les frais de gestion et d'exploitation peuvent varier considérablement en fonction de facteurs tels que le degré d'informatisation de l'audit médical, le temps de déplacement nécessaire pour les enquêtes sur place, le nombre et l'importance des succursales, etc.

Dans le même temps, les dépenses supportées non seulement par l'agence d'audit médical, mais aussi par les prestataires de soins de santé, doivent être prises en compte. Par exemple, il peut y avoir des coûts liés au transport, au stockage et à l'envoi de documents dans le cas de réclamations sur papier.

L'expérience d'HIRA fournit un modèle utile pour décider entre une fonction centralisée ou décentralisée. Au départ, HIRA était un centre centralisé d'audit médical. À la fin des années soixante-dix, il est devenu obligatoire d'offrir une assurance maladie aux entreprises de plus de 500 employés en Corée du Sud, et le système d'audit médical a été introduit simultanément. Au départ, 574 syndicats effectuaient des contrôles médicaux distincts, ce qui posait de nombreux problèmes et s'avérait peu efficace. Il était difficile de consulter des spécialistes médicaux parce que le département était restreint et que les spécialistes étaient des médecins travaillant dans des cliniques. En raison de ces limitations, l'audit médical était pratiquement négligé à l'époque. Certains syndicats ont commencé à intégrer la fonction d'audit médical et, en 1988, les systèmes d'examen des demandes et de paiement ont été entièrement intégrés.

Cependant, HIRA est passée d'un système centralisé à un système décentralisé d'audit médical, les antennes de HIRA jouant un rôle de plus en plus important. Pour assurer un remboursement rapide et un contrôle équitable, le système d'audit médical centralisé a été remplacé par un système décentralisé. En divisant le pays en cinq régions, des antennes ont été créées et les difficultés liées au stockage et au déplacement des demandes de remboursement sur papier ont été résolues. L'efficacité a également été améliorée, même lorsque le volume des demandes d'indemnisation a augmenté de façon spectaculaire en raison de l'adoption de la couverture universelle.

Depuis lors, le volume des demandes n'a cessé d'augmenter en raison de l'accroissement de la population et du nombre d'hôpitaux, mais le développement d'un système informatique a permis de traiter toutes les demandes au siège et dans les antennes. La raison pour laquelle les antennes ont continué à se développer malgré le développement des systèmes informatiques est que le rôle de HIRA est devenu plus spécialisé, plus diversifié et plus détaillé en raison des nouvelles technologies et de l'augmentation de la consommation de services médicaux. Le siège s'occupe désormais des fonctions spécialisées et de la planification, tandis que les antennes se concentrent sur les audits médicaux. Une autre raison est le service à la clientèle, exigé par le public. Au fur et à mesure que les effectifs des antennes augmentaient, HIRA a transféré les fonctions d'audit des hôpitaux généraux aux antennes.

Les mérites d'un système centralisé incluent une grande efficacité lorsque les demandes ont un niveau de difficulté similaire, mais il n'est pas efficace pour fournir des services adaptés aux différentes régions. Un système décentralisé a tendance à avoir des coûts de gestion qui se chevauchent et une faible efficacité, et il demande beaucoup d'efforts pour être maintenu. Mais il est avantageux parce qu'il disperse les responsabilités du siège et fournit un service personnalisé à la région.

Étape 6. Décider si la fonction d'audit médical sera interne ou externe

Une dernière décision structurelle concernant l'organisation et la gouvernance consiste à déterminer si la fonction d'audit médical doit être exercée en interne ou externalisée. Les avantages et les inconvénients de chaque option (décrits ci-dessous) peuvent être évalués en fonction du contexte de chaque pays.

Tableau 1 Avantages et inconvénients du modèle interne ou externalisé		
Catégorie	En interne	Sous-traitée
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Aligné sur la gestion de l'organisation et des opérations• Intérêt direct à apporter des améliorations, à renforcer les capacités et à contrôler/améliorer la qualité• Meilleure compréhension des processus et fonctions internes	<ul style="list-style-type: none">• Accès aux meilleures pratiques et à des normes de soins optimales• Objectif et équité• Peut être moins coûteux que le maintien d'une équipe complète sur le marché du travail.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none">• Risque de conflit d'intérêts en raison de relations interpersonnelles et d'intérêts acquis• Une série de compétences spécialisées peut ne pas être disponible• Aucun avantage lié à l'exposition aux meilleures pratiques sectorielles ou à la vision du marché	<ul style="list-style-type: none">• Réduction de l'efficacité administrative due aux dépenses administratives redondantes• Absence d'appropriation du processus d'amélioration• Absence de renforcement des capacités internes pour une efficacité à long terme

Bien que chaque pays doive prendre la décision la plus appropriée à son contexte, un modèle interne (dans lequel les audits sont menés par l'agence interne mandatée pour les mener) est généralement considéré comme une meilleure pratique pour le renforcement des capacités internes et le contrôle de la qualité. Il est souvent difficile de trouver des organisations externes crédibles à qui confier la responsabilité de l'audit médical.

Cependant, une agence interne peut ne pas disposer des ressources humaines, des capacités ou de l'expertise et de l'infrastructure nécessaires - surtout au début - et l'agence peut décider de sous-traiter la totalité ou une partie de la fonction d'audit à une agence privée à but lucratif ou non lucratif.

Certaines fonctions peuvent avoir des synergies avec le travail d'autres organisations. Par exemple, les universités peuvent avoir des départements de science des données qui s'intéressent à l'analyse avancée des données pour soutenir le développement d'indicateurs avec des seuils et simuler l'utilisation de déclencheurs.

Étape 7. Identifier les ressources financières nécessaires à la réalisation des audits médicaux

Une fois la structure organisationnelle de l'agence d'audit médical définie, il est important d'identifier les ressources financières nécessaires au fonctionnement de cette agence. En général, le ministère de la santé fournit des ressources financières à l'agence mandatée pour la fonction d'audit médical. En même temps, le financement direct par un seul organisme a des implications sur le degré d'indépendance de toute unité, et par conséquent (en fonction de la réglementation spécifique du pays) l'unité d'audit médical peut souhaiter explorer d'autres sources de financement. Cela est particulièrement vrai dans les cas où l'unité d'audit médical peut mener des examens au-delà de l'assurance maladie.

En Corée du Sud, par exemple, HIRA examine non seulement l'assurance maladie, mais aussi l'aide médicale, l'assurance automobile et l'assurance pour les anciens combattants, entre autres.

En général, la multiplicité des sources de financement permet à l'agence d'audit médical de conserver son autonomie de fonctionnement. Ces autres sources de financement peuvent inclure :

- Une part fixe des cotisations d'assurance maladie
- Financement direct par le ministère des finances
- Taxes d'accise
- Accords avec les acheteurs de soins pour que les économies réalisées grâce aux audits soient affectées à la fonction d'audit médical
- Amendes et pénalités des prestataires de services (il est important de ne pas dépendre de cette source de revenus, car le système d'audit médical devrait inciter à minimiser les situations justifiant des pénalités).
- Autres (frais d'information, revenus d'intérêts, financement de formations, etc).

DÉFIS ET SOLUTIONS POTENTIELLES

Pour chacune des étapes décrites ci-dessus, il existe des défis communs à tous les pays. Nous soulignons ici quelques solutions potentielles basées sur des exemples nationaux.

Tableau 2		Défis et solutions potentielles pour les étapes d'élaboration d'une structure de gouvernance et d'administration efficace		
Étape	Domaine	Défi spécifique	Solutions possibles	Exemples de pays
2	Assurer un mandat formel	<p>Absence de cadre juridique pour les audits et assurance maladie nationale non obligatoire</p> <p>Absence de système d'audit unitaire sans échange de données entre les programmes de soins de santé</p> <p>Faible pourcentage de l'ensemble des prestataires de soins de santé sous contrat avec l'acheteur, ce qui limite la portée du système d'audit médical</p>	<p>Introduction d'une nouvelle législation pour un mandat clair après consultation des parties prenantes</p> <p>Normes de données partagées entre les programmes de soins de santé et processus de partage des données entre les programmes pour les audits médicaux</p>	<p>Les règles et règlements d'application de la loi 7875 de la République, également connue sous le nom de loi de 2013 sur l'assurance maladie nationale, chargent PhilHealth d'élaborer et de mettre en œuvre un système de suivi des performances pour toutes les activités de l'assurance maladie nationale. Les activités énumérées dans le cadre de ce mandat sont notamment les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspection périodique effective des installations ; 2. Analyse des rapports mensuels obligatoires des hôpitaux et autres exigences en matière de rapports ; 3. Examen périodique des données des établissements de santé et des dossiers des patients afin de déterminer la qualité, le rapport coût-efficacité et le respect des lignes directrices de la pratique ; 4. Examen de l'utilisation ; 5. Examen par les pairs, rapports défavorables ; 6. Enquêtes de satisfaction auprès des patients ; 7. Évaluations périodiques des performances des prestataires de soins de santé ; 8. Inspection et audit des livres, des dossiers, des relevés de facturation, des dossiers médicaux, des notes du médecin et d'autres documents, entre autres.

Étape	Domaine	Défi spécifique	Solutions possibles	Exemples de pays
3	Choisir le modèle d'organisation le plus approprié et le plus efficace	Des points de vue contradictoires sur modèle préféré	La discussion sur le modèle préféré peut être ancrée à un niveau plus élevé avec: l'objectif de la qualité des soins de la part de la Commission européenne, le ministère de la santé ; des principes directeurs articulés ; et différents scénarios organisationnels avec des estimations budgétaires. Engagez ensuite les différentes parties prenantes à examiner les options de modèle organisationnel en gardant à l'esprit l'objectif du ministère de la santé.	En Inde, le Suvarna Arogya Suraksha Trust dispose d'un budget limité pour les audits médicaux. C'est l'une des raisons pour lesquelles il a décidé de gérer les audits médicaux dans le cadre de l'achat de soins et d'établir des partenariats avec les facultés de médecine afin de bénéficier de leur expertise et de leurs points de vue indépendants.
4	Développer une structure organisationnelle appropriée	Manque de personnel et de budget pour assurer plusieurs des fonctions critiques dans le cadre des systèmes d'audit médical	Élaborer un plan de transition pour passer d'un système d'audit simple à un système d'audit plus complet, avancé et intégré. Constituer une équipe de base pour les audits médicaux afin de superviser le système et toutes les fonctions. Faire appel à l'expertise de différents services et éventuellement de partenaires externes, et formaliser les fonctions au fil du temps.	La direction de l'assurance qualité au sein de la NHIA (<i>National Health Insurance Authority au Ghana</i>) est responsable des audits médicaux. Elle dispose d'un directeur, d'un directeur adjoint et d'autres membres du personnel, soit une quinzaine de personnes au total, principalement des cliniciens et quelques statisticiens. Les audits sont réalisés par des auditeurs formés par les groupes de prestataires qui sont des cliniciens. Tous les six mois une cinquantaine d'auditeurs sont formés et sont utilisés à tour de rôle avec le personnel de la NHIA. Les auditeurs signent un serment de discrétion et un code de déontologie. Ils sont rémunérés par jour pour le travail effectué. (Veuillez vous référer à l'annexe n° 6.)
5	Décider du degré de centralisation et décentralisation	Les pays dont la géographie est vaste ou difficile peuvent éprouver des difficultés d'accessibilité et de communication avec les prestataires. Un système décentralisé peut souffrir d'un manque l'absence de normalisation de la gestion des audits dans les différentes juridictions.	Certaines fonctions peuvent être décentralisées et soutenues par un système central afin de normaliser le processus et les outils utilisés pour le suivi.	PhilHealth travaille dans des zones géographiques difficiles d'accès et a finalement dû décentraliser les fonctions d'audit médical. Elle a développé le système d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé (HCPPAS), qui a normalisé le processus et les outils de contrôle. Cela a permis une interprétation uniforme des résultats du contrôle.

Étape	Domaine	Défi spécifique	Solutions possibles	Exemples de pays
6	Décider si la fonction doit être internalisée ou externalisée	<p>Manque de ressources humaines et de capacités au sein de l'agence chargée de la gestion des audits médicaux</p> <p>Manque d'agences crédibles pour l'externalisation</p> <p>Questions relatives à la confidentialité des données dans le cadre de l'externalisation</p>	<p>Manque de ressources humaines et de capacités au sein de l'agence chargée de la gestion des audits médicaux</p> <p>Manque d'agences crédibles pour l'externalisation</p> <p>Questions relatives à la confidentialité des données dans le cadre de l'externalisation</p>	<p>S'assurer qu'il existe une équipe centrale pour les fonctions d'audit médical en interne, avec des responsabilités claires en matière de contrôle de la qualité, afin d'évaluer le compromis entre l'utilisation des ressources internes et la confiance accordée à une partie externe.</p> <p>Si la décision de sous-traiter est prise, il convient de s'assurer qu'il existe des systèmes d'évaluation de l'efficacité.</p>
7	Identification des ressources financières	<p>L'audit médical n'est pas une priorité dans de nombreux pays. Il s'agit souvent d'une réflexion après coup et d'un élément qui retient l'attention après des événements indésirables. Les événements sont portés à la connaissance des médias.</p> <p>Compte tenu de l'absence de priorité, le budget alloué aux systèmes d'audit médical est souvent inexistant ou très limité.</p>	<p>Une preuve de concept pour démontrer la valeur des audits en réduisant la fraude et donc en réduisant les dépenses pour l'acheteur.</p> <p>Une preuve de concept peut éventuellement être développée en partenariat avec d'autres, par exemple les universités, à un faible coût.</p> <p>Autres sources de revenus pour les systèmes d'audit médical:</p> <p>Partie fixe de la prime Revenus des pénalités Services d'audit payés à d'autres assurances</p>	<p>Le ministère de la santé et des affaires sociales de Corée du Sud supervise le budget de HIRA et du NHIS.</p> <p>HIRA évalue l'impact qu'elle a sur la réduction des coûts par le biais des fonctions d'audit.</p> <p>HIRA vérifie les autres assurances, ce qui permet d'obtenir un revenu supplémentaire.</p>

ÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE: HIRA, CORÉE DU SUD

Étape 1. Définir les objectifs du système d'audit médical

Le système national d'assurance maladie de la Corée est un système d'assurance maladie à payeur unique supervisé par le gouvernement qui couvre tous les Coréens. Après la promulgation de la loi sur l'assurance médicale en 1963, l'assurance maladie nationale obligatoire a été introduite en 1977 avec une expansion rapide jusqu'à aujourd'hui. Tous les citoyens et les prestataires de services de santé sont tenus de s'affilier à l'assurance maladie nationale. Cette étude de cas détaille le développement de HIRA et les principes directeurs qui ont conduit à son système de gouvernance et d'administration actuel.

Étape 2. Assurer un mandat formel

Le ministère de la santé et de la protection sociale est le régulateur de l'assurance maladie nationale en Corée. Il supervise le fonctionnement de l'assurance maladie nationale et délègue son autorité au NHIS et à HIRA par le biais de la loi sur l'assurance maladie nationale et du décret d'application correspondant.

Étape 3. Choisir le modèle d'organisation le plus approprié et le plus efficace

La Corée du Sud a choisi un modèle d'agence indépendante pour HIRA, dans lequel HIRA est une agence distincte et indépendante qui effectue des audits médicaux et le NHIS est l'assureur des services de santé. À l'époque, la décision de choisir un modèle d'agence indépendante n'était pas évidente. Certains défendaient la nécessité d'établir une agence neutre et indépendante d'examen des demandes d'indemnisation pour maintenir un équilibre entre l'offre et la demande, tandis que d'autres soutenaient que la Fédération de l'assurance médicale (une organisation composée d'assureurs) devait continuer à être chargée de l'examen des demandes d'indemnisation pour la protection du financement de l'assurance maladie. Parmi les questions soulevées, citons la qualité insuffisante des services médicaux en raison de l'accent disproportionné mis sur la prévention de l'utilisation excessive des ressources médicales et des demandes frauduleuses, ainsi que les critiques selon lesquelles l'objectif principal était la réduction des coûts à court terme, plutôt qu'un objectif plus macroéconomique de gestion des dépenses nationales de santé.

Les partisans de l'indépendance ont fait valoir que l'amélioration de la qualité des services et la stabilité financière peuvent toutes deux être obtenues en s'assurant de l'expertise en matière d'examen et en procédant à une évaluation de la qualité. En outre, l'organisme indépendant peut jouer un rôle de médiateur entre l'assureur et les prestataires, et le fait d'avoir un organisme indépendant facilite l'examen des demandes d'indemnisation pour les régimes d'assurance autres que l'assurance maladie.

Les opposants ont fait valoir qu'elle entraînerait une inefficacité due à l'augmentation des coûts administratifs, que le contrôle de l'assureur sur le budget s'affaiblirait et que les prestataires de soins de santé auraient trop d'influence.

Tableau 3		Avantages et inconvénients du modèle de	
Avantages		Inconvénients	
<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible de procéder à un examen équitable et professionnel des honoraires médicaux. • Une agence est chargée de l'évaluation de la qualité. • L'amélioration de la qualité et la protection financière peuvent toutes deux être atteintes. • Un médiateur existe entre l'assureur et les prestataires de soins de santé. • Il est plus facile d'examiner et d'évaluer les régimes d'assurance autres que l'assurance maladie. 		<ul style="list-style-type: none"> • Les coûts administratifs augmentent en raison de la création d'une nouvelle agence. (Inefficacité) • Il n'a pas été prouvé qu'une agence indépendante puisse garantir la qualité des services de santé et la protection des finances de l'assurance. • La capacité de contrôle de l'assureur est limitée par les flux financiers. • Certains craignent que les prestataires de soins médicaux aient trop d'influence en raison de l'accent mis sur les jugements médicaux. 	

Après des débats entre ceux qui soutiennent que la fonction de révision relève de l'autorité unique de l'assureur et qu'elle doit donc être exercée par l'assureur, et ceux qui soutiennent que la fonction de révision doit être exercée de manière indépendante par une agence neutre, il a été décidé qu'une agence indépendante serait créée.

Cette décision a permis de réduire les conflits avec les prestataires de soins de santé et de garantir l'équité de l'examen des demandes et de l'évaluation de la qualité. En outre, la qualité des services de santé pourrait être garantie en examinant les demandes sur la base de critères médicaux et pharmaceutiques, au lieu de réduire uniformément les coûts des prestations sur la base d'un raisonnement financier.

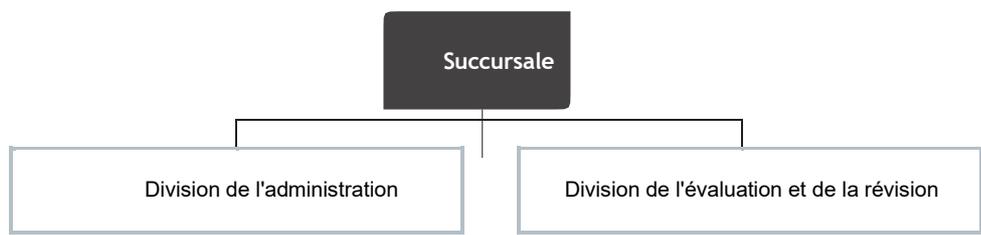
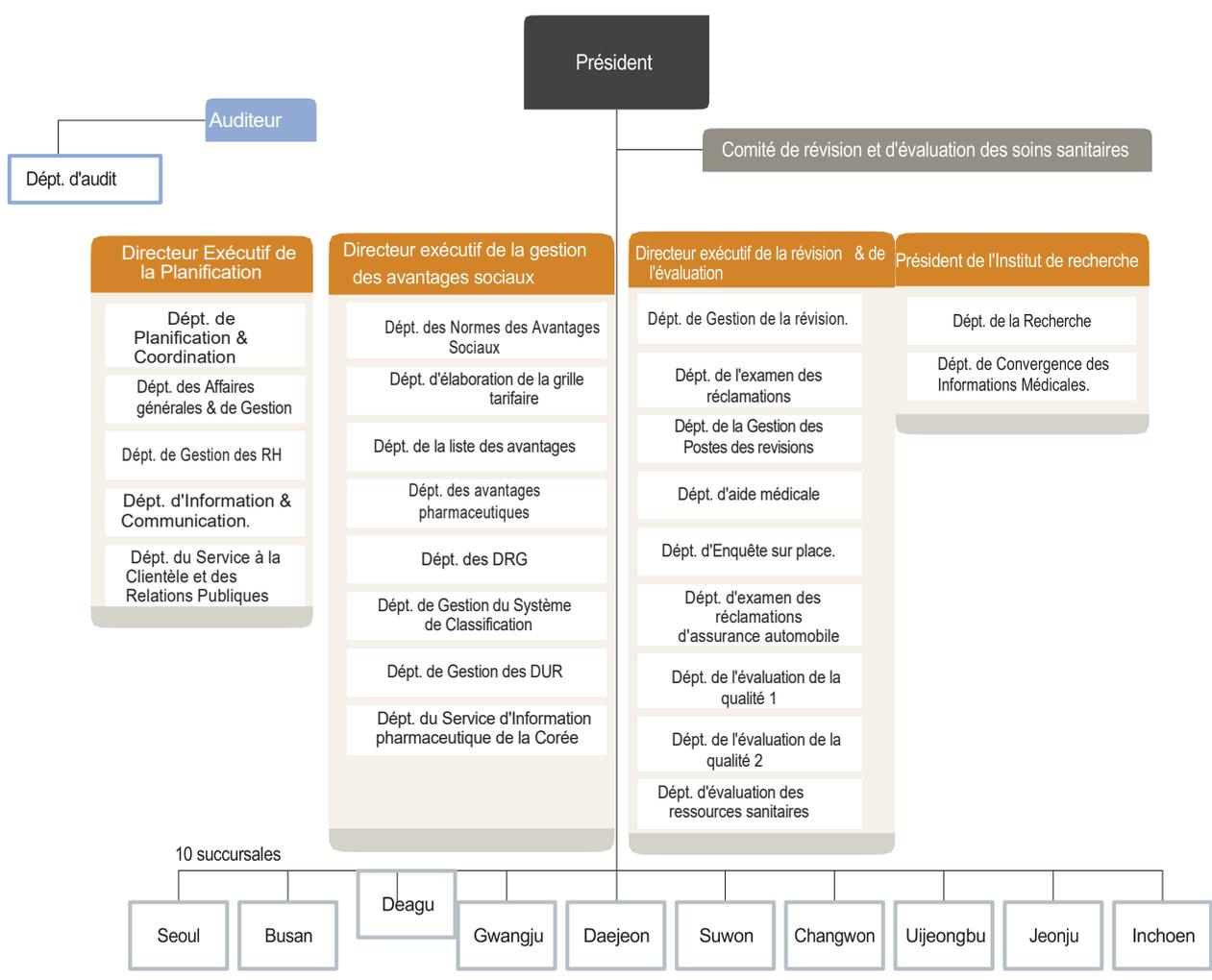
Étape 4. Développer une structure organisationnelle appropriée

En décembre 2016, le siège de HIRA à Wonju se compose d'un institut de recherche et de vingt-six instituts de recherche, avec 1 819 employés. HIRA possède dix succursales qui emploient au total 765 personnes.

La direction de l'HIRA au siège comprend le président, le directeur exécutif de la planification, le directeur exécutif de la gestion des prestations, le directeur exécutif de l'examen et de l'évaluation et le président de l'institut de recherche. Des départements ont été attribués à chaque directeur exécutif en fonction de la nature du travail : le directeur exécutif de la planification est chargé de la gestion de l'infrastructure et du soutien administratif, le directeur exécutif de la gestion des prestations est chargé de l'élaboration des règles et le directeur exécutif de l'examen et de l'évaluation est principalement chargé du suivi et du retour d'information.

Les services d'examen des réclamations et d'évaluation de la qualité relèvent du directeur exécutif de l'examen et de l'évaluation, mais le comité d'examen et d'évaluation des soins de santé (voir l'annexe 1. Comité d'examen et d'évaluation des soins de santé) est placé sous l'autorité directe du président.

Figure 5 Organizational structure (HIRA)



Étape 5. Déterminer le degré de centralisation et de décentralisation

En raison des différences régionales dans l'offre et la demande de services médicaux, HIRA est passée d'un système centralisé à un système décentralisé, où les responsabilités des audits médicaux sont désormais réparties entre les bureaux centraux et régionaux. En outre, les antennes régionales sont mieux équipées pour fournir un soutien rapide et efficace sur place (par exemple, des services adaptés à chaque prestataire de soins de santé) qui répond à la demande des organisations médicales et pharmaceutiques, des prestataires de soins de santé et du public.

Le siège est responsable de l'examen des demandes des hôpitaux tertiaires, de l'évaluation de la qualité et de l'élaboration de la politique de santé publique. Les antennes effectuent l'examen des demandes pour les petits hôpitaux, les cliniques et les pharmacies.

HIRA a progressivement transféré l'examen des demandes d'indemnisation aux agences. En janvier 2017, la responsabilité de l'examen des demandes d'indemnisation des hôpitaux généraux a été transférée aux agences. Le siège se concentre désormais davantage sur l'élaboration des politiques et des règles, tandis que les agences exécutent l'examen des demandes d'indemnisation.

Étape 6. Décider si la fonction doit être internalisée ou externalisée

La Corée du Sud dispose d'un modèle interne pour les audits médicaux, dans lequel HIRA assure elle-même les fonctions d'audit.

Étape 7. Identifier les ressources financières

La législation sud-coréenne précise que le budget de HIRA⁸⁾ est financé par le NHIS (90,4 %), les frais de la commission d'examen⁹⁾ (7,8 %) et d'autres sources (1,8 %). Les autres sources comprennent les frais d'information, les revenus d'intérêts, le financement de la formation, les points de récompense de la carte d'entreprise et le solde reporté de l'année précédente. Le budget de HIRA provenant de l'assurance maladie nationale est inférieur à 3 % de la contribution d'assurance perçue par le NHIS deux ans auparavant et approuvée par le ministre de la santé et de la protection sociale.

À titre de référence, 84 % du budget du NHIS est financé par des cotisations, 13 % par des subventions gouvernementales (10 % par des subventions gouvernementales aux finances de l'assurance, 3 % par des surtaxes sur le tabac), et 3 % par d'autres sources (activités de leasing, revenus des hôpitaux du NHIS, revenus de la gestion d'actifs, frais d'information, etc.) La cotisation à l'assurance maladie nationale en Corée du Sud est de 6,12 % (en 2016) pour les salariés assurés ; le montant pour les travailleurs indépendants assurés est calculé en tenant compte de leur âge, de leur revenu, de leur propriété et de leur voiture.

8) Le budget total basé sur le calendrier supplémentaire final 2017 par entreprise est de 437 milliards KRW.

9) Commission de révision des frais : commission de révision des réclamations pour l'aide médicale, le service des vétérans de Corée, l'assurance automobile, etc.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

La mise en place d'un système de gouvernance efficace est essentielle au bon fonctionnement de l'administration d'un système d'audit médical, dans la mesure où il définit clairement les rôles et les responsabilités pour une administration efficace, améliorant ainsi la coordination, l'efficacité et l'efficacé.

Voici sept étapes clés dans l'élaboration d'une structure de gouvernance et d'administration efficace :

- Étape 1 : Définir les objectifs du système d'audit médical
- Étape 2 : Assurer un mandat formel par la législation
- Étape 3 : Choisir le modèle organisationnel le plus approprié et le plus efficace : agence unique vs agence indépendante
- Étape 4 : Sur la base du modèle organisationnel choisi, développer une structure organisationnelle appropriée
- Étape 5 : Déterminer le degré de centralisation ou de décentralisation de la fonction d'audit
- Étape 6 : Décider si la fonction d'audit médical sera interne ou externalisée
- Étape 7 : Identifier les ressources financières nécessaires à la réalisation des audits médicaux

Pays	Ghana	Kenya	Nigéria	Les Philippines	Corée du Sud
Régulateur	Ministère de la Santé	Ministère de la Santé	Ministères de la santé de l'État fédéral et des États fédérés	Département de la santé	Ministère de la santé et bien-être
Agence mandatée	Agence nationale d'assurance maladie	Fonds national d'assurance des hôpitaux	Régime national d'assurance maladie et agences nationales d'assurance maladie	PhilHealth	Service de révision et d'évaluation de l'assurance maladie (HIRA)
Base juridique	Loi du parlement en 2003 (loi 650), révisée en 2012 Loi sur l'assurance nationale du Ghana 852	Loi de 1998 sur le Fonds national d'assurance des hôpitaux, révisée en 2014	Loi sur l'INSA en 2014 Loi 35 de 1999	Règle III, section 64 des règles et règlements d'application de la loi de la République 7875 telle que modifiée, également connue sous le nom de loi nationale sur l'assurance maladie de 2013, III, section 5 de la loi de la République 7875.	Loi sur l'assurance maladie nationale Article 62 (Établissement), 63 (Services, etc.)

Pays	Ghana	Kenya	Nigéria	Les Philippines	Corée du Sud
Fonctions de l'agence mandatée	<p>Audit médical</p> <p>Adhésion à l'ensemble des prestations</p> <p>Adhésion aux protocoles de traitement nationaux</p> <p>Adhésion aux niveaux de prescription fixés par le ministère de la santé</p> <p>Normes de qualité</p> <p>Normes de sécurité</p> <p>Légitimité des demandes</p> <p>- élimination de la fraude et des abus</p> <p>Recouvrement des coûts</p>	<p>Gestion des réclamations</p> <p>Suivi et évaluation et audits médicaux sur une base annuelle</p> <p>Audits trimestriels avec les organismes de réglementation on pour évaluer le niveau d'adhésion aux normes</p>	<p>Certification des normes</p> <p>Élaboration des politiques</p> <p>Lignes directrices pour le développement nt MA des établissements de santé tertiaires et secondaires et établissement</p> <p>Qualité des soins et l'examen des demandes d'indemnisation</p>	<p>Développement et mise en œuvre de systèmes de contrôle des performances;</p> <p>Évaluation périodique des performances de tous les prestataires de soins de santé sur la base d'engagements et de normes de performance</p> <p>Inspection des livres d'audit, des dossiers, des relevés de facturation, des dossiers médicaux, des notes des médecins et d'autres documents et processus jugés importants par la société ;</p> <p>Inspection des livres de comptes, des grands livres, des factures, des reçus et d'autres formulaires comptables jugés pertinents par la société.</p> <p>Autres mécanismes ou processus analogues nécessaires pour mener à bien l'audit et l'enquête</p>	<p>Examen des coûts des prestations en nature</p> <p>Évaluation de l'opportunité des prestations en nature</p> <p>Élaboration de normes pour l'examen des demandes et l'évaluation de la qualité</p> <p>Recherche et coopération internationale liées aux opérations</p> <p>Services qui lui sont délégués dans le cadre du programme d'assurance maladie</p>
Département de l'agence mandatée	Direction de l'assurance qualité	<p>Département nt de la politique et du financement nt de la santé</p> <p>Département nt des normes de santé</p> <p>Qualité Assurance et réglementation on</p>	Unité de contrôle et de réglementation Département nt des normes et de l'assurance qualité	Groupe d'assurance qualité, qui comprend les départements suivants: Département d'accréditation Normes et contrôle Département (SMD)	Voir la figure 5 du chapitre



2.2 Ressources humaines - Comment constituer une équipe efficace

01

01

02

01

02

03

04

04

OBJECTIF

The goal of this chapter is to provide guidance on building an effective team for medical audits.

DÉFINITION

L'efficacité d'une équipe est sa capacité à atteindre les buts ou les objectifs fixés par le personnel autorisé d'une organisation, en l'occurrence un système d'audit médical..

PORTÉE

La portée de ce chapitre est de fournir des conseils sur la manière d'identifier et de répondre aux besoins en ressources humaines pour les systèmes d'audit médical. Il s'agit notamment des postes, des compétences et des mécanismes permettant d'améliorer en permanence les performances de l'équipe.

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente :

- Étapes clés pour constituer une équipe efficace pour les systèmes d'audit médical :
 - Étape 1 : Définir la portée du système d'audit médical
 - Étape 2 : Déterminer les besoins en ressources humaines pour le système d'audit médical
 - Étape 3 : Identifier les lacunes des ressources humaines
 - Étape 4 : Combler les lacunes des ressources humaines et renforcer les capacités
- Étude de cas détaillée : HIRA, Corée du Sud
- Enseignements tirés de l'expérience

ÉTAPES CLÉS

Étape 1. Définir le champ d'application du système d'audit médical

La première étape consiste à définir le champ d'application du système d'audit médical. Le cadre d'entrée, de processus et de résultats du système d'audit médical, tel que décrit dans la figure 1 du cadre du système d'audit médical de cette boîte à outils, peut être utilisé pour guider le champ d'application. Le champ d'application doit inclure toutes les fonctions nécessaires à l'opérationnalisation du système d'audit médical.

Étape 2. Déterminer les besoins en ressources humaines pour le système d'audit médical

Sur la base du champ d'application et des fonctions nécessaires du système d'audit médical, l'étape suivante consiste à déterminer les besoins en ressources humaines dans le cadre de ces fonctions. Le département responsable des ressources humaines pour le système d'audit médical peut développer une stratégie de ressources humaines avec des rôles et des responsabilités clairs. Le cadre d'entrée, de processus et de résultats pour le système d'audit médical peut être utilisé comme guide pour identifier les fonctions pour lesquelles des ressources humaines sont nécessaires et les compétences techniques exigées.

Entrées : conditions structurelles préalables à la mise en place d'un système d'audit médical efficace.

Les besoins en ressources humaines peuvent inclure :

La capacité de leadership pour superviser et guider un système d'audit médical

Une fonction de ressources humaines pour superviser la mise en œuvre de la stratégie de ressources humaines.

Processus : développement d'indicateurs, de règles et de déclencheurs qui conduisent à des actions et à des activités spécifiques.

Les besoins en ressources humaines peuvent inclure :

La mise en place d'une équipe d'audit médical de base pour superviser le processus d'audit médical

Une équipe technique chargée d'élaborer des indicateurs, des règles et des déclencheurs pour des audits médicaux ciblés basés sur les données relatives aux réclamations

Une clarification des responsabilités de l'équipe informatique pour répondre aux besoins du système d'audit médical

Une clarification des responsabilités du personnel chargé de l'examen des demandes de remboursement dans le cadre du système d'audit médical

Du personnel supplémentaire à temps partiel pour les audits cliniques

Partenariat avec des universités ou mise en place d'une équipe de recherche interne, afin d'examiner les normes fondées sur des données probantes pour les protocoles d'enquête.

Mise en place et formation d'équipes pour les enquêtes, comprenant des cliniciens, des administrateurs, des pharmaciens, des techniciens de laboratoire médical et d'autres membres concernés (les responsabilités comprennent la planification et la réalisation des enquêtes ainsi que la rédaction des rapports d'enquête).

Résultats de l'audit médical: amélioration continue pour atteindre le triple objectif d'une meilleure qualité des soins, de meilleurs résultats pour les patients et d'une réduction des coûts.

Les exigences en matière de ressources humaines peuvent inclure :

La clarté sur la responsabilité et les compétences pour la communication des résultats de l'audit médical aux prestataires de soins, au public et aux autres parties concernées

La clarté des responsabilités et des compétences requises pour assurer le suivi des mesures prises après la communication des résultats de l'audit médical

La clarté des responsabilités et des compétences pour apporter des changements aux politiques (par exemple, les directives de traitement standard) à la suite d'audits médicaux.

Une équipe d'amélioration de la qualité pour aider les prestataires de soins médicaux à améliorer les services sur la base des résultats des audits médicaux.

La stratégie en matière de ressources humaines doit définir les postes nécessaires pour l'ensemble des fonctions et les compétences techniques requises.

Le noyau de l'équipe d'audit médical doit comprendre des personnes ayant des compétences différentes.

La composition peut inclure :

Des infirmiers et des sages-femmes

Des médecins généralistes ou des docteurs

Des pharmaciens

Des scientifiques et des techniciens de laboratoire médical

Des administrateurs

Des opérateurs de saisie de données

Des programmeurs

Des statisticiens, chercheurs et analystes

Des comptables financiers

Il est recommandé que tous les membres de l'équipe d'audit aient :

Une compréhension du système d'audit médical

Une compréhension des plans et des objectifs du système d'audit médical et un engagement à leur égard

Une compréhension des attentes de l'équipe d'audit médical - cela doit être clarifié dès le départ et peut être exprimé sous la forme de " termes de référence " ou de procédures d'exploitation standard (SOP)

Des compétences efficaces en communication

Les équipes d'audit doivent également posséder les compétences suivantes, même si chaque membre du personnel n'a pas besoin d'être un expert dans tous les domaines :

Utilisation des systèmes de technologie de l'information - les équipes d'audit doivent avoir les compétences nécessaires pour extraire des informations de différents systèmes de technologie de l'information afin de recueillir des éléments probants.

Connaissance des normes et des critères de référence - l'équipe doit connaître les normes cliniques d'audit et être capable d'analyser le respect des normes cliniques.

Gestion des données - le personnel chargé de l'audit médical doit avoir des compétences en matière de collecte, de saisie, d'analyse, de stockage et de présentation des données.

Facilitation – some medical audit staff should have particular training or skills in group dynamics.

Facilitation - certains membres du personnel d'audit médical doivent avoir une formation ou des compétences particulières en matière de dynamique de groupe. Dans le cadre d'un audit médical, le rôle du facilitateur est d'aider l'équipe d'audit à assimiler les preuves, à parvenir à une compréhension commune de la méthodologie de l'audit médical, à guider le projet de la planification à la rédaction du rapport et à permettre au groupe de travailler ensemble de manière efficace.

Formation - dans de nombreux pays, le personnel d'audit participe à la formation et au soutien d'un large éventail de compétences, par exemple l'analyse des données pour le personnel d'audit nouvellement recruté (pour plus d'informations, voir l'étape 1 de “ 2. Investigation sur site “ et “ 3. Audit clinique “).

Étape 3. Identifier les lacunes en matière de ressources humaines

La troisième étape consiste à comparer les besoins en ressources humaines avec les ressources disponibles. Cela permet d'identifier les postes à pourvoir et les capacités à renforcer. Les budgets sont souvent insuffisants pour répondre aux exigences du système d'audit médical. La stratégie en matière de ressources humaines doit inclure des priorités concernant les postes et les capacités à traiter en priorité. L'analyse des écarts peut inclure une estimation de l'écart financier par rapport aux besoins en ressources humaines.

Étape 4. Comblar les lacunes en matière de ressources humaines et renforcer les capacités

Le manque de personnel disponible pour effectuer des audits médicaux est courant dans tous les pays. Peu de praticiens ont l'expérience de la gestion des audits médicaux. Les pays peuvent remédier à ce manque de personnel de différentes manières et renforcer leurs capacités au fil du temps.

De nombreux pays disposent d'une petite équipe centrale chargée de gérer les audits médicaux et font appel à d'autres membres de l'équipe à temps partiel :

Collaboration avec différents départements gouvernementaux et organismes de réglementation permettant à certains membres du personnel d'allouer un certain nombre de jours par an pour travailler sur des audits médicaux.

Collaboration avec les facultés de médecine afin d'identifier et de hiérarchiser les normes pour les audits cliniques et d'inciter les étudiants à participer aux enquêtes sur place.

Offrir des crédits pour le quota annuel de formation continue aux praticiens de la santé qui participent à des audits médicaux.

Externaliser une partie du travail d'audit médical à des entreprises spécialisées dans ce domaine.

Il est important de renforcer les capacités du personnel à temps plein et à temps partiel. Il est conseillé que tout le personnel du système d'audit médical reçoive une formation standardisée comprenant une vue d'ensemble du système d'audit médical. Les différentes fonctions du système d'audit médical nécessiteront également une formation spécialisée. Par exemple, le personnel chargé des enquêtes doit être formé à l'utilisation d'une liste de contrôle standardisée et à la gestion de la confidentialité et des situations de conflit d'intérêts.

Les formations peuvent être organisées en interne, en faisant appel à des experts chevronnés. Lorsqu'une formation est nécessaire dans une spécialisation de base ou un domaine thématique, le département peut choisir de confier la formation à une agence externe.

Il est conseillé de mettre en place un système d'encadrement du personnel chargé de l'audit médical et d'apporter un soutien en temps réel au personnel pendant les exercices d'audit. Le coaching peut être organisé en désignant un membre expérimenté de l'équipe centrale d'audit médical qui sera chargé de guider l'exercice d'audit. La responsabilité peut consister à s'assurer que les membres de l'équipe d'enquête reçoivent une orientation, examinent le plan d'enquête avant l'enquête et vérifient le rapport après l'enquête. Cette même personne peut être disponible pendant les exercices d'audit pour fournir des conseils en cas de besoin.

Tableau 5

Exemples de pays : Renforcer les capacités des systèmes d'audit médical

Équipes d'audit médical et formation	Inde	Ghana
<p>Étape 1. Définir le champ d'application</p>	<p>Severna Arogya Suraksha Trust (SAST): SAST est une entité à but spécifique établie dans l'État du Karnataka. SAST est enregistré en tant que "Trust" sous l'égide du département de la santé et du bien-être familial.</p> <p>L'objectif d'un audit médical est de s'assurer que les prestataires respectent les lignes directrices afin que les soins appropriés soient dispensés aux patients à un coût conforme à la réglementation. Les audits médicaux sont à la fois un outil de contrôle de routine et un moyen d'identifier les problèmes.</p>	<p>Autorité nationale de l'assurance maladie : L'autorité doit veiller à la mise en œuvre d'une politique nationale d'assurance maladie. L'autorité est chargée d'accréditer les prestataires de soins de santé afin de s'assurer qu'ils sont en mesure de fournir des services de santé de base de qualité, conformément aux prestations du programme national d'assurance maladie.</p>
<p>Étape 2. Déterminer les besoins en ressources humaines</p>	<p>Fonctions transversales :</p> <p>Le Trust dispose d'une équipe de médecins qui travaillent comme chefs de projet pour la mise en œuvre du programme d'assurance santé. Des équipes supplémentaires de médecins sont disponibles pour l'autorisation préalable des procédures médicales. Un certain nombre de coordinateurs apportent leur aide dans des domaines tels que la gestion de l'infrastructure informatique, les initiatives en matière de qualité, les activités d'éducation et de communication, la vérification, le suivi et le traitement des griefs.</p> <p>Pour vérification :</p> <p>L'établissement dispose de quatre consultants régionaux et de quatre directeurs adjoints qui sont également responsables de l'équipe d'audit médical. L'équipe d'audit médical est soutenue par des analystes de données, l'administration et les coordinateurs de district sur le terrain pour la documentation.</p> <p>Ils ont abordé la question du personnel chargé de l'audit médical en demandant au ministère de la santé d'affecter périodiquement son personnel à la fiducie, sur la base d'une rotation, pour des fonctions spécifiques telles que la réalisation d'enquêtes sur le terrain.</p>	<p>Dix-sept membres de la direction de l'assurance qualité effectuent des audits cliniques et de conformité, dont douze sont des cliniciens (deux médecins, une infirmière/sage-femme, un pharmacien, une assistante médicale, quatre infirmières générales, trois techniciens en pharmacie), ce qui représente 67 % de l'ensemble des membres de la direction de l'assurance qualité du personnel du département. Certains des soixante professionnels de la santé externes formés aux processus d'audit clinique et de conformité de l'ANS sont toujours engagés pour renforcer l'équipe.</p> <p>Critères de sélection du personnel :</p> <p>Pour les audits médicaux, le personnel (professionnels de la santé) qui a été formé aux processus d'audit est sélectionné parmi les différents groupes de parties prenantes. Service de santé, Société pour la médecine privée. Le personnel du bureau de district du NHIS, les représentants des organismes de réglementation sont également invités à compléter l'équipe. Le personnel des bureaux de district du NHIS et les représentants des organismes de réglementation sont également invités à renforcer l'équipe.</p>

Les Philippines	Malaisie
<p>Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) : L'audit médical de PhilHealth est réalisé sous la forme du système d'évaluation de la performance des prestataires de soins de santé (Health Care Provider Performance Assessment System - HCPPAS). Les fonctions comprennent, sans s'y limiter, l'examen des demandes, les enquêtes sur site et hors site, et la communication avec les établissements de santé, le ministère de la santé et d'autres organismes de réglementation au sujet des résultats des audits médicaux.</p>	<p>Ministère de la santé : En Malaisie, le ministère de la santé mène des programmes d'assurance qualité pour tous les hôpitaux publics et privés du pays et publie des indicateurs sur la sécurité des patients.</p> <p>En ce qui concerne les activités d'audit médical, elles sont principalement réalisées dans le cadre de la surveillance des performances, coordonnée par l'unité de surveillance des performances cliniques (CPSU) du ministère de la santé, en collaboration avec le département de la santé de l'État.</p> <p>L'exemple de la Malaisie a été rédigé sur la base de son système d'audit de performance.</p> <p>Les audits des réclamations sont effectués et mis en place par la compagnie d'assurance concernée.</p>
<p>Le département des ressources humaines de PhilHealth est chargé du recrutement, de la sélection et de l'embauche du personnel. Le groupe d'assurance qualité et/ou le département des normes et du contrôle (SMD), en tant qu'utilisateur final, siège avec le comité de sélection du personnel (PSB) lors de l'examen des candidatures. À PhilHealth, le nombre estimé de personnes travaillant à temps plein ou à temps partiel sur les audits médicaux (le système d'évaluation de la performance des prestataires de soins de santé [HCPPAS]) est actuellement d'environ 1224 personnes.</p> <p>Critères de sélection du personnel :</p> <p>Exigences minimales pour les membres de l'équipe d'audit médical :</p> <p>1. Auditeur médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Docteur en médecine • Deux ans d'expérience professionnelle pertinente • Au moins huit heures de formation pertinente • Admissibilité : RA 1080 (licence professionnelle) <p>1. Responsable de l'assurance qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel paramédical (infirmier, pharmacien, dentiste) • Deux ans d'expérience professionnelle pertinente • Au moins huit heures de formation pertinente • Admissibilité : RA 1080 (licence professionnelle) ou Service Carrière • Admissibilité (professionnelle)/Admissibilité de deuxième niveau 	<p>Au total, 467 médecins/paramédicaux sont nommés par le ministère de la santé et participent aux activités d'audit dans 144 hôpitaux du ministère de la santé, qui a nommé trois auditeurs dans chaque hôpital. En outre, la Malaisie compte 15 départements de santé d'État et dans chaque État, le ministère a nommé deux auditeurs (30 auditeurs au total).</p> <p>Au niveau du ministère, 5 auditeurs sont nommés.</p> <p>Au total, 467 auditeurs de performances sont nommés, tous à temps partiel.</p> <p>Critères de sélection du personnel :</p> <p>For performance audit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personnel du MdS ayant une expérience professionnelle d'au moins six ans. 2. La priorité est donnée au personnel ayant une expérience du travail dans l'Unité Qualité ou impliqué dans l'activité de surveillance des performances. 3. Le personnel doit être proposé par l'Office national de la santé (soutien). <p>Il doit être en accord avec le mandat (compétent, indépendance, professionnel, confidentiel, obligatoire, responsable).</p>

Équipes d'audit médical et formation	Inde	Ghana
<p>Étape 2. Déterminer les besoins en ressources humaines</p>	<p><i>Critères de sélection du personnel :</i></p> <p>Sur la base des qualifications et de l'expérience dans le domaine de la santé publique. La fiducie a inclus des exigences minimales, telles que des médecins ayant une expérience postuniversitaires dans l'analyse de données ou le suivi et l'évaluation, et un master en travail social pour les enquêteurs auprès des bénéficiaires et le personnel de terrain.</p>	
<p>Étapes 3 et 4. Identifier et combler les lacunes en matière de ressources humaines et renforcer les capacités</p>	<p>Diplôme de premier cycle en rapport avec le poste, de préférence avec une formation juridique, médicale ou paramédicale, diplôme de criminologie, expérience dans le domaine de l'application de la loi ou en tant qu'agent de sécurité spécial de l'armée, compétences en matière de gestion de bureau et/ou de communication ;</p>	<p>L'assurance maladie nationale propose une formation de remise à niveau avec une vue d'ensemble du processus d'audit, une formation sur la manière de présenter les résultats de l'audit et le code de conduite de l'organisation.</p> <p>Les formateurs sont issus de l'agence d'assurance. Les régulateurs sont également appelés à faire des présentations sur les normes de pratique. Les auditeurs suivent une formation de remise à niveau une fois par an. Au cours des sessions de formation, tous les auditeurs passent en revue le code de conduite, qui inclut la confidentialité et la manière dont les auditeurs peuvent gérer les situations de conflit d'intérêts (voir l'annexe 6). (Voir l'annexe 6.)</p> <p>Trois des dix-sept personnes chargées des audits cliniques et de conformité ont été formées par Performant Group au Royaume-Uni et sont membres de l'association du Groupe de lutte contre la fraude dans l'assurance maladie.</p>
<p>En interne ou externalisé</p>	<p>En interne</p>	<p>Les audits médicaux ou cliniques sont réalisés en interne, mais des cliniciens externes sont engagés pour y participer. Chaque équipe est toujours dirigée par un clinicien de l'assurance maladie nationale.</p>

	Les Philippines	Malaisie
	<p>3. Chercheurs juridiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplôme de licence en rapport avec le poste • Admissibilité au service de carrière (professionnel)/admissibilité au deuxième niveau • Il est préférable d'avoir au moins une année d'expérience professionnelle pertinente dans le domaine de l'assurance sanitaire sociale • Avoir suivi une formation d'au moins seize heures dans le domaine de l'assurance maladie sociale <p>4. Équipe de lutte contre la fraude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplôme de licence en rapport avec le poste, de préférence avec une formation juridique, médicale ou paramédicale, diplôme de criminologie, ancien membre des forces de l'ordre ou agent de sécurité spécial de l'armée, compétences en matière de gestion de bureau et/ou de communication ; • Ne pas avoir de lien de consanguinité ou d'affinité avec des propriétaires ou des responsables d'hôpitaux agréés ou des professionnels de la santé agréés au quatrième degré civil. Doivent avoir des connaissances en informatique. • Les personnes ayant une expérience dans l'évaluation et/ou le traitement des réclamations, ou dans l'investigation juridique de l'entreprise sont préférées. Doivent réussir l'évaluation des compétences en matière d'enquête avant et après l'embauche, ainsi que l'examen de qualification. 	
	<p>Formation de base sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour des politiques et procédures de PhilHealth par le biais de conférences trimestrielles • Utilisation de base de Microsoft Excel (génération de tableaux, de graphiques, de tableaux croisés dynamiques, etc.) et de logiciels de veille stratégique ou d'analyse de données. • Compétences en entretien • Compétences de base en validation et/ou enquête sur le terrain • Négociation et résolution de conflits (souhaitable mais pas encore disponible) • Critical analysis (desirable but not yet available) • Communication • Travail d'état-major achevé (CSW)⁴⁾ 	<p>Tous les auditeurs reçoivent une formation de base sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les politiques d'audit • Compétences en interview • Compétences en validation de données de terrain • Compétences en audit de performance • Spécifications techniques <p>Les initiatives de renforcement des capacités au sein du ministère comprennent des réunions régionales annuelles de surveillance des performances, des mises à jour et des formations (et des abonnements à des modules de formation). Des réunions semestrielles avec les coordinateurs de la qualité des États sont également organisées.</p>
	I En interne	En interne

10) "Le travail d'état-major achevé est l'étude d'un problème et la présentation d'une solution par un officier d'état-major sous une forme telle qu'il ne reste plus au chef de la division d'état-major, ou au commandant, qu'à indiquer son approbation ou sa désapprobation de l'action achevée."

ÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE: HIRA, CORÉE DU SUD

Étape 1. Définir le champ d'application du système d'audit médical

Le champ d'application du système d'audit médical en Corée du Sud englobe tous les départements de HIRA. HIRA dispose d'un service de ressources humaines chargé de recruter et de former le personnel d'audit.

Étape 2. Déterminer les besoins en ressources humaines pour le système d'audit médical

Le département des ressources humaines élabore une stratégie de ressources humaines basée sur les priorités opérationnelles de HIRA. Le nombre total de membres du personnel au siège et dans les succursales est de 2 584 (à la date de décembre 2016). La majorité du personnel de HIRA est composée d'infirmières diplômées qui ont une expérience clinique dans l'examen des demandes d'indemnisation, les enquêtes sur place, l'évaluation de la qualité et l'élaboration de règles. Les détails des professions du personnel ainsi que leurs qualifications sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 6 Profession, qualifications et responsabilités du personnel (HIRA)		
Profession	Qualifications	Responsabilités principales
Personnel de révision (59.6%)	Infirmiers diplômés, pharmaciens, administrateurs de dossiers médicaux, techniciens médicaux avec un minimum d'un an d'expérience dans le domaine concerné.	Définition des critères de prestation/Examen des demandes de remboursement/ Évaluation de la qualité/ Enquêtes sur place
Personnel informatique (8.5%)	Titulaires de licences liées à l'informatique	Conception / Mise en œuvre / Test de la fonction logicielle / Distribution aux utilisateurs / Amélioration de la performance des produits et services
Chercheur (2.2%)	Titulaires d'un master ou d'un doctorat	Recherche sur les politiques d'assurance maladie / Recherche sur les systèmes et les ressources de santé / Développement et analyse de l'information (Big Data)
Personnel administratif (21.8%)	Varie en fonction de la responsabilité	Planification / Relations publiques / Gestion des ressources humaines / Gestion financière / Comptabilité

Profession	Qualifications	Responsabilités principales
Membre à temps plein du comité de révision et d'évaluation des soins de santé (2.4%)	<p>Titulaire d'une licence de médecine (y compris dentaire et orientale) depuis plus de 10 ans avec une expérience professionnelle dans une école ou une institution médicale.</p> <p>Titulaire d'une licence de pharmacien depuis plus de 10 ans avec une expérience professionnelle dans une école de pharmacie, un établissement médical, une pharmacie ou le Centre coréen des médicaments orphelins.</p> <p>Personne ayant travaillé comme professeur à temps plein ou plus et ayant au moins 10 ans d'expérience dans le domaine de la santé.</p> <p>Personne ayant au moins 10 ans d'expérience dans le domaine de la santé ou de l'assurance maladie, désignée comme membre permanent par le ministre de la santé et de la protection sociale.</p>	<p>Membres du comité d'examen des réclamations et d'évaluation de la qualité</p> <p>Examen par les pairs</p>

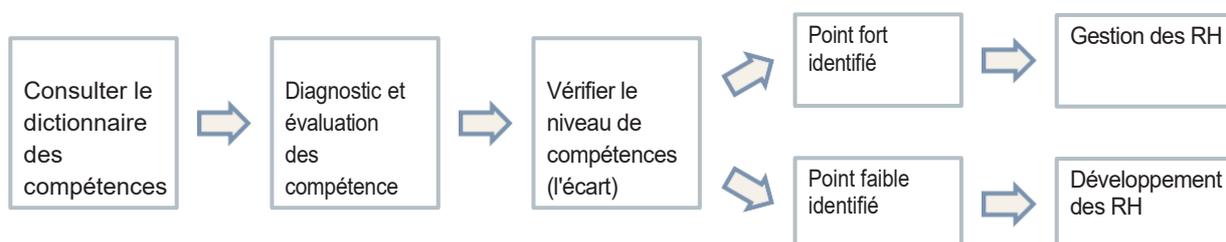
Étape 3. Identifier les lacunes en matière de ressources humaines

HIRA a dressé une liste des compétences de base de ses employés (connaissances et aptitudes) pour les tâches à accomplir dans cinq catégories afin de gérer les ressources humaines. Cette liste est appelée "Dictionnaire des compétences " et décrit le niveau de compétence attendu d'un employé. Comme les employés de HIRA mesurent régulièrement leurs propres compétences par le biais d'un diagnostic et d'une évaluation des compétences, leur niveau de compétence est déterminé en fonction de l'écart entre les compétences mesurées et le niveau de compétence attendu. Les employés peuvent identifier leurs forces et leurs faiblesses. HIRA propose des programmes de formation pour améliorer les capacités des employés après avoir identifié leurs compétences.

Bien que le processus de recrutement ait son propre ensemble de normes, des connaissances et des compétences plus spécialisées sont requises sur le lieu de travail. Il est inévitable que chaque membre du personnel ait des expériences et des capacités différentes, et que leurs niveaux de compétence varient. Le département des ressources humaines dispose d'un système permettant de réduire ces écarts entre les membres du personnel, notamment par le diagnostic des capacités et les programmes de formation.

Figure 6

Flux pour identifier les lacunes dans les ressources humaines (HIRA)



Étape 4. Comblar les lacunes en ressources humaines et renforcer les capacités

Attirer des talents pour combler les lacunes en matière de ressources humaines est un défi majeur pour les grandes organisations dans le paysage concurrentiel de la Corée du Sud. HIRA a investi dans la culture de l'organisation et est aujourd'hui l'un des employeurs les plus attractifs du pays. HIRA a reçu un grand prix parmi les 100 meilleures entreprises pour lesquelles travailler en Corée. HIRA a obtenu ce statut en offrant une formation approfondie sur le terrain et un environnement de travail agréable. HIRA offre des avantages tels qu'une garderie au sein de l'entreprise et des événements culturels hebdomadaires. Tous ces investissements ont porté leurs fruits en facilitant le recrutement et en attirant les talents.

HIRA organise régulièrement divers programmes de formation pour renforcer l'expertise au sein de l'organisation. Le département des ressources humaines de HIRA comprend deux divisions: la division de la gestion et la division du développement. La division de la gestion est responsable de la planification et du recrutement: La division de la gestion est responsable de la planification et du recrutement. La division du développement des ressources humaines encourage et supervise les programmes de formation de base, tandis que les programmes avancés et intensifs sont menés par des départements ou des divisions individuelles. Il s'agit notamment de conférences de cas, de séminaires, de mentorat et de communauté de pratique. Le service d'examen des réclamations organise des conférences sur les cas pour partager des cas spécifiques et des séminaires pour améliorer les connaissances médicales. Le mentorat permet aux membres expérimentés du personnel de révision d'agir en tant que mentors pour les autres employés et de leur donner une formation informelle au cas par cas sur la façon d'interpréter les valeurs des indicateurs et d'analyser les tendances des réclamations médicales et les cas de révision antérieurs.

Le renforcement des capacités d'HIRA s'articule autour de quatre programmes: Valeurs fondamentales, Leadership, Compétence professionnelle, et Processus de développement.

Le programme "**valeur fondamentale**" est un cours de formation obligatoire basé sur les valeurs fondamentales de chaque catégorie d'employés, comprenant cinq niveaux allant de la formation des nouveaux employés au renforcement des capacités des cadres ou des gestionnaires. Les valeurs fondamentales de HIRA sont les suivantes : "Les gens d'abord", "Favoriser la communication", "Équité et équilibre" et "Accès à une expertise ouverte". Les employés apprennent à connaître ces valeurs par le biais de l'"apprentissage par l'action".

Le **programme de leadership** est différencié en fonction du grade de l'employé. Ce programme contribue à améliorer la capacité de leadership (encourager les employés à réaliser leur potentiel pour atteindre les objectifs de HIRA) de ceux qui occupent le poste de superviseur. Les capacités requises des superviseurs pour la réalisation des objectifs de HIRA sont les suivantes : gestion des risques basée sur la compréhension du changement, acquisition stratégique du soutien des employés par leur autonomisation et leur mise en réseau, et gestion efficace des objectifs. Chaque année, les capacités de tous les gestionnaires sont évaluées afin d'identifier les domaines liés au leadership qui doivent être améliorés. Sur la base des résultats de l'évaluation, le programme est modifié et complété chaque année.

La **compétence professionnelle** est un programme qui améliore les capacités des employés dans le cadre de leurs fonctions. Ce programme se compose de deux sous-programmes : le programme de compétence générale et le programme de compétence professionnelle. Le programme de compétences générales est conçu pour améliorer les capacités communément applicables à l'ensemble du travail de HIRA. Il comprend des cours sur la rédaction de rapports d'activité, l'utilisation de Microsoft Excel, la planification et la communication. Le programme de compétences professionnelles est conçu pour former des experts capables de mener à bien les principales fonctions de l'entreprise, et des programmes sont gérés séparément pour cinq domaines distincts : examen et enquête sur les sinistres, évaluation de la qualité, établissement de normes, informatique et gestion de l'entreprise.

En outre, il existe des certifications internes pour les employés dans les domaines professionnels fondamentaux du programme de compétences professionnelles.

1. Expert en analyse et consultation d'honoraires médicaux : la certification d'expert en analyse et consultation d'honoraires médicaux a été lancée en 2010 pour former des experts internes capables de promouvoir l'amélioration de la qualité des pratiques médicales des établissements de santé en effectuant des tâches telles que l'analyse intégrée des informations sur les traitements et la fourniture d'informations personnalisées. Les employés qui travaillent à HIRA depuis au moins un an peuvent poser leur candidature.
2. Expert en examen fondé sur des données probantes : le maître du manuel d'examen fondé sur des données probantes a été créé en 2007 pour établir fermement un système de prise de décision fondé sur des données probantes en stimulant l'utilisation du manuel d'examen fondé sur des données probantes et en renforçant l'expertise de la main-d'œuvre de l'organisation experte en matière d'examen et d'évaluation. Les employés qui ont suivi une formation d'expert en soins de santé fondés sur des données probantes auprès de l'HIRA ou d'une autre organisation dans leur pays ou à l'étranger peuvent poser leur candidature.
3. Analyste certifié en information de santé : Cette certification a été lancée en 2004 afin de renforcer la fiabilité en analysant les données de HIRA pour mener des audits médicaux. L'objectif global est d'améliorer l'utilisation de l'information sur la convergence des soins de santé et d'assurer la confiance à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation grâce à des performances professionnelles précises et rapides basées sur des statistiques. La certification comporte deux niveaux, avec des qualifications différentes pour chaque niveau.
 - Niveau 1 : Employés ayant obtenu le « niveau 2 » il y a un an.
 - Niveau 2 : Employés qui travaillent chez HIRA depuis au moins six mois et qui ont suivi une formation de base en ligne.
4. La certification de l'utilisation de la législation en soins de santé : Le cours sur la législation en matière de soins de santé a été créé pour renforcer les capacités juridiques de base des employés afin qu'ils puissent exercer leurs fonctions en toute légalité. Les employés qui travaillent à HIRA depuis au moins un an et qui ont suivi une formation sur l'utilisation de la législation en matière de soins de santé peuvent s'inscrire.

Le **Programme de Processus de Développement** comprend les éléments suivants : un cours de promotion des instructeurs internes pour transmettre les connaissances et le savoir-faire liés aux tâches indispensables dans l'organisation et améliorer la qualité des cours de formation ; le financement de l'apprentissage autonome pour établir une culture de l'auto-apprentissage ; des cours conformes aux politiques et à l'administration du gouvernement ; l'éducation cybernétique qui permet des études autonomes n'importe où et n'importe quand.

La **formation relative aux déclencheurs** pour les praticiens de l'examen afin qu'ils soient en mesure d'identifier les déclencheurs. Ils doivent avoir la capacité de détecter et de surveiller les comportements et les signes de traitement anormaux des prestataires de soins de santé en analysant divers indicateurs utiles à la prise de décision. Cette capacité est fondée sur l'aptitude à analyser les données et les tendances des demandes de remboursement, à interpréter les valeurs des indicateurs et à comprendre les normes de prestations, les lignes directrices de traitement et les termes médicaux.

HIRA forme le personnel de révision à la recherche d'informations sur les normes de prestations, les directives de traitement et les termes médicaux par le biais d'un programme de formation en cours d'emploi (OJT) sous la forme d'une formation en ligne, afin qu'il puisse étudier par lui-même et, en fin de compte, vérifier si certains antécédents de traitement sont anormaux.

Il faut savoir utiliser le système d'analyse de l'entrepôt de données pour pouvoir analyser les données. HIRA propose donc fréquemment à son personnel une formation en ligne sur la signification et la structure des données qui sont accumulées dans le système d'analyse de l'entrepôt de données. Des formations théoriques et pratiques en dehors du travail sont dispensées une vingtaine de fois par an.

Motivation

HIRA propose de nombreux programmes de renforcement des capacités. Cet investissement est la clé de la promotion des talents essentiels dans le système national d'assurance maladie en Corée du Sud. HIRA ne se contente pas d'offrir ces cours de formation, mais reflète également les résultats de la formation dans l'évaluation des performances afin d'encourager la participation des employés aux cours de formation.

HIRA associe les cours de formation à la gestion des performances et dispose d'un mécanisme garantissant que chaque département aide et recommande activement la formation des employés en accordant des points supplémentaires, lors des évaluations, aux départements dont les employés ont reçu une formation et/ou une certification.

En interne ou externalisé

Soixante pour cent des programmes de formation de l'HIRA sont dispensés en interne par des experts de l'HIRA. Certains des principaux programmes de formation portent sur l'analyse des données, l'examen fondé sur des preuves, l'évaluation de la qualité, les technologies de l'information et de la communication (TIC), les statistiques et l'examen des demandes d'indemnisation.

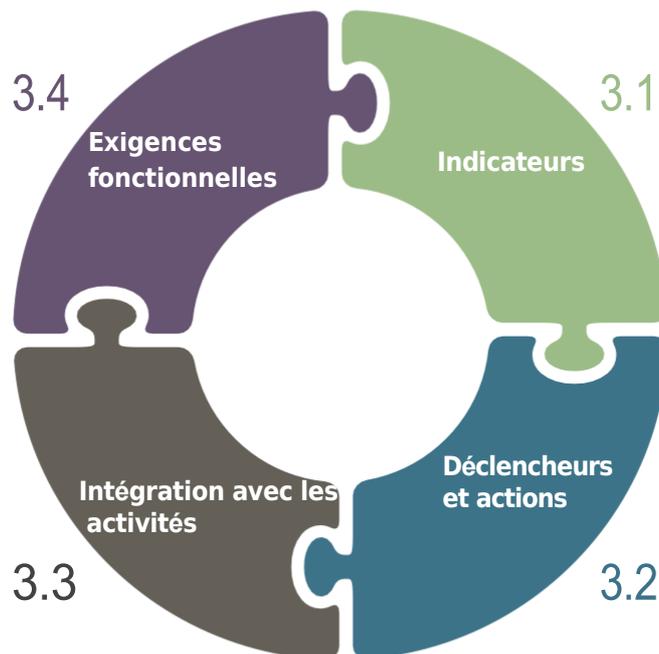
HIRA propose également divers programmes externes pour le personnel et les directeurs de haut niveau. Le personnel bénéficie de programmes de formation en statistiques et en informatique avancée. Les directeurs de haut niveau se voient proposer des programmes sur la politique et la gestion des soins de santé, la stratégie d'élaboration des politiques, etc.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Il est important de disposer d'une stratégie claire en matière de ressources humaines pour gérer les fonctions du système d'audit médical. La plupart des pays sont confrontés à une pénurie de ressources humaines qualifiées pour les audits médicaux. Il est donc important de disposer d'un plan de renforcement des capacités et de fidélisation dans le cadre de la stratégie des ressources humaines. La formation continue et le renforcement des capacités sont également nécessaires compte tenu de l'évolution des marchés de la santé, des technologies médicales et des systèmes informatiques.



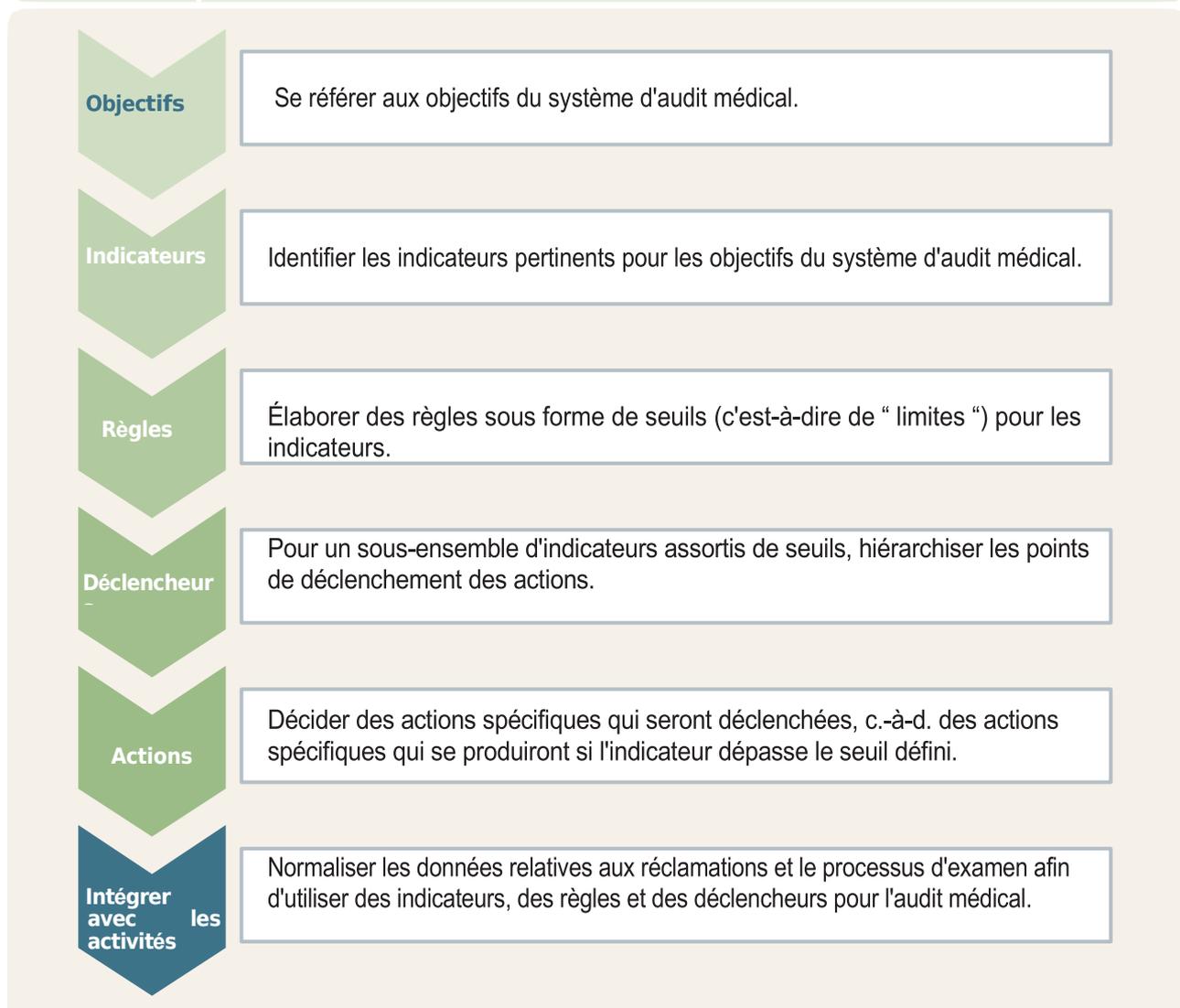
PROCESSUS DES SYSTÈMES D'AUDIT MÉDICAL



Dans le chapitre précédent, nous avons défini le champ d'application des audits médicaux et les structures de gouvernance essentielles pour le système d'audit médical. Dans cette section, nous nous concentrons sur le processus d'audit médical lui-même. Nous examinons les étapes détaillées de la conception du processus d'audit médical décrites ci-dessous.

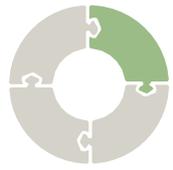
Figure 7

Processus du système d'audit médical



Une fois le système conçu et régulièrement révisé à l'aide des étapes essentielles ci-dessus, le processus continu de gestion comprend trois étapes clés:

1. Examen des réclamations et audit clinique ("évaluation de la qualité") à l'aide d'indicateurs sélectionnés
2. Les résultats de l'examen des réclamations et de l'évaluation de la qualité sont considérés comme un élément déclencheur d'une enquête plus approfondie.
3. Enquêtes



3.1 Indicateurs

OBJECTIF

Cette section présente les étapes permettant d'identifier et de hiérarchiser les indicateurs pour guider le système d'audit médical.

DÉFINITION

Dans cette boîte à outils, les indicateurs sont définis comme des variables mesurables utilisées pour contrôler les performances des prestataires de soins de santé par rapport aux objectifs du système d'audit médical.

PORTÉE

Ce chapitre présente les étapes permettant d'identifier, de hiérarchiser et d'utiliser des indicateurs pour le système d'audit médical. Étant donné que les indicateurs utilisés par l'acheteur de soins peuvent avoir de multiples avantages, il est recommandé d'impliquer différentes parties prenantes dans le processus de développement, de test et d'utilisation des indicateurs. Les étapes de ce chapitre s'appuient sur le travail disponible dans ["Utiliser l'analyse des données pour contrôler les systèmes de paiement des prestataires de soins de santé : Une boîte à outils pour les pays qui œuvrent vers la couverture sanitaire universelle."](#) ([Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems: A Toolkit for Countries Working Toward Universal Health Coverage](#).)

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente:

- Étapes clés pour identifier et hiérarchiser les indicateurs afin de guider le système d'audit médical
 - **Étape 1:** Faire référence aux objectifs du système d'audit médical
 - **Étape 2:** Identifier et sélectionner les indicateurs pertinents pour les objectifs du système d'audit médical
- Étude de cas détaillée: HIRA, Corée du Sud
- Enseignements tirés de l'expérience

ÉTAPES CLÉS

Étape 1. Se référer aux objectifs du système d'audit médical

La section relative à la définition des objectifs du système d'audit médical est disponible dans le chapitre en tant qu'étape 1 de la section Comment développer une gouvernance et une administration efficaces.

Étape 2. Identifier et sélectionner les indicateurs pertinents pour les objectifs du système d'audit médical

Un processus d'identification et de sélection des indicateurs est expliqué en détail dans la boîte à outils ["Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems: A Toolkit for Countries Working Toward Universal Health Coverage"](#) développé par le Réseau d'apprentissage conjoint. Cette boîte à outils comprend également un exemple de menu d'indicateurs. Vous trouverez ci-dessous d'autres observations du Medical Audit Collaborative.

Étapes	Cours généraux	
Planifier	Sur la base des objectifs de l'audit médical ¹¹⁾	Définir un comité responsable des indicateurs, permettre aux différents groupes d'avoir des représentants au sein du groupe et être transparent dans le processus de planification.
Élaborer	Critères SMART S -Spécifique M -Mesurable A -Atteignable R -Réaliste T - En temps utile	De nouveaux indicateurs peuvent être proposés par tout acteur du système de santé. Assurer une compréhension commune de l'indicateur proposé au sein du comité chargé d'élaborer de nouveaux indicateurs. Suivre un processus standard pour valider les critères SMART. Attribuer des responsabilités au sein du comité
Examiner	Les indicateurs présélectionnés doivent être examinés par un groupe plus large afin d'évaluer la pertinence et la compréhension. Valider l'évaluation initiale à l'aide de critères SMART. Par exemple, les hypothèses sur la qualité des données.	
Réviser les normes	Réviser les normes sur la base des preuves internationales et de l'analyse rétrospective des tendances, soit par le comité travaillant sur l'indicateur, soit par un comité externe composé de cliniciens et de chercheurs, en fonction du type d'indicateur.	
Définir la formule	Définir les règles et les seuils de mesure : numérateur et dénominateur clairement définis, source de données, indice de performance, etc. source de données, indice de performance.	

11) Se référer aux " Catégories de conséquences " dans " Utiliser l'analyse des données pour surveiller les systèmes de paiement des prestataires de soins de santé : une boîte à outils pour les pays qui travaillent vers la couverture sanitaire universelle " (Utilisation de l'analyse des données pour contrôler les systèmes de paiement des prestataires de soins de santé : une boîte à outils pour les pays qui œuvrent en faveur de la couverture sanitaire universelle). <http://www.jointlearningnetwork.org/resources/data-analytics-for-monitoring-provider-payment-toolkit>)

Étapes	Cours généraux
Tester	<p>Simuler l'indicateur à l'aide de seuils. Examiner les résultats avec tous les utilisateurs concernés, y compris l'équipe d'audit médical et les prestataires de soins de santé.</p> <p>Procéder à un essai pilote auprès d'un sous-ensemble de prestataires de soins de santé et mener une étude proactive pour vérifier éventuellement la qualité des données.</p> <p>Examiner les résultats du projet pilote avec tous les acteurs concernés et s'assurer de la compréhension commune de la raison d'être et de l'utilisation de l'indicateur.</p>
Publier	<p>Finaliser les spécifications techniques et préparer tout système informatique.</p> <p>Préparer un guide sur la manière de suivre l'indicateur (mécanismes de surveillance) et communiquer tout résultat pertinent.</p> <p>Relâcher l'indicateur dans le système.</p>
Examiner	<p>Assurer un examen régulier de l'utilité de l'indicateur. Il est important de laisser les indicateurs disparaître s'ils ne sont pas utilisés.</p>

Le fait de disposer de systèmes informatiques avec des demandes de remboursement électroniques facilite l'analyse des données en vue de l'élaboration d'indicateurs. Lorsque l'acheteur de soins est en mesure de numériser les données, les développeurs de technologies de l'information peuvent mettre au point des programmes de base permettant de générer et d'analyser des indicateurs.

Exemples d'indicateurs

Les membres du Medical Audit Collaborative ont dressé la liste des indicateurs de leurs pays respectifs afin de guider les pays qui s'engagent dans le processus d'identification et de hiérarchisation des indicateurs. De nombreux indicateurs sont importants pour l'acheteur de soins afin de contrôler la performance des prestataires de soins de santé. Certains indicateurs sont plus pertinents que d'autres pour l'audit médical.

Tableau 8 Exemples d'indicateurs par pays	
Objectif	Indicateur
Quality improvement	
Amélioration de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Durée du séjour - spécifique à la maladie • Taux de réadmission spécifique à la maladie dans un certain délai • Respect des lignes directrices en matière de pratique clinique • Preuve que les patients sont informés de la poursuite du plan de gestion • Taux de poursuite de la prescription
Timeliness	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les médicaments sont administrés en temps utile, de manière sûre, appropriée et contrôlée au bon patient. • Tous les patients font l'objet d'une anamnèse et d'un examen physique complets dans les vingt-quatre heures suivant leur admission • Soins en temps utile pour les urgences • Refus de soins

Objectif	Indicateur
Équité et impartialité	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins et pourcentage d'utilisation des soins par groupe socio-économique (patients hospitalisés et externes) • Refus de soins • Pourcentage d'assurés ne pouvant accéder aux services suite à des retards de prise en charge par les hôpitaux
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats pour le patient (taux de mortalité, taux de morbidité, réadmission, complication, réaction médicamenteuse, échec du traitement) • Soins d'urgence en temps opportune • Conformité aux procédures opératoires standardisées fondées sur des données probantes et aux directives de pratique clinique • Tous les médicaments sont administrés en temps utile, de manière sûre, appropriée et contrôlée au bon patient. • Nombre de réclamations émanant d'établissements non accrédités
Efficacité (service et système)	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation • Délai de traitement des réclamations • Durée moyenne du séjour • Ratio personnel de santé/patient • Coût unitaire moyen des médicaments et des fournitures • Nombre moyen de jours d'hospitalisation par groupe de maladies
Financement	
Viabilité financière du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio de remboursement des sinistres (rapport entre le montant total des indemnités versées et le montant total des primes perçues) dans les différentes régions • Preuve que les fonds alloués à l'assureur/au prestataire ont été versés tardivement ou en temps voulu • Valeur moyenne des réclamations par mois et par établissement • La surutilisation dépend du mécanisme de paiement du prestataire : capitation et budget global = Non ; groupes de diagnostic (DRG) et paiement à l'acte = Oui) • Indice de coût • Pourcentage d'utilisation de médicaments génériques • Moyenne de l'allocation totale, du paiement ou des réclamations par prestataire
Protection des bénéficiaires contre le risque	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de conformité de la facturation avec un copaiement élevé ou sans solde • Sous-services et sous-utilisation des services • Nombre de patients ayant des dépenses non remboursées • Taux transferts (transferts fréquents par les prestataires) • Nombre de réclamations émanant d'établissements non accrédités • Nombre de patients payant de leur poche les services couverts • Montant total moyen réclamé par personne dans les établissements offrant les mêmes services
Détection de la fraude à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> • Surutilisation des services • Refus de soins - nombre de plaintes contre le médecin ou l'établissement • Pourcentage de demandes excessives ou inappropriées • Incidence de la fabrication de réclamations • Incidence de la duplication des réclamations • Incidence de la postdatation des réclamations • Incidence de fausses déclarations par le biais d'informations fausses ou incorrectes • Incidence de l'attribution d'un code supérieur à la maladie • Incidence de fausses déclarations par des informations erronées • Incidence des réclamations pour des patients non admis • Taux de désapprobation d'un recours

La méthode RAND d'évaluation de l'adéquation est un outil utile pour développer des mesures de sous-utilisation et de surutilisation des soins. Le guide de l'utilisateur est disponible ici : https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf

Exemples de pays

En Malaisie, les indicateurs sont rédigés avec des spécifications techniques spécifiques par le responsable du programme et les cliniciens. Les indicateurs sont examinés et finalement approuvés par les responsables de haut niveau du ministère de la santé. Les indicateurs sont révisés régulièrement. Les données sont collectées par chaque service des hôpitaux, certifiées, vérifiées et rapportées par l'unité de qualité du bureau de santé de l'État, puis envoyées au secrétariat des indicateurs de performance clés du ministère de la santé. Le secrétariat élabore une matrice standard permettant aux prestataires de rapporter les indicateurs de performance clés.

Ces indicateurs sont analysés par le secrétariat et l'indice de performance est généré. L'indice de performance est une valeur relative des performances de chaque indicateur. Un bon indicateur de performance aura une valeur supérieure à 1; un indicateur de performance médiocre aura une valeur inférieure à 1. La performance est vérifiée deux fois par an. Les indicateurs seront mis à jour par le programme ou par les cliniciens, sur la base des informations fournies par le secrétariat. Les défis posés par les rapports et le suivi sont discutés lors des réunions régionales avec tous les coordinateurs de la qualité des États et des hôpitaux.

Au Nigeria, les indicateurs de l'audit médical sont élaborés par le régime national d'assurance maladie (Régime national d'assurance maladie) par l'intermédiaire de l'Agence nationale de la santé. Département des normes et de l'assurance qualité. Les prestataires de soins de santé, les organismes de réglementation, le ministère de la santé et des consultants externes participent à la sélection des indicateurs. Ces consultants proviennent d'établissements de soins de santé tertiaires et de partenaires de développement. Les principaux défis sont le financement et la disponibilité des partenaires techniques.

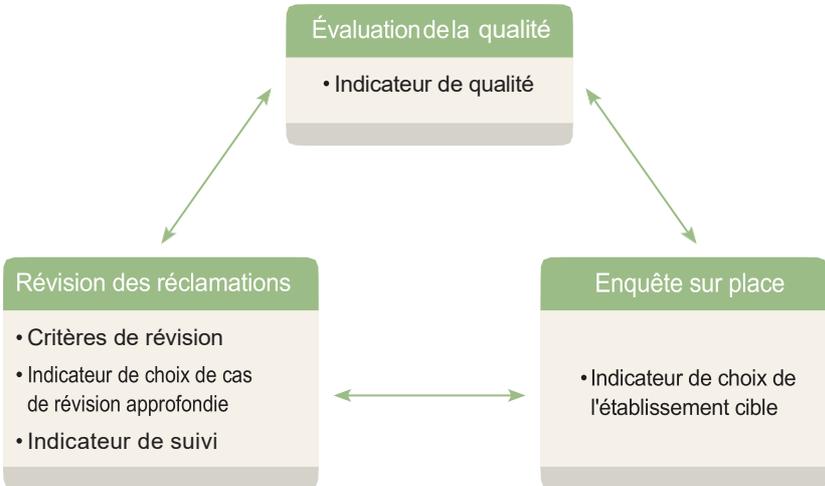
Aux Philippines, lors de l'élaboration du système d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé, PhilHealth a identifié des indicateurs pour mesurer la protection contre les risques financiers, la satisfaction des patients, la qualité des soins et la commission de fraudes et de pratiques néfastes. Les indicateurs identifiés sont ceux qui sont déjà utilisés au niveau local et international. Certains des indicateurs peuvent déjà être mesurés à l'aide des outils actuels et à partir de la base de données des demandes de remboursement. Cependant, certains indicateurs de la liste sont déjà inclus mais ne seront mesurés que lorsque les demandes de remboursement électroniques seront mises en œuvre.

DÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE: HIRA, CORÉE DU SUD

Étape 1. Se référer aux objectifs du système d'audit médical

Depuis l'introduction de l'assurance maladie nationale en 1977, le principal système de paiement des prestataires en Corée du Sud est le système de rémunération à l'acte. L'objectif ultime de l'audit médical est de prévenir les dépenses inappropriées et d'améliorer la qualité des soins de santé. Comme le montre la figure 1, les principales activités de l'audit médical comprennent l'investigation et l'audit clinique. HIRA a défini ces activités comme étant l'examen des demandes, l'enquête sur place et l'évaluation de la qualité. L'examen des demandes est le processus de détermination du montant du remboursement à l'aide de critères d'examen et d'indicateurs de suivi. L'évaluation de la qualité se réfère principalement à l'évaluation de la qualité clinique; il existe des indicateurs de qualité indépendants du processus d'examen des demandes de remboursement. L'enquête sur place est le processus de vérification des faits et de la légalité des demandes de remboursement dans les établissements où la probabilité de demandes frauduleuses ou fausses est élevée. Bien que ces trois activités soient liées, elles doivent être décrites individuellement car leurs objectifs, leurs indicateurs et leurs méthodes sont différents. La figure ci-dessous est un diagramme conceptuel de la relation entre les trois activités et les indicateurs utilisés dans chacune d'entre elles.

Figure 8 **Schéma conceptuel de la relation entre les trois activités et les indicateurs (HIRA)**



Étape 2. Identifier et sélectionner les indicateurs pertinents pour les objectifs du système d'audit médical

Les indicateurs les plus fondamentaux utilisés pour l'examen des demandes de remboursement sont les (1) critères d'examen. Il existe environ 1 800 critères d'examen relatifs à environ 9 000 procédures médicales, 20 000 médicaments et 23 000 fournitures médicales couverts par l'assurance maladie nationale. Ces critères sont généralement définis lorsque le contrôle des coûts est jugé nécessaire parce qu'un service particulier est coûteux ou peut faire l'objet d'abus, ou lorsque le contrôle de la qualité est jugé nécessaire parce qu'une mauvaise utilisation du service pourrait avoir de graves conséquences sur les résultats thérapeutiques

HIRA s'appuie sur son examen des directives cliniques, des manuels, de la littérature de recherche clinique, des données sur les prestations d'assurance d'autres pays et des discussions avec des experts, et tient compte de la "nécessité thérapeutique", de la "validité clinique" et du "rapport coût-efficacité" des services médicaux pour préparer des projets de critères d'examen des demandes de remboursement.

Par exemple, l'examen de la densité osseuse est remboursé pour les femmes de soixante-cinq ans et plus, et pour les hommes de soixante-dix ans et plus.

L'examen des demandes d'indemnisation se divise en deux grandes catégories: l'examen électronique et l'examen approfondi. Certains des critères d'examen sont appliqués à l'examen électronique au moyen du système de communication et de technologie de l'information de HIRA (voir "examen des demandes d'indemnisation" pour une description détaillée de la méthode d'examen des demandes d'indemnisation). Il serait impossible pour des examinateurs humains d'examiner les 1,53 milliard de demandes de remboursement soumises chaque année par quelque 90 000 prestataires de soins de santé. C'est pourquoi HIRA utilise l'examen électronique et a mis au point divers indicateurs pour gérer efficacement les dépenses de santé et améliorer la qualité des soins. L'examen électronique étant effectué par voie électronique, il peut s'appliquer à tous les dossiers d'examen des demandes de remboursement soumis. L'examen approfondi, quant à lui, est un examen plus ciblé effectué par des examinateurs humains.

Les cas soumis à un examen approfondi sont sélectionnés à l'aide d'un modèle multidimensionnel comportant plusieurs variables, ou sont soumis par les prestataires présentant le taux le plus élevé d'ajustement des demandes, des fluctuations anormales des demandes médicales (y compris le coût du traitement par cas), des erreurs fréquentes dans les demandes, des demandes retardées, etc.

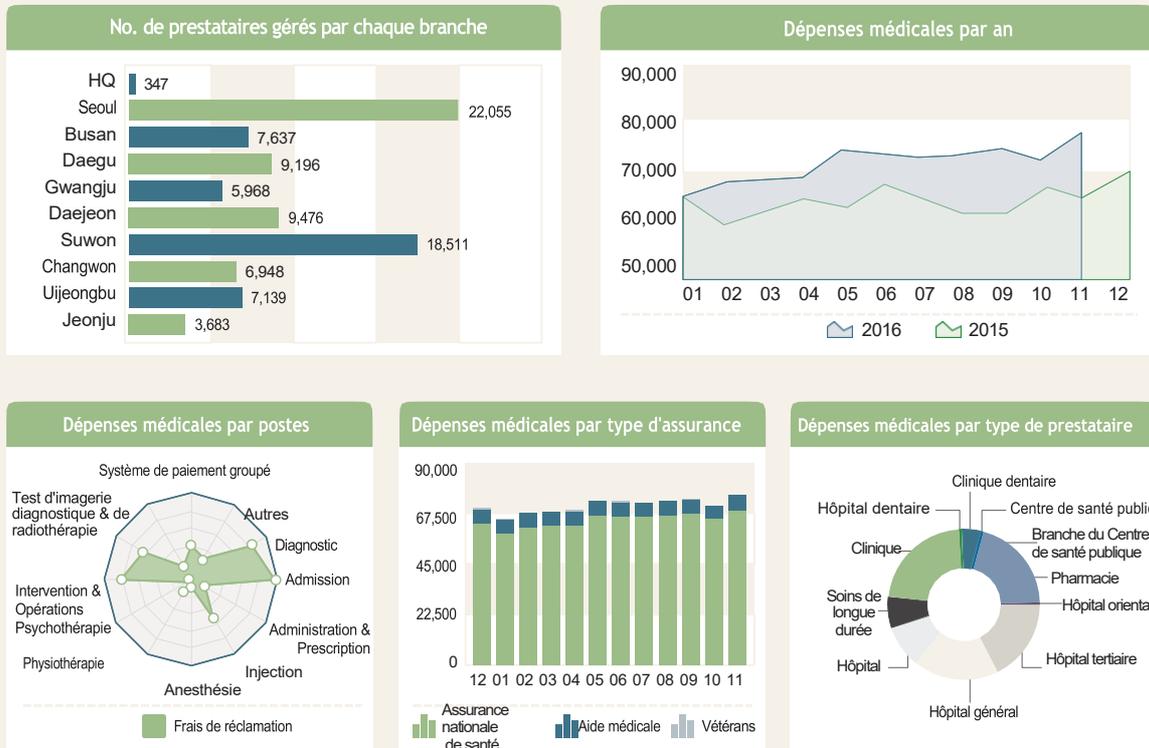
Actuellement, des indicateurs permettant d'identifier les erreurs dans les demandes de remboursement ou les services de soins de santé inappropriés figurent dans le tableau de bord utilisé par HIRA. Les examinateurs des réclamations vérifient les indicateurs concernant les caractéristiques et les tendances des prestataires de soins de santé par le biais d'un système de profil des prestataires. Lorsque certains indicateurs franchissent des seuils, les examinateurs procèdent à des analyses détaillées et développent des indicateurs supplémentaires en fonction de la nécessité d'une analyse plus poussée. Ces indicateurs sont sélectionnés et classés par ordre de priorité en fonction du coût, de la variation et d'autres critères de sélection, le cas échéant.

Figure 9

Système de profil du prestataire (HIRA)

Système de profil du prestataire

SERVICE DE RÉVISION ET D'ÉVALUATION DE L'ASSURANCE MALADIE



Le système de profil des prestataires fournit des indicateurs absolus et relatifs aux membres du personnel de HIRA et aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent comparer les niveaux de performance des différents prestataires. Les indicateurs absolus comprennent les coûts de traitement de chaque prestataire, le nombre de demandes de remboursement et le coût de traitement par demande, sans tenir compte de la gravité de la maladie du patient. Ces indicateurs sont utiles pour comparer l'évolution des établissements par séries chronologiques ou par rapport à la moyenne des autres établissements.

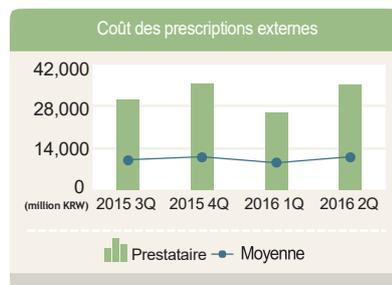
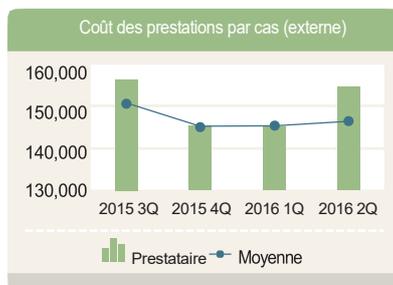
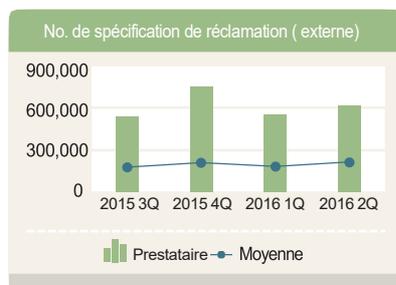
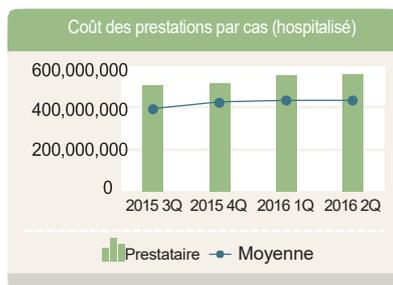
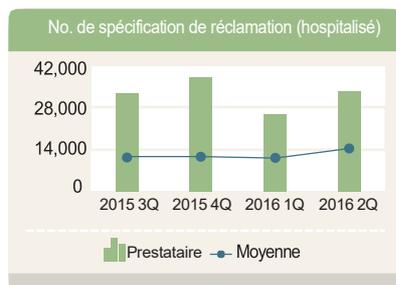
Comme le montre la figure ci-dessous, le nombre de demandes ainsi que le coût du traitement du prestataire sélectionné sont supérieurs à la moyenne par rapport à d'autres prestataires du même niveau. Il apparaît également que le nombre de demandes (patients hospitalisés) a augmenté de sept mille demandes au deuxième trimestre 2016 par rapport au premier trimestre de la même année.

Figure 10

Exemple d'indicateurs absolus (HIRA)

(Unité : cas, millions KRW (Coût total des avantages), jour

Trimestre d'examen		2015 3Q		2015 4Q		2016 1Q		2016 2Q	
Classification		Moyenne	Prestataire	Moyenne	Prestataire	Moyenne	Prestataire	Moyenne	Prestataire
H o s p i t a l i s é	No. de spécification de réclamation	11,310	31,979	11,624	37,294	11,157	25,270	14,330	32,361
	No. de patients	9,521	25,121	9,926	28,375	9,412	20,800	12,411	26,476
	Jours d'hospitalisation	80,022	174,538	81,192	199,559	71,169	132,185	87,372	172,920
	Coût total des prestations	3,221,402	8,851,832	3,439,681	10,341,348	3,081,416	7,311,569	3,797,901	9,692,736
	Coût total des prestations (y compris les prescriptions externes)	3,222,273	8,855,088	3,440,512	10,345,933	3,082,150	7,313,725	3,798,948	9,695,864
	Coût des prestations par cas (y compris les prescriptions externes)	2,848,927	2,769,032	2,959,893	2,774,155	2,762,609	2,894,232	2,651,006	2,996,157
	Coût des prestations par journée d'hospitalisation (y compris les prescriptions externes)	402,672	507,344	423,751	518,440	433,074	553,295	434,800	560,714
E n e x t e r n e	No. de spécification de réclamation	186,584	543,884	213,902	752,777	189,510	563,376	216,015	619,527
	No. de patients	106,716	282,649	121,546	387,345	109,765	318,971	123,263	342,776
	Jours de visite	185,631	536,734	212,720	744,543	188,438	554,722	214,904	611,172
	Coût total des prestations	1,802,308	5,381,726	2,009,310	7,283,605	1,802,312	5,557,283	2,037,991	6,041,241
	Coût total des prestations (y compris les prescriptions externes)	2,809,299	8,485,551	3,105,668	10,945,422	2,758,085	8,173,943	3,164,458	9,561,387
	Coût des prestations par cas (y compris les prescriptions externes)	150,565	156,018	145,191	145,401	145,538	145,089	146,493	154,334
	Coût des prestations par jour de visite (y compris les prescriptions externes)	151,338	158,096	145,998	147,009	146,366	147,352	147,250	156,443
Coût des prescriptions externes (millions KRW)	1,006,992	3,103,825	1,096,358	3,661,817	955,774	2,616,660	1,126,468	3,520,146	



Les indicateurs relatifs sont des indicateurs ajustés au case-mix et sont utiles pour comparer les coûts de traitement, la durée de séjour (nombre de jours de visite) et l'indice case-mix des prestataires dans le même niveau. Les principaux indicateurs relatifs générés par HIRA sont l'indice de coût par épisode (ECI), l'indice de coût par jour (DCI), l'indice de durée (LI) pour les patients hospitalisés, l'indice de visite (VI) pour les patients externes et l'indice de case-mix (CMI). Voir l'annexe 2 pour plus de détails sur les indicateurs relatifs à HIRA.

Par exemple, l'ECI est la valeur comparative de l'institution concernée en ce qui concerne les honoraires médicaux attendus par demande (par patient), compte tenu de la composition du dossier du prestataire. Même si les honoraires médicaux par patient sont faibles, l'ECI peut être supérieure à la moyenne si l'on tient compte de la répartition des cas, comme le montre la valeur de l'indice épisode- coût supérieure à 1 dans la figure 11 ci-dessous. Un ECI de 1,10 signifie que les honoraires médicaux sont 10 % plus élevés que la moyenne. Pour plus de détails, voir l'annexe.

Figure 11

Exemple d'indicateurs relatifs (HIRA)

Indicateurs		2016 3Q	2016 4Q	2017 1Q	2017 2Q
E n e x t e r n e	Indice de coût des épisodes (ECI)	1.13	1.04	1.12	1.10
	Indice de coût en jours (DCI)	<1.0	<1.0	<1.0	<1.0
	Indice de visite (VI)	1.25	1.11	1.25	1.21
	Indice de coût de la prescription en dehors de l'hôpital	<1.0	<1.0	<1.0	<1.0
	Indice de mixité des cas (CMI)	1.26	1.31	1.31	1.29

L'élaboration de nouveaux indicateurs est nécessaire en cas d'augmentation spectaculaire du coût du traitement au cours d'une certaine période, ou lorsque la part d'un certain service médical dans le total des frais médicaux varie considérablement par rapport au total des frais médicaux. Il est également nécessaire lorsque les valeurs des indicateurs sont considérablement élevées par rapport à la moyenne de l'OCDE, ou lorsqu'un besoin de développement d'indicateurs apparaît au cours de l'exécution d'autres projets.

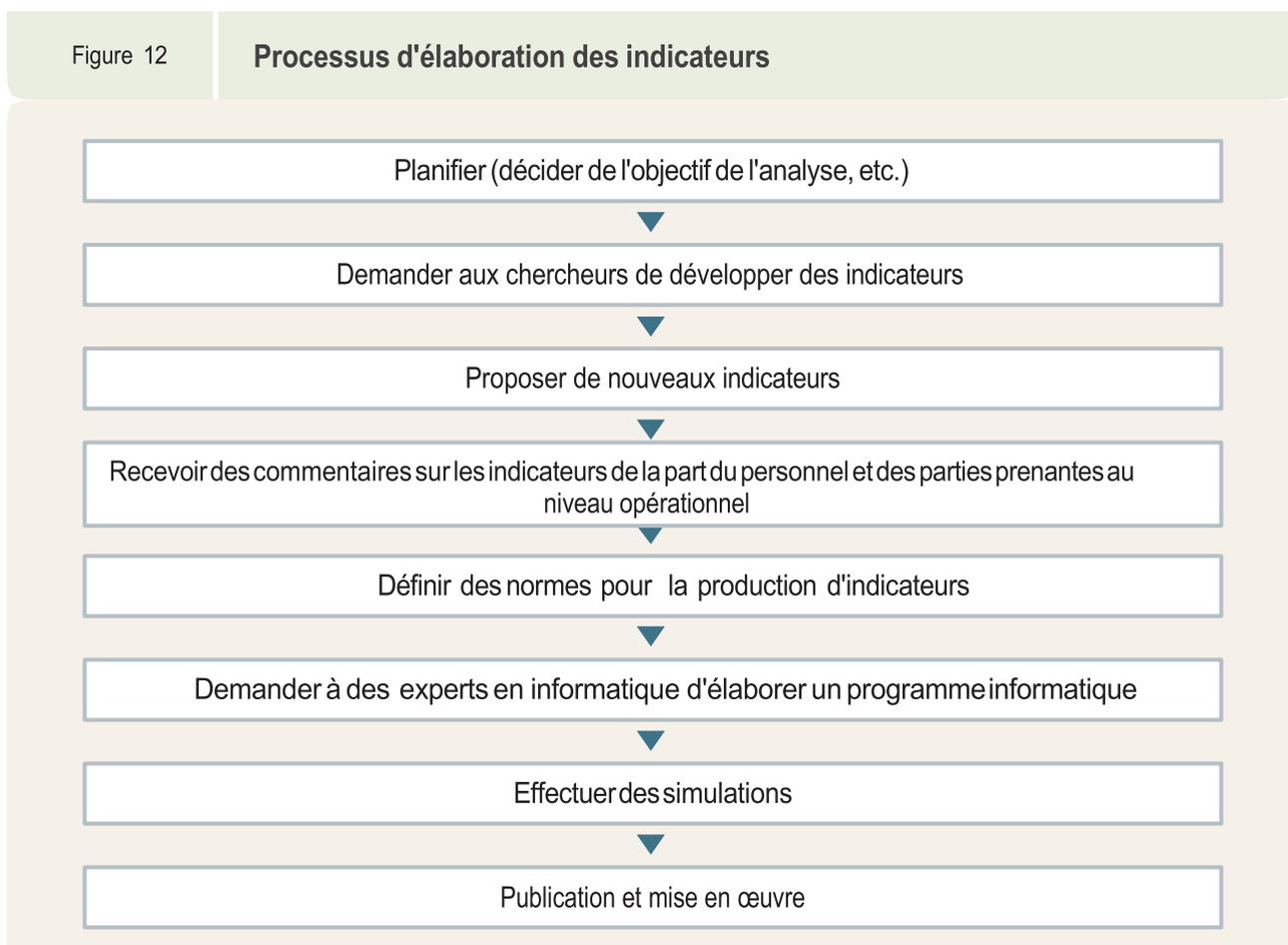
En Corée, HIRA ou des organisations d'experts externes sont chargées de développer les indicateurs. Les indicateurs sont définis sur la base de considérations relatives à la nature, à l'influence et à l'acceptabilité des indicateurs. En principe, les indicateurs sont élaborés par les experts de HIRA. Toutefois, les sociétés médicales concernées sont invitées à les développer dans les cas où l'objectivité est prioritaire (parce qu'un conflit aigu avec les parties prenantes est prévisible) ou lorsqu'un niveau élevé d'expertise est requis. Comme les domaines d'évaluation de la qualité s'étendent et que les résultats de l'évaluation sont utilisés dans un grand nombre de pays, il est nécessaire de développer des indicateurs d'évaluation de la qualité.

Les indicateurs développés indépendamment par HIRA sont principalement des indicateurs d'examen des demandes d'indemnisation. Parmi eux, les indicateurs absolus sont généralement élaborés par le personnel chargé de l'examen et les indicateurs relatifs sont élaborés par les chercheurs du département de la recherche.

Quelle que soit la personne qui élabore les indicateurs, le personnel de l'HIRA chargé de la tâche continue à les réviser jusqu'à ce qu'ils soient finalisés et l'engagement des parties prenantes dans le processus est garanti afin d'accroître la validité et l'acceptation des indicateurs. Lorsque HIRA développe les indicateurs de manière indépendante, il n'y a pas de coûts supplémentaires car les employés de HIRA effectuent le travail, mais il y a des coûts de recherche supplémentaires si le processus de développement est externalisé.

Lors de la sélection des indicateurs, l'HIRA étudie les cas d'autres pays (pays de l'OCDE, États-Unis, Australie, Royaume-Uni, etc.) et les prend en considération. Toutefois, il est plus approprié de baser l'élaboration des déclencheurs sur les conditions médicales/de traitement en Corée. En conséquence, l'HIRA analyse les données relatives aux demandes de remboursement de frais médicaux et à l'évaluation de la qualité afin de calculer des valeurs valables et de déterminer les déclencheurs en intégrant les avis de diverses parties prenantes, y compris des experts.

Des exemples du processus d'élaboration des indicateurs de HIRA, en Corée du Sud, sont présentés ci-dessous dans la figure 12.



EXEMPLE: INDICATEUR DE DÉVELOPPEMENT DES BENZODIAZÉPINES

Vue d'ensemble

- Objectif: Évaluer l'efficacité des six indicateurs de suivi existants et développer un nouvel indicateur.
- Équipe de développement: Six personnes - trois chercheurs et trois membres du personnel du département responsable (Département de l'administration des examens).
- Demandeur: Service compétent

Processus de développement

• *Étape 1. Planifier*

À la demande de l'organisation et des parties externes, le département responsable a planifié l'efficacité l'évaluation et l'amélioration des indicateurs utilisés depuis longtemps

• *Étape 2. Demander aux chercheurs de développer des indicateurs*

Après avoir discuté du besoin de recherche lors d'une réunion préliminaire avec les chercheurs de HIRA, la demande de développement de nouveaux indicateurs a été soumise.

Lors de la réunion préliminaire, un chercheur a présenté un indicateur de prescription à long terme pour les benzodiazépines. Selon l'OCDE, la Corée du Sud a le taux de prescription de benzodiazépine à action prolongée le plus élevé des pays membres de l'OCDE parmi les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus.

• *Étape 3. Proposer de nouveaux indicateurs*

L'équipe de développement a analysé l'état actuel des prescriptions de benzodiazépines et d'autres médicaments psychiatriques : médicaments liés aux benzodiazépines, taux de prescription des médicaments liés aux benzodiazépines parmi les médicaments psychiatriques, données de prescription des benzodiazépines (par âge, par service, par code ATC, etc.). Plutôt que de développer un indicateur distinct pour les benzodiazépines à longue durée d'action, les psychiatres ont recommandé de cibler la gestion de l'ensemble de la famille des benzodiazépines. Ils ont donc proposé "Prescription à long terme de benzodiazépines chez les patients de 65 ans et plus" comme projet de nouvel indicateur pour le système de gestion des liens avec les indicateurs.

Selon l'analyse par âge au quatrième trimestre 2015, plus de 65 % des patients ayant demandé une benzodiazépine et 50 % du volume de consommation et des demandes de remboursement provenaient de personnes âgées de soixante ans et plus. Ils ont examiné la « stabilité des médicaments » et les indicateurs dans d'autres pays (Australie, Royaume-Uni, etc.). Ils ont comparé la dose journalière définie, le nombre de jours de prescription par ordonnance et le nombre de jours de prescription par patient.

L'équipe de développement a proposé les trois projets d'indicateurs suivants sur la prescription de benzodiazépines : Taux de prescription à long terme (30 ou 60 jours par ordonnance) par trimestre chez les patients de 65 ans et plus Taux journalier de prescription à long terme (30 ou 60 jours par patient) par trimestre chez les patients de 65 ans et plus Taux de prescription à long terme par trimestre chez les patients de 65 ans et plus (Dose journalière définie).

La conclusion est que le "taux de prescription à long terme (30 jours par patient) par trimestre chez les patients de 65 ans et plus" est un bon indicateur pour développer un déclencheur permettant d'identifier les institutions ayant des taux élevés de prescription à long terme de benzodiazépines, car il est basé sur l'épisode.

- **Étape 4. Recevoir des commentaires sur les nouveaux indicateurs de la part du personnel opérationnel et des parties prenantes**

La collecte d'avis externes du cercle médical et du monde universitaire, ainsi que du personnel opérationnel interne, peut être effectuée avant, pendant et après l'étude par l'équipe chargée du développement.

Dans cette étude sur les indicateurs des benzodiazépines, l'équipe de développements s'est efforcée d'entendre les sociétés médicales au cours de la recherche. Les conseillers comprenaient le Comité d'examen et d'évaluation des soins de santé de l'HIRA (département de neuropsychiatrie, département de pharmacie), une société universitaire externe (Société coréenne des psychiatres), l'Association des hôpitaux coréens et l'Association médicale coréenne.

- **Étape 5. Fixer des normes pour l'élaboration d'indicateurs**

Compte tenu de l'acceptation des sociétés médicales, le département de l'administration des examens a préparé les normes suivantes:

- Nom de l'indicateur : Taux de prescription à long terme de benzodiazépines chez les patients âgés de 65 ans ou plus
- Seuil : plus de 30 %, car c'est le taux de prescription des établissements situés entre le 80e et le 100e rang entre 2012 et 2015, et c'est le double du taux de prescription moyen de 14,74 %.
- Prestataire cible : clinique, hôpital (à l'exception de la neurologie et de la psychiatrie)
- Formule

$$\frac{\text{No.de prescriptions de benzodiazépines supérieures à 30 jours chez les patients de 65 ans et plus}}{\text{No. de prescriptions de benzodiazépines chez les patients de 65 ans et plus}} \times 100$$

- Norme de création de données : par institution, par trimestre

- **Étape 6. Demander à des experts en informatique d'élaborer un programme informatique**

Demander le développement d'un système pour le calcul de la valeur de l'indicateur, le contrôle, l'écran de post-gestion, etc.

- **Étape 7. Exécuter des simulations**

Les responsables et les informaticiens ont travaillé ensemble pour simuler un déclencheur à l'aide des données de base afin de vérifier que le système produisait les valeurs correctes de l'indicateur et que le seuil déterminé (20 % ou 30 %) constituait un déclencheur approprié pour l'enquête.

- **Étape 8. Publier de nouveaux indicateurs et les mettre en œuvre**

Lors d'une réunion, le cercle médical concerné par le nouvel indicateur a été informé des détails du nouvel indicateur et de la méthode de gestion recommandée par les spécialistes. Les cercles médicaux ont informé leurs membres et ont donné leur avis à HIRA.

Avant l'introduction effective, des informations sur le nouvel indicateur ont été communiquées aux médias en décembre 2016.

L'objectif de l'évaluation de la qualité (AQ) est d'améliorer la qualité des services de soins de santé et de minimiser les écarts de traitement entre les prestataires de soins de santé et les médecins. En 2017, il existait 375 indicateurs de 32 éléments d'évaluation de la qualité dans 10 domaines, y compris les maladies aiguës et les maladies chroniques. Les indicateurs d'évaluation sont basés soit sur une évaluation absolue, soit sur une évaluation relative. Si l'objectif de l'évaluation est précis, l'évaluation absolue se fait avec un seuil. L'évaluation relative est réalisée lorsqu'il est difficile d'établir une évaluation objective, ou lorsqu'il est nécessaire d'instaurer une concurrence entre les prestataires en raison d'une faible qualité. (Voir l'annexe 3 pour les indicateurs de HIRA).

Les indicateurs sont utilisés pour les enquêtes sur place afin d'identifier et de sélectionner les prestataires qui ont une probabilité élevée de réclamations frauduleuses, de plaintes du public ou qui font l'objet de demandes d'enquête de la part du NHIS.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

L'efficacité des indicateurs dépend de la qualité des données. Il est important d'évaluer la qualité des données avant de finaliser les indicateurs. Dans certaines situations, des mesures doivent être prises pour améliorer la qualité des données (par exemple, formation ou sanctions si la qualité des données est inférieure à une certaine norme).

Il est important de revoir les indicateurs au fil du temps et de les modifier si nécessaire en fonction de l'évaluation de leur utilité par rapport aux objectifs globaux du système d'audit médical.

Le renforcement des capacités de simulation peut être important pour la sélection d'indicateurs efficaces.

L'utilisation d'indicateurs est importante pour les systèmes d'information manuels (par exemple, les demandes d'indemnisation sur papier). Les technologies de l'information peuvent contribuer à automatiser l'analyse et l'utilisation d'un plus grand nombre d'indicateurs, mais il est important de disposer d'au moins quelques indicateurs pour les systèmes manuels.

Un groupe de professionnels, y compris des universitaires, devrait être chargé d'élaborer et de finaliser les indicateurs à l'aide d'un processus d'examen et de développement fondé sur des preuves.

Les indicateurs dépendent des objectifs généraux du système d'audit médical, des exigences du système de paiement, du type de prestataires de soins de santé disponibles, etc.



3.2 Déclencheurs et Actions

OBJECTIF

Cette section présente les avantages des déclencheurs d'actions de l'audit médical, qui peuvent rendre le système d'audit plus efficace et plus efficient. Dans les pays dotés de systèmes d'audit médical avancés, des déclencheurs automatisés basés sur des indicateurs signalent le moment où il convient de procéder à une enquête et à un audit plus approfondis, mais il existe peu d'informations publiques sur la manière de développer ces déclencheurs. Compte tenu du coût élevé et de la charge de ressources que représentent les audits et les enquêtes sur place, il est essentiel de comprendre ce que sont des déclencheurs "efficaces" et comment les développer en interne pour mettre en place un système d'audit médical solide.

DÉFINITION

Un déclencheur entraîne une action spécifique - dans le cas d'un système d'audit médical, l'action qui suit le déclencheur est un processus d'examen détaillé (par exemple, une demande d'informations complémentaires et une éventuelle enquête hors site ou sur site). Les déclencheurs sont utilisés pour identifier les prestataires soupçonnés de traitements inappropriés ou de demandes frauduleuses.

Les déclencheurs sont définis sur la base d'indicateurs et de seuils attribués à ces indicateurs. Dans le cas des audits médicaux, un seuil est souvent basé sur des normes de soins fondées sur des preuves, par exemple un indicateur ne doit pas être supérieur ou inférieur à un certain niveau de qualité ou de coût, ou supérieur à un certain écart type par rapport à la moyenne statistique des données relatives aux demandes de remboursement.

Les seuils doivent être élaborés sur la base de données probante, d'une analyse de référence du contexte local et de la consultation de spécialistes.

Les acheteurs de soins utilisent des seuils pour définir des déclencheurs et obtenir une réponse spécifique. Par exemple, les acheteurs de soins précisent que les données relatives aux demandes de remboursement soumises au-delà ou en deçà d'un seuil spécifique déclencheront le signalement d'une demande de remboursement en vue d'un examen et d'une analyse plus approfondis. Les acheteurs qui disposent d'un système de gestion électronique des demandes de remboursement peuvent automatiser les déclencheurs d'enquêtes complémentaires.

PORTÉE

Les audits et les enquêtes médicales peuvent être déclenchés par un certain nombre d'événements (par exemple, une demande du ministère de la santé, des dénonciateurs, des plaintes de patients, etc.) Dans le cadre de cette boîte à outils, le développement des déclencheurs se concentrera principalement sur l'analyse des données relatives aux demandes d'indemnisation.

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente :

- Six étapes clés pour développer des déclencheurs d'audit médical
 - **Étape 1:** Sélectionner les indicateurs qui seront utilisés pour développer des déclencheurs
 - **Étape 2:** Examiner les données et les preuves liées à chaque indicateur choisi pour les déclencheurs.
 - **Étape 3:** Définir des seuils sur la base de l'examen des données probantes et du contexte national
 - **Étape 4:** Développer des déclencheurs efficaces pour l'ensemble du système
 - **Étape 5:** Tester et affiner avant le déploiement
 - **Étape 6:** Automatiser et lancer les déclencheurs d'audit médical finalisés
- Étude de cas détaillée : HIRA, Corée du Sud
- Enseignements tirés de l'expérience

ÉTAPES CLÉS

Étape 1. Sélectionner les indicateurs qui seront utilisés pour développer les déclencheurs.

La première étape fondamentale consiste à choisir les indicateurs sur lesquels les déclencheurs seront basés. Il s'agit généralement d'un sous-ensemble de l'ensemble des indicateurs choisis par l'équipe d'audit médical d'un organisme d'assurance maladie (voir la section précédente). La décision peut être stratégique (basée sur des objectifs de qualité et de coût de la prestation de services) ou opportuniste (un examen de routine d'indicateurs spécifiques peut permettre d'identifier la nécessité de développer des déclencheurs si les analystes commencent à remarquer une tendance particulière nécessitant un examen plus approfondi). Comme décrit plus en détail ci-dessous, bien que les déclencheurs basés sur des indicateurs relatifs puissent souvent être plus efficaces que les déclencheurs basés sur des indicateurs absolus, les indicateurs absolus comme les indicateurs relatifs sont gardés à l'esprit lors de la sélection des indicateurs pour les déclencheurs. Les indicateurs relatifs sont utiles pour la gestion des coûts médicaux et pour les fournisseurs d'un grand nombre de demandes d'indemnisation fluctuant au sein d'un groupe similaire. Dans l'évaluation de la qualité, un indicateur relatif est utilisé lorsqu'il est difficile de fixer un objectif ou lorsqu'il est nécessaire d'encourager la concurrence entre les prestataires en raison d'une qualité médiocre. Toutefois, lors de l'utilisation d'indicateurs pour les déclencheurs, les indicateurs doivent être classés par ordre de priorité et sélectionnés en fonction de leurs caractéristiques :

- a) Avoir un impact important sur les dépenses médicales : par exemple, un implant cochléaire peut ne pas être nocif, mais il présente un avantage limité pour les personnes d'un certain âge et est coûteux pour le système
- b) Montrer des différences importantes dans la taille des réclamations entre des prestataires similaires pour ce service particulier
- c) Montrer de grandes différences dans la qualité des soins entre des prestataires pour ce service particulier
- d) Sont basés sur des questions sociales et contextuelles.

Étape 2. Examiner les données et les preuves pour chaque indicateur choisi pour les déclencheurs.

L'organisation d'équipes pour développer des déclencheurs est importante. Les équipes sont souvent composées de représentants de l'acheteur de soins (par exemple, des analystes de données), de représentants d'établissements universitaires et de professionnels travaillant dans le domaine de l'assurance qualité (par exemple, un bureau national d'accréditation). Les équipes sont chargées de concevoir et de tester les déclencheurs. La première étape consiste à examiner les données historiques et les preuves existantes. Les données relatives aux demandes d'indemnisation constituent une source importante, mais elles peuvent parfois être complétées par des données provenant d'autres études, telles que des études épidémiologiques.

Le développement des équipes diffère selon le contexte. Ces options dépendront de la disponibilité des ressources existantes et de la structure de gouvernance de l'équipe d'audit.

Étape 3. Définir des seuils sur la base de l'examen des données et du contexte national.

Des règles sont élaborées pour guider l'analyse des indicateurs et informer les déclencheurs. Elles sont souvent fondées sur l'examen des normes, protocoles et lignes directrices internationaux ou nationaux, ainsi que sur l'analyse interne des données existantes relatives aux demandes de remboursement. Une règle peut être, par exemple, « Les admissions dans l'unité de soins intensifs doivent être inférieures à sept jours » ou « Une hystérectomie ne doit être pratiquée que sur des patientes âgées de plus de quarante ans ». Des seuils sont ensuite définis pour les points de déclenchement. Par exemple, l'hystérectomie chez les femmes de moins de quarante ans dépasse un pour cent de toutes les hystérectomies pratiquées dans un établissement au cours d'un mois.

Le contexte national est crucial pour l'élaboration des règles, en particulier en ce qui concerne le système de paiement spécifique utilisé dans chaque pays. Les pays dotés de systèmes de paiement par capitation doivent veiller à ce que les services ne soient pas fournis en quantité insuffisante, tandis que les pays dotés de systèmes de paiement à l'acte doivent veiller à ce qu'il n'y ait pas de surconsommation. Veuillez vous référer à l'outil n° 1 Liste des objectifs communs et des conséquences involontaires potentielles des méthodes de paiement des prestataires dans la boîte à outils [“Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems: A Toolkit for Countries Working Toward Universal Health Coverage.”](#) Au sein de chacun de ces systèmes de paiement, les pays utiliseront probablement des indicateurs identiques (par exemple, la durée du séjour à l'hôpital ou le prix des médicaments), mais les seuils de déclenchement seront fixés différemment. Par exemple, les pays pratiquant le paiement par capitation fixeront un seuil “inférieur à la moyenne “ pour la durée du séjour à l'hôpital, tandis que les pays pratiquant le paiement à l'acte fixeront un seuil “supérieur à la moyenne “ pour la durée du séjour à l'hôpital.

Étape 4. Développer des déclencheurs efficaces pour l'ensemble du système.

Les déclencheurs sont élaborés pour guider les actions, par exemple les enquêtes sur site et hors site. Les actions nécessitent des ressources et il est important que les déclencheurs soient bien définis. Les analystes qui définissent les déclencheurs prennent en compte différents aspects tels que les comparaisons au sein des mêmes groupes de prestataires (par exemple, la taille de l'hôpital et les spécialités disponibles), l'évolution des relations entre les indicateurs absolus et relatifs, et les changements dans la gamme des cas.

L'élaboration de déclencheurs est un défi, pour des raisons évidentes : l'acheteur ne veut pas d'un déclencheur hyperactif qui signale des demandes valables. D'un autre côté, l'acheteur ne veut pas d'un déclencheur trop faible qui laisserait passer des demandes douteuses. Un déclencheur est considéré comme efficace s'il signale de manière appropriée un établissement pour enquête, et si cette enquête est légitime, ce qui conduit à une action visant à améliorer le système et à y apporter des changements positifs (pour plus d'informations, voir l'étape 1 de "2. Enquête sur place " et "3. Audit clinique ").

Les scientifiques des données qui développent des déclencheurs doivent revoir les résultats de l'utilisation des déclencheurs afin d'améliorer la précision au fil du temps. Les trois lignes directrices suivantes sont utiles pour développer un déclencheur efficace :

1. Bien comprendre les principes de base :

- a. **Qualité** - La qualité et la normalisation des données sont cruciales pour un travail efficace avec les déclencheurs.¹²⁾
- b. **Faisabilité** - La préparation d'estimations immédiates doit être possible dès que les demandes d'indemnisation sont introduites dans la base de données des demandes d'indemnisation.
- c. **Spécificité** - Les définitions des indicateurs doivent être spécifiques pour garantir la fiabilité des valeurs de déclenchement.
- d. **Orientation vers l'action** - Les déclencheurs doivent conduire à une action spécifique ou à une série d'actions et à un suivi. Les actions peuvent prendre la forme d'étapes multiples, telles qu'une analyse plus approfondie sur la base des données disponibles, une demande d'informations supplémentaires, suivie d'une enquête sur site ou hors site. Il est conseillé de définir les étapes de l'action, ou le guide du processus, pour chaque déclencheur.

2. Les déclencheurs basés sur des indicateurs relatifs sont souvent plus efficaces que les déclencheurs basés sur des indicateurs absolus. L'utilisation d'indicateurs relatifs permet de comparer les performances dans le temps et avec celles d'autres prestataires de la même catégorie, de la même région ou du même profil de patient. Elle peut aider à mieux cibler les audits et à les rendre plus efficaces.

12) Les déclencheurs peuvent être utilisés pour identifier les prestataires dont les données sont de mauvaise qualité, ce qui peut déclencher des interventions visant à améliorer la qualité des données.

2. Intégrer les contextes locaux dans le déclencheur. Il s'agit notamment d'ajuster les risques pour les établissements afin de les pondérer de manière appropriée et de ne pas signaler de manière excessive un établissement qui traite des patients à haut risque ou effectue des interventions sanitaires à haut risque. Les tendances saisonnières sont également prises en compte dans les déclencheurs. Par exemple, de nombreux pays connaissent des variations saisonnières avec une augmentation de certains types de sinistres pendant la saison des pluies.

Lors de l'élaboration des déclencheurs, il est important de les garder à l'esprit dans l'ensemble du système de santé.

- Niveau du patient - déclencheurs basés sur la durée de l'hospitalisation de longue durée et les dépenses ou prestations d'assurance pour chaque patient
- Au niveau du médecin ou de l'équipe clinique - déclenchements basés sur des traitements inappropriés (par exemple, comparaison du volume par médecin ou par équipe dans un délai donné).
- Établissement - déclencheurs basés sur la comparaison d'établissements de même taille et de même domaine de spécialisation
- District - déclenchements basés sur des comparaisons au niveau du district lorsque les caractéristiques du traitement varient d'une région à l'autre
- Système global - déclencheurs qui prennent en compte le système de paiement et les changements apportés au système de paiement (par exemple, groupes liés au diagnostic par rapport à la rémunération à l'acte, et introduction de paiements basés sur la performance).

Au fur et à mesure que la qualité des données s'améliore et que l'on acquiert de l'expérience dans la mise au point de déclencheurs efficaces, les scientifiques des données peuvent construire des algorithmes capables de prédire ce que pourraient être des déclencheurs efficaces. Quelle que soit la méthode utilisée pour mettre au point le déclencheur, qu'il s'agisse d'un groupe de travail composé de divers experts ou de statistiques informatiques, les déclencheurs doivent être testés avant d'être mis en œuvre au niveau du système.

Étape 5. Tester et affiner avant le déploiement.

Une question cruciale dans le développement des déclencheurs est la suivante: "Comment évaluer si un déclencheur est efficace et s'il vous donnera ce que vous recherchez ?" La seule façon d'y parvenir est de procéder à des essais, par le biais de simulations et de petits projets pilotes.

Des simulations peuvent être effectuées en utilisant les données historiques des demandes d'indemnisation et les résultats d'audits médicaux antérieurs. Une simulation peut être effectuée pour estimer le nombre d'actions qui seraient déclenchées, et une évaluation peut être faite quant à la disponibilité des ressources pour mener à bien ces actions.

Il est bon de tester les déclencheurs en utilisant un sous-ensemble d'installations. Au cours de cette phase pilote, la question clé est de savoir si les indicateurs développés sont considérés comme "efficaces", c'est-à-dire s'ils identifient correctement les cas qui doivent être signalés pour analyse et enquête. L'équipe d'audit médical affine si nécessaire, par exemple si le pourcentage de faux négatifs est trop élevé, la règle et les déclencheurs doivent être ajustés.

Étape 6. Automatiser et lancer les déclencheurs d'audit médical finalisés.

L'automatisation peut réduire le temps nécessaire à l'examen des demandes et la dépendance à l'égard des ressources humaines. Lorsqu'un déclencheur est finalisé, le logiciel de gestion des demandes peut être programmé pour inclure les déclencheurs avec des drapeaux automatiques pour les données relatives aux demandes dans le système. Ces déclencheurs sont ensuite lancés dans l'ensemble du système de soins de santé.

Il est important de noter que le processus ne s'arrête pas là. Le système de soins de santé et les comportements des prestataires de soins de santé évoluent au fil du temps. Les déclencheurs doivent être modifiés ou de nouveaux déclencheurs doivent être développés pour améliorer l'efficacité du système d'audit médical.

ENCADRÉ 1 La plus grande évolution d'HIRA depuis 10 ans

La principale modification apportée par HIRA à l'élaboration et à la modification des déclencheurs au cours des dix dernières années est la suivante:

Depuis la séparation de la prescription et de la délivrance des médicaments en 2000, le traitement des demandes de prestations au cas par cas est devenu trop lourd en raison de l'augmentation spectaculaire du volume. En outre, la précision des résultats de l'audit posait problème. Par conséquent, afin d'améliorer le système d'audit existant, nous avons décidé de gérer les demandes par fournisseur de services. Pour réduire l'écart de qualité entre les prestataires, nous avons développé et géré des indicateurs relatifs tels que des indicateurs de coût et d'évaluation de la qualité. Au cours de la dernière décennie, l'évaluation de la qualité s'est étendue aux maladies chroniques graves telles que l'hypertension et le cancer. Cela a permis d'améliorer la qualité des services et de réduire considérablement l'écart de qualité entre les prestataires.

ÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE : HIRA, CORÉE DU SUD

Le processus de déclenchement de l'audit médical en Corée du Sud est l'un des plus avancés et des plus efficaces au monde: HIRA traite environ 1,5 milliard de dossiers par an (pour un montant total de demandes d'indemnisation d'environ 7,2 milliards USD) dans les 15 jours suivant la date de dépôt de la demande. Bien que les algorithmes spécifiques utilisés par la Corée du Sud doivent rester confidentiels pour prévenir la fraude et les traitements inappropriés, ce chapitre cherche à généraliser les enseignements et les meilleures pratiques qui peuvent être appliqués à d'autres pays cherchant à développer, automatiser et renforcer leurs propres déclencheurs d'audits médicaux internes.

HIRA a développé environ 420 indicateurs pour les audits médicaux.

Étape 1. Sélectionner les indicateurs qui seront utilisés pour développer les déclencheurs

Les indicateurs les plus représentatifs sont les indicateurs d'amélioration volontaire, qui sont un ensemble de cinq indicateurs (CEI, VI, taux d'antibiotiques prescrits pour les infections respiratoires supérieures aiguës, taux de prescription d'injections, taux de prescriptions de six médicaments ou plus). La composition des cinq indicateurs dépend du type de prestataire.

Les indicateurs d'évaluation de la qualité sont tous des indicateurs de déclenchement d'action, car nous tenons compte de la fréquence et de la part du coût dans le coût total du traitement, de l'importance en médecine, du niveau d'attention sociale, de l'effet d'amélioration attendu, de la facilité d'évaluation, etc. dès le stade de la sélection de l'élément d'évaluation et de l'indicateur.

Étape 2. Examiner les données et les preuves pour chaque indicateur choisi pour les déclencheurs

L'examen et la définition des déclencheurs sont effectués par une équipe d'examen ou un service d'évaluation. Les indicateurs de qualité ont une équipe pour chaque élément d'évaluation, et l'équipe s'occupe de l'ensemble du processus, de la planification de l'évaluation à l'utilisation des résultats, en passant par la collecte des données, l'analyse des résultats et l'établissement des déclencheurs. Une équipe de recherche peut diriger le processus lors de la planification d'un modèle compliqué comportant un certain nombre de variables, comme un modèle de sélection pour un examen approfondi. Les données de base pour de tels processus comprennent les données relatives aux demandes de remboursement et les données d'évaluation de la qualité provenant de l'entrepôt de données de HIRA.

Étape 3. Définir des seuils sur la base de l'examen des données et du contexte national

Comme la Corée utilise une méthode de paiement à l'acte, la plupart des seuils sont fixés à un niveau supérieur à la moyenne. L'analyse est effectuée par type de prestataire, spécialité et diagnostic afin d'étudier la moyenne, la variation, la distribution, etc. La plupart des indicateurs ont des seuils, mais les seuils peuvent varier pour un même indicateur, en fonction de l'approche de la santé publique. En effet, les seuils varient en fonction du type de prestataire, de la spécialité, de la région et du système de paiement.

Par exemple, dans le cas de cette clinique, la physiothérapie des personnes âgées de 17 ans et plus représente 94 %, et les frais médicaux de chaque patient (CEI) sont 11 % plus élevés que dans les autres établissements ; le nombre de visites (indice de visite) est 22 % plus élevé. Voir la figure 13 ci-dessous. Si cette clinique présente des valeurs plus élevées que les autres cliniques de la même maladie, cela peut déclencher une action.

Figure 13

Analyse des groupes de maladies à partir du logiciel d'examen des réclamations (HIRA))

Code de la maladie	Nom de la maladie	No	Taux	Montant total incluant la prescription externe	Taux	Coût de la prescription externe	Taux	Frais médicaux par vérification de réclamation	Coût de l'ordonnance externe par ordonnance	Total des frais médicaux par jour	Jour de visite moyen par spécification de réclamation	ECI	DCI	VI
SN0522	Physiothérapie, âge ≥ 17	305	87.90	20,923,833	93,98	1,667,753	83,87	68,603	5,468	18,599	3.69	1.11	0.91	1.22

Ce tableau porte sur les normes du système de gestion des liens entre les indicateurs: L'ensemble des indicateurs sont : l'indice de visite, l'indice de coût des épisodes, le taux de prescription d'antibiotiques, le taux de prescription d'injections et le taux de prescription de six médicaments ou plus. Les chiffres de référence (par exemple, "indice de coût des épisodes de 1,35 et plus pour les patients hospitalisés") servent de déclencheur. Pour plus d'informations sur l'utilisation de l'indice en Corée du Sud, voir l'annexe 2.

Tableau 9

Normes pour le système de gestion des liens avec les indicateurs (HIRA)

Objet		Norme de sélection
Patient externe	No. de visites	Prestataires dont l'indice de visite est égal ou supérieur à 1,1, Indice de coût 1.0 ou plus, et 15% des meilleurs fournisseurs
	Taux d'antibiotiques prescrits en cas d'infection aiguë des voies respiratoires supérieures	Prestataires de 70% ou plus
	Taux de prescription d'injections	Prestataires de 40 % ou plus
	Taux de prescription de six médicaments ou plus	Prestataires de 40 % ou plus
Patient hospitalisé	Indice de coût des épisodes (ICE) pour les patients hospitalisés	Indice de rentabilité des patients hospitalisés 1,35 ou plus (1,20 pour les hôpitaux généraux et tertiaires)

Étape 4. Développer des déclencheurs efficaces pour l'ensemble du système

Le personnel de HIRA partage les résultats avec les prestataires hospitaliers pour les informer des écarts observés. Si les tendances observées ne changent pas, les membres du personnel de HIRA visitent et conseillent l'hôpital concerné. Si les indicateurs reflètent toujours des écarts, les mesures nécessaires sont prises. Les fournisseurs peuvent bénéficier d'incitations à la performance sur la base de ces indicateurs.

Étape 5. Tester et affiner avant le déploiement

HIRA teste les résultats de l'analyse statistique pour chaque indicateur (moyenne, médiane, base trimestrielle, etc.) ; les normes de calcul et leur validité ; la possibilité de collecter des données ; le nombre d'échantillons pour la signification statistique ; la validité de la composition de l'indicateur ; et le seuil.

Étape 6. Automatiser et lancer les déclencheurs d'audit médical finalisés

Dans le cas de HIRA, les indicateurs sont revus et modifiés lorsque cela est jugé nécessaire en fonction des résultats du suivi. Le cycle de modification varie en fonction de l'indicateur, mais l'évaluation de la qualité est généralement effectuée dans le cadre d'un cycle d'un an, et les résultats de l'évaluation sont analysés chaque année. Le cycle de suivi des indicateurs et des déclencheurs est aussi d'un an.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Tout d'abord, l'équipe chargée de l'élaboration des indicateurs et l'équipe chargée de la réalisation des audits médicaux doivent travailler en étroite collaboration et discuter. Il est donc conseillé d'inclure l'équipe chargée de l'audit médical dans l'équipe chargée de l'élaboration des indicateurs, si possible. L'équipe chargée de l'audit médical dispose d'une vaste expérience et de connaissances, notamment en ce qui concerne les tendances générales et la sensibilisation aux questions pertinentes. L'équipe d'audit médical possède une vaste expérience et de nombreuses connaissances, notamment en ce qui concerne les tendances générales et la sensibilisation aux questions pertinentes. Étant donné que ce sont eux qui mettent réellement en œuvre les indicateurs, ils doivent avoir une excellente compréhension de ces derniers.

Deuxièmement, il faut prévoir un processus de vérification de la validité des indicateurs et des déclencheurs mis au point. Des tests pilotes peuvent permettre d'apporter des améliorations sur d'éventuels points.

Troisièmement, l'acceptation des indicateurs doit être renforcée par l'implication des parties prenantes, y compris la communauté médicale. S'il est difficile d'inclure les parties prenantes dans l'équipe chargée d'élaborer les indicateurs, il est conseillé de mettre en place un processus permettant au moins de recueillir leur avis.

Quatrièmement, pour développer des indicateurs et des déclencheurs, il faut disposer d'un personnel formé et compétent en matière de structures de données, d'outils d'analyse, de méthodes statistiques, etc.

Cinquièmement, étant donné que les comportements et les environnements de traitement évoluent avec le temps, la stabilité des indicateurs et des déclencheurs doit faire l'objet d'un suivi régulier. Les équations de calcul des indicateurs, des déclencheurs et d'autres données doivent être modifiées et mises à jour en fonction des résultats du suivi.

Pour traiter les questions mentionnées ci-dessus, HIRA organise des équipes appropriées, renforce les capacités du personnel, implique les parties prenantes en demandant l'avis d'experts médicaux, en recueillant des opinions en ligne et en les incluant dans les équipes qui élaborent les indicateurs, et assure le suivi des indicateurs.



3.3 Intégration aux activités

1. Examen des réclamations

OBJECTIF

Les données relatives aux demandes d'indemnisation constituent l'une des sources d'information les plus efficaces pour un système d'audit médical efficient et efficace. Cette section sur le processus d'examen des demandes d'indemnisation fournit une introduction de base sur la manière d'établir ou d'améliorer le processus d'examen des demandes d'indemnisation pour aider un système d'audit médical. Une variété de mesures peut être prise lorsqu'une demande d'indemnisation est signalée. L'institution dont la demande d'indemnisation est signalée peut être mise sous surveillance, être tenue de recevoir une formation appropriée, recevoir des avertissements, faire l'objet d'un examen approfondi ou même être soumise à des enquêtes sur place.

DÉFINITION

Les réclamations font référence à la demande envoyée par un prestataire de soins de santé à un acheteur de soins pour le remboursement des services qui ont été fournis à une personne éligible à un service couvert par l'acheteur de soins. Le processus d'examen des réclamations correspond aux étapes suivies par un acheteur de soins pour déterminer la responsabilité (bénéficiaire et services de santé) et le montant du paiement pour les services de santé.¹³⁾

PORTÉE

L'examen des réclamations peut être effectué avant que le prestataire de soins ne soit payé, ou après qu'il l'ait été. Ce chapitre s'applique aux deux scénarios.

¹³⁾ Source: <http://www.reference.md/files/D007/mD007345.html> accessed on 17 Sept. 2017.

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente :

- Principales étapes du processus d'examen des réclamations
 - **Étape 1:** Définir les exigences et les normes en matière de données
 - **Étape 2:** Élaborer le processus et déterminer le type d'examen des réclamations
- Défis et solutions possibles
- Étude de cas détaillée : HIRA, Corée du Sud
- Enseignements tirés de l'expérience

ÉTAPES CLÉS

Étape 1: Définir les exigences et les normes en matière de données

L'examen des réclamations est une phase clé des systèmes d'audit médical. Elle est entreprise à la fois périodiquement et en fonction des besoins d'une situation spécifique. L'étendue de l'examen peut varier en fonction du programme d'assurance maladie, du système de paiement des prestataires et de l'étendue des prestations de chaque pays. Les ensembles de données sont constitués de toutes les demandes de remboursement d'un prestataire de soins de santé, qu'elles soient payées ou refusées.

Le processus d'examen des réclamations et les systèmes d'audit médical dépendent de la quantité et de la qualité des données. La qualité des données comprend l'exactitude, la validité et la conformité aux normes. Les normes de données peuvent être considérées comme la pierre angulaire d'un système d'audit médical efficace. L'initiative sur les technologies de l'information du réseau d'apprentissage commun a développé un dictionnaire de données ouvert qui constitue un excellent guide pour développer et améliorer les normes de données. Cet outil est disponible à l'adresse suivante : www.openhdd.org.

Les acheteurs de soins qui utilisent un système électronique de gestion des demandes de remboursement peuvent améliorer la normalisation grâce à l'utilisation de menus déroulants.

Il est conseillé de former le personnel chargé d'introduire les réclamations parmi les prestataires de soins de santé. Cela peut permettre d'économiser les efforts importants nécessaires au nettoyage des données par l'acheteur de soins.

L'une des principales conditions préalables à la mise en place de systèmes efficaces d'examen des demandes d'indemnisation est un niveau de normalisation des données. Un système de codage standard de chaque champ de données pour les demandes de remboursement est essentiel à cet égard. Actuellement, les données relatives aux demandes de remboursement de nombreux pays ne respectent pas les normes relatives au codage des maladies, aux types de prestataires, etc.

Aux Philippines, PhilHealth a acquis un logiciel de veille stratégique pour aider le processus de normalisation et le personnel régional à établir le profil des demandes et à les coder. Cependant, il existe un besoin manifeste de formation et de renforcement des capacités en matière d'analyse des données, d'autant plus que le profilage des demandes a été décentralisé vers les régions pour un meilleur suivi et une prise de décision plus rapide.

Étape 2: Élaborer le processus et déterminer le type d'examen des réclamations

L'examen des demandes de remboursement s'effectue sous trois angles. Premièrement, il confirme que les services de santé et la personne qui les a reçus sont couverts par l'accord de service conclu entre le prestataire de soins et l'acheteur de soins, et que la demande est remplie sur le formulaire standardisé fourni par l'acheteur. Deuxièmement, il détermine la validité des services fournis. Troisièmement, il examine si les coûts réclamés sont correctement calculés conformément au barème d'honoraires et aux normes de prestations établis par l'acheteur de soins ou l'organisme de réglementation des soins.

Lorsqu'il existe des étapes d'audit avant le paiement au prestataire de soins de santé, et lorsque l'unité d'audit médical est mandatée pour entreprendre un audit des demandes de remboursement d'un organisme d'assurance maladie, l'étendue de l'examen des demandes concerne les services dans le cadre de l'ensemble des prestations standard définies par l'acheteur de soins de santé ou par le ministère de la santé. Certains organismes d'assurance procèdent à un audit des demandes de remboursement après avoir effectué les paiements. Aux Philippines, les prestataires sont payés immédiatement pour chaque demande et soumettent les demandes à un audit postérieur ou à une évaluation des paiements antérieurs. L'objectif est de parvenir à une efficacité opérationnelle dans les paiements et d'aider les prestataires à maintenir leur flux de trésorerie. En Corée du Sud, 80 % du montant de la demande est payé à l'avance lorsque la date limite d'examen des demandes est dépassée, afin de garantir aux prestataires de soins de santé un flux de trésorerie adéquat.

Le processus d'examen des réclamations diffère en fonction de l'utilisation des technologies de l'information. Les systèmes utilisant les demandes électroniques des prestataires permettent un examen automatisé des demandes, où seul un sous-ensemble de demandes doit faire l'objet d'un examen approfondi (ou d'une vérification) par le personnel chargé de l'examen. Le personnel chargé de l'examen ne doit recevoir que les demandes qui nécessitent un examen plus approfondi. Il est également recommandé qu'un petit pourcentage, basé sur un échantillon aléatoire ou ciblé des demandes régulières, soit soumis au personnel chargé de la révision pour un examen approfondi.

Un système de gestion des réclamations sur papier repose sur un examen manuel des réclamations. Il est toujours recommandé de mettre en place un système permettant de soumettre certaines demandes à un examen plus approfondi sur la base d'indicateurs définis, et de soumettre un petit pourcentage de demandes, sur la base d'un échantillon aléatoire, à une vérification supplémentaire afin de contrôler la qualité de l'examen des demandes au fil du temps.

Aux Philippines, PhilHealth utilise le paiement par cas et paie les réclamations sans examiner les détails médicaux. Les remboursements effectués font toutefois l'objet d'un profilage et d'un suivi des demandes après audit par le biais du système d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé (Système d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé - HCPPAS). Le HCPPAS définit le processus et les outils à utiliser pour contrôler les prestataires de soins de santé agréés (HCP) à l'aide d'indicateurs de protection contre les risques financiers, de qualité des soins, de satisfaction des patients et de détection des pratiques néfastes (anciennement appelées fraudes). Le post-audit médical implique le marquage des demandes d'indemnisation des hôpitaux ayant reçu un drapeau rouge, des demandes d'indemnisation des conditions devant faire l'objet d'un audit obligatoire et d'une certaine proportion (généralement 10 %) de demandes d'indemnisation sélectionnées de manière aléatoire. Ces demandes sont vérifiées en fonction d'un certain nombre de paramètres, tels que le respect de la politique de non facturation du solde (NBB), les admissions injustifiées, la sur-utilisation et la sous-utilisation des services, les médicaments et les prescriptions irrationnelles, pour n'en citer que quelques-uns. Les drapeaux rouges sont généralement déterminés par les régions sur la base des pratiques inhabituelles qu'elles constatent chez les prestataires. Ces derniers sont ensuite soumis à une validation par le biais de visites d'hôpitaux ou d'établissements et d'un examen des dossiers, entre autres étapes.

Le profilage des demandes peut révéler des tendances et des schémas inhabituels dans l'utilisation des demandes, ce qui peut nécessiter une validation supplémentaire. Après validation, si les demandes présentent des problèmes de qualité, elles sont soumises à l'avis d'un comité d'assurance qualité composé de représentants de sociétés professionnelles et spécialisées et d'organismes de réglementation. S'il s'avère qu'elles présentent des problèmes juridiques, elles sont transmises au secteur des services juridiques pour enquête. Les demandes d'indemnisation peuvent présenter des problèmes de qualité et des problèmes juridiques - ces derniers sont transmis aux organismes concernés.

Examen approfondi

Les examens approfondis sont nécessaires lorsque les normes ne sont pas respectées, que des informations supplémentaires sont requises, que la demande est rare ou d'un montant élevé, ou que le domaine de la demande comporte fréquemment des erreurs. Les pays qui ne disposent pas de données électroniques avancées sur les demandes de remboursement peuvent identifier manuellement les demandes devant faire l'objet d'un examen approfondi.

Il est recommandé de disposer d'un système de triage pour un examen approfondi. Voici un exemple de trois niveaux :

1. Examen par le personnel
2. Examen par les membres du comité et les pairs
3. Examen par le comité

Lors de l'examen par le personnel, un membre de l'équipe chargée de l'examen des réclamations examine les tendances des réclamations des prestataires et la pertinence des spécifications des demandes (par exemple, un examen minutieux des domaines de demande présentant une forte probabilité d'erreur, tels que la dose quotidienne de médicament).

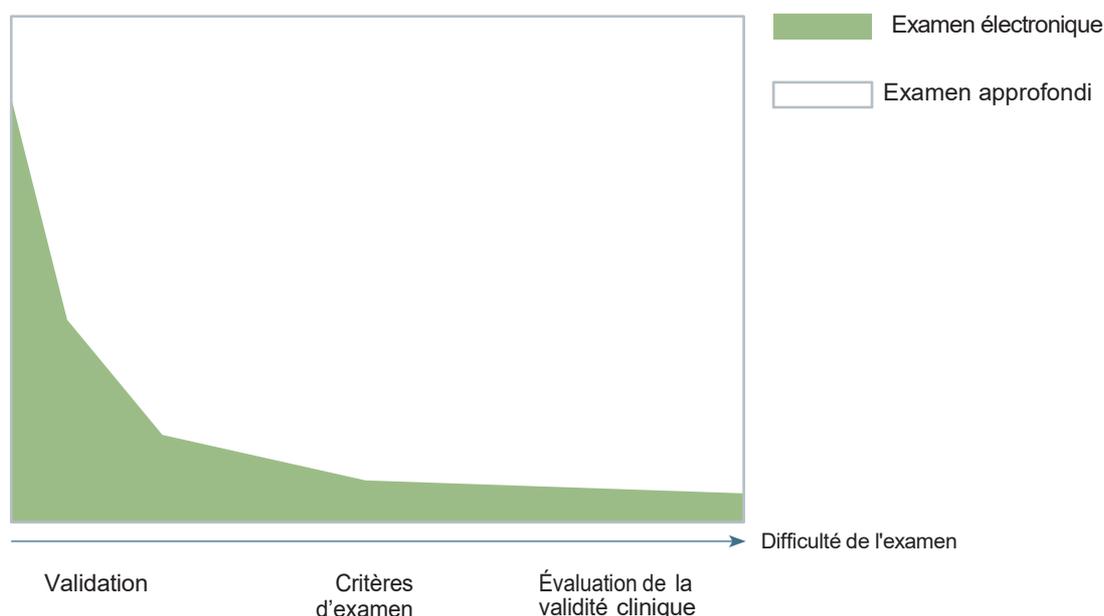
Une fois que le personnel a examiné la demande par rapport aux normes, un examen peut être demandé à un professionnel de la santé membre d'un comité d'audit. Cet examen peut être demandé lorsqu'un jugement pharmaceutique ou médical est nécessaire ou lorsque des demandes coûteuses sont déposées. Le membre du comité d'examen peut demander des documents supplémentaires pour examen (par exemple, des rapports de laboratoire) ou proposer une enquête sur place.

Il est également recommandé d'avoir un comité d'examen par les pairs dont les membres sont employés à temps partiel pour un examen spécialisé, équitable et approfondi. Ces comités d'examen peuvent se réunir régulièrement pour examiner les demandes complexes. Ces comités peuvent également suggérer des modifications des indicateurs et des normes de données afin d'améliorer le processus d'examen.

Lorsqu'il est difficile d'examiner les documents seuls, des entretiens peuvent être menés pour écouter les explications du médecin responsable du traitement ou pour écouter les opinions sur les détails du traitement avec la coopération du prestataire concerné. S'il est nécessaire de confirmer les faits concernant les détails du calcul des coûts et avantages, tels que les données soumises par les prestataires et le statut déclaré des prestataires, il est possible de procéder à un examen après une enquête sur place.

Figure 14

Utilisation des contrôles électroniques et des contrôles rapprochés pour les différentes fonctions de l'audit médical



DÉFIS ET SOLUTIONS POTENTIELLES

Un examen efficace des demandes d'indemnisation nécessite des données précises et normalisées. La mauvaise qualité des données est l'un des principaux problèmes dans de nombreux pays. Il est conseillé de développer un système d'évaluation continue de la qualité des données et d'étudier les interventions visant à améliorer les données au fil du temps.

Des sanctions peuvent également être prévues en cas de qualité insuffisante des données relatives aux demandes de remboursement (par exemple, un certain pourcentage de demandes comportant des erreurs ou des données manquantes) ou la reconnaissance des fournisseurs de soins de santé dont les données sont de la meilleure qualité.

L'examen électronique des demandes est sensible pour les normes de données, et il est important que les normes évoluent avec le temps. Par exemple, l'utilisation de certains acronymes peut toujours être signalée pour examen par le personnel. Au fil du temps, ces acronymes peuvent être ajoutés aux normes acceptées par l'examen électronique des demandes d'indemnisation. Récemment, HIRA a introduit l'"examen fondé sur les connaissances". Il s'agit d'un processus dans le cadre duquel des scientifiques analysent des données non structurées (telles que des données textuelles obtenues dans le cadre du processus d'examen des demandes d'indemnisation) afin de développer des algorithmes qui permettront l'examen électronique de domaines qui font actuellement l'objet d'un examen approfondi.

Une évaluation rapide¹⁴⁾ des données relatives aux demandes de remboursement de PhilHealth a montré qu'une normalisation et un codage inadéquats des demandes de remboursement ont conduit à une analyse insuffisante. Voici quelques-uns des types d'erreurs standard constatées :

Homme se plaignant d'une maladie ou d'une affection spécifique à la femme :
homme souffrant d'accouchement prématuré

Femme invoquant une maladie ou une affection spécifique à l'homme : femme
atteinte d'un cancer de la prostate

Condition spécifique à l'âge : femme de 62 ans faisant une fausse couche

Affection spécifique à l'âge : homme adulte atteint d'infirmité motrice cérébrale infantile

Depuis lors, PhilHealth s'efforce de normaliser les champs de données des demandes de remboursement en fournissant un ensemble fermé d'options pour des champs spécifiques et des modèles de codage qui permettront de mieux identifier les demandes en vue d'un contrôle médical ultérieur et d'éviter les erreurs dans l'identification des cas.

14) L'équipe philippine a partagé des données anonymes sur les demandes d'indemnisation qui contenaient des champs de données à partir desquels HIRA pouvait identifier ou développer des déclencheurs. Les données fournies consistent en 20 785 713 demandes d'indemnisation de 2014 à 2016, avec trente-six champs pour l'évaluation.

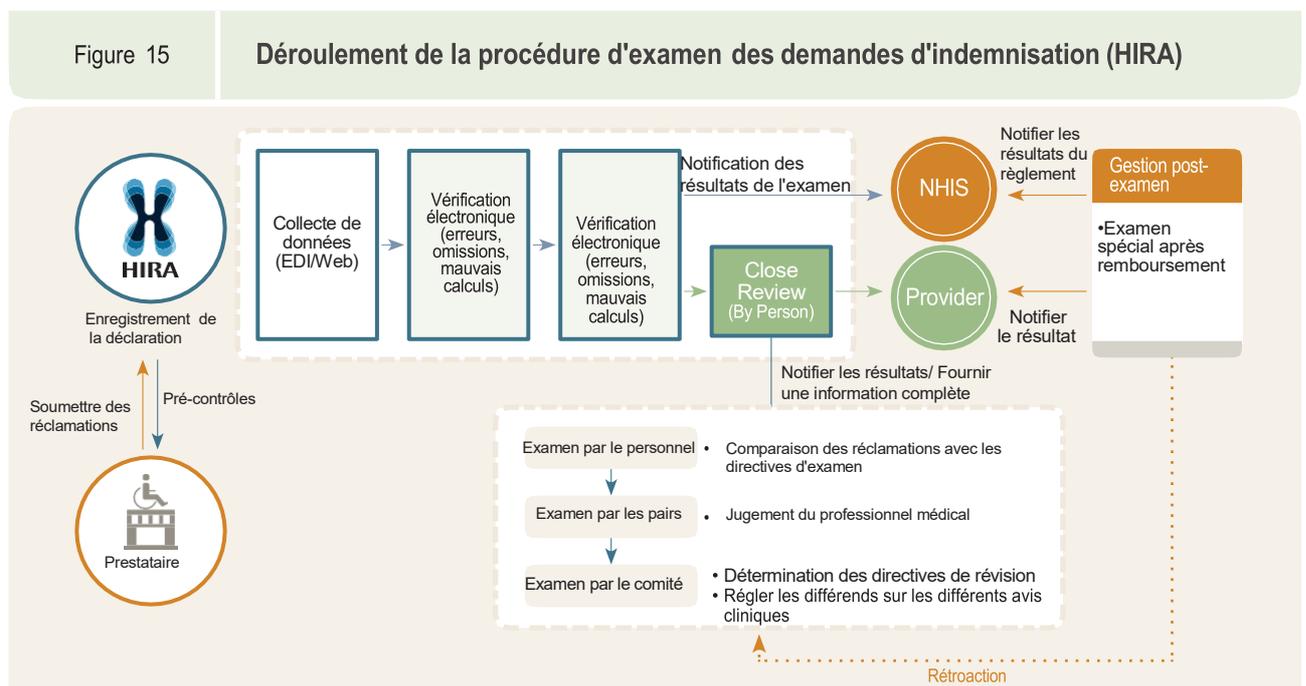
ÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE: HIRA, CORÉE DU SUD

Bien que la plupart des étapes et processus mentionnés ci-dessous soient effectués de manière automatisée, ils sont de nature générique et peuvent être utilisés pour déterminer les étapes logiques du traitement.

La Corée du Sud a développé son propre système informatisé pour les demandes de remboursement en 1982, et a mis en place un système de demande de remboursement sur support électronique (disque, Compact Disc) en 1994. En 1996, le système d'échange de données informatisées (EDI) a été mis en place, ainsi que le système d'analyse des données de santé (Data Warehouse). HIRA a développé le système d'examen de l'utilisation des médicaments (DUR) en 2010 et le service de portail de réclamation médicale (MCPos). En 2011, les systèmes informatiques de HIRA, y compris le système d'examen EDI, ont obtenu les certifications ISO9001 et ISO20000.

Afin d'améliorer l'expertise en matière d'examen, le personnel a reçu une formation de renforcement des capacités et le système de comités d'examen a été élargi. Le comité d'examen central a été créé en 1979, et les antennes ont mis en place leurs propres comités d'examen en 1988; un système d'examen par les pairs a été adopté en 2000. à ce jour, HIRA compte 90 membres à temps plein et 1 000 membres à temps partiel, et il y a 32 sous-comités.

La figure 15 montre le flux global depuis la soumission des demandes par les prestataires à HIRA, jusqu'à l'examen et la gestion a posteriori. Presque toutes les données sont collectées numériquement, et toutes les données sont soumises à un contrôle d'erreurs. Ensuite, les demandes pour l'examen électronique standardisé sont traitées par le système d'examen électronique, et certaines demandes sélectionnées sont envoyées pour un examen approfondi.



Afin d'augmenter le nombre d'institutions utilisant l'échange de données électroniques, un service d'assistance aux prestataires a été mis en place au siège, ainsi que dans toutes les succursales, en collaboration avec l'organisation du projet d'échange de données électroniques. Les demandes de remboursement informatisées n'exigeaient pas que les prestataires joignent une preuve d'achat pour les matériaux et les médicaments et simplifiaient considérablement les processus de demande tels que l'impression, la reliure et le transport des spécifications de la demande. En outre, elles offraient divers avantages tels que le raccourcissement du délai de remboursement de quarante à quinze jours, l'accès aux résultats détaillés de l'examen et la réduction du volume de travail pour les demandes de règlement postérieur et d'appel.

Pour assurer la quantité et la qualité des données, HIRA développe des formulaires de demande de remboursement et des codes (voir Annexe 4), certifie les logiciels de réclamations utilisés par les institutions de santé et fournit une grande quantité d'informations codées. Les listes de prestations sont fournies par HIRA dans un fichier principal¹⁵⁾ avec les barèmes d'honoraires (procédures, médicaments et fournitures médicales). Le fichier peut être téléchargé par n'importe qui sur le site web. Les informations relatives à l'âge et au sexe pour des maladies spécifiques, ainsi que les informations sur les maladies transmissibles, sont également fournies dans les fichiers principaux. Ceux-ci sont utilisés pour les contrôles de validation (" contrôle d'erreur ") des grilles tarifaires, des médicaments et des fournitures médicales, ainsi que des codes de maladie.

HIRA forme également le personnel chargé des demandes de remboursement des prestataires nouvellement établis ou informe les développeurs de logiciels de demande de remboursement sur les méthodes de dépôt des demandes. HIRA a développé des programmes pour fournir le service de pré-contrôle et le service complémentaire de révision qui permet aux prestataires de vérifier eux-mêmes les erreurs dans les demandes de remboursement. Le service de précontrôle envoie les spécifications préparées dans les formulaires de demande de remboursement au serveur temporaire de HIRA et vérifie les résultats pour confirmer les erreurs de demande de remboursement. Le service de révision/complémentaire corrige les erreurs de réclamation par le biais du WEB après que les réclamations ont été déposées. Des efforts sont faits pour recevoir les demandes par voie électronique et sous une forme standardisée afin de normaliser les données.

Le tableau suivant présente le processus d'examen des réclamations, étape par étape, suivi par HIRA. Les étapes 1 et 2 correspondent au processus de vérification des erreurs ; elles sont réalisées à 100 % par voie électronique. L'étape 3 est l'examen selon les normes d'examen, qui peut être soit un examen électronique, soit un examen approfondi par des examinateurs humains. (Pour plus d'informations, voir le tableau 10, Annexe 5) L'examen approfondi a lieu lorsque les normes d'examen correspondantes ne sont pas structurées et que les demandes ne peuvent donc pas être traitées électroniquement, ou lorsque l'examen des cas nécessite le jugement d'un professionnel de la santé. L'examen approfondi se compose d'un examen par le personnel (les membres du personnel d'examen vérifient que les demandes déposées sont conformes aux normes d'examen) et d'un examen par les pairs (les membres du comité d'examen vérifient les cas que le personnel d'examen leur soumet). Une réclamation est envoyée au comité d'examen lorsqu'une nouvelle norme d'examen doit être établie, que les opinions divergent sur l'application des normes existantes ou qu'un autre consensus est nécessaire.

Bien que la plupart de ces étapes soient exécutées automatiquement par le système informatique de HIRA, leur déroulement est générique et peut être suivi pour organiser un processus logique d'examen des réclamations.

¹⁵⁾ Version d'un fichier de données conservée à titre de référence et régulièrement mise à jour, et à partir de laquelle les copies sont rafraîchies (Oxford Dictionary). Le fichier principal de la grille tarifaire sud-coréenne contient des informations telles que le code de la grille tarifaire, la date d'inscription sur la liste des prestations, le numéro de classification, le nom coréen, le nom anglais, le supplément, l'intervention chirurgicale et le prix unitaire par type

Tableau 10

Procédures d'examen électronique (HIRA)

<p>Étape 1. Contrôle de validation (contrôle des erreurs)</p>	<p>Vérification du champ de données Vérifier que les champs essentiels sont complets et corrects dans les demandes soumises. Les champs essentiels font référence aux informations incluses dans les informations générales et les informations sur le diagnostic, telles que le numéro d'identification personnel du patient, son sexe et le code de l'hôpital. Par exemple, renvoyer l'ensemble du dossier de demande s'il y a une erreur dans le numéro de l'hôpital. Si une maladie spécifique aux femmes (par exemple, néoplasme bénin de l'ovaire) est enregistrée sous les hommes, la spécification correspondante n'est pas valable.</p>
<p>Étape 2. Contrôle de validation (contrôle des erreurs)</p>	<p>Vérification automatique Vérifier pour identifier toute erreur de prix ou de codage. Il s'agit d'une étape de vérification des données de traitement et de prescription des prestataires avec les fichiers maîtres des listes de prestations (procédures, médicaments et fournitures médicales). Il s'agit d'une étape au cours de laquelle les erreurs d'unité, de code et de calcul sont examinées et corrigées. Par exemple, si le prix unitaire d'un médicament donné est d'un dollar, mais que la demande de remboursement porte sur un dollar et vingt cents, le montant est ajusté à un dollar.</p>
<p>Étape 3. Examen des normes</p>	<p>Vérification de l'autorisation des médicaments Vérifier que le médicament correspond au diagnostic. Il s'agit d'une étape de vérification de l'autorisation du médicament par le ministère de l'alimentation et de la sécurité des médicaments. Par exemple, dans le cas de l'ibuprofène, la dose journalière maximale autorisée par le ministère de l'alimentation et de la santé est de 1,5 kg. La sécurité des médicaments est de 3 200 mg. Si le dosage est supérieur à la dose autorisée, il est revu et ajusté.</p>
<p>Étape 4. Examen des normes</p>	<p>Vérification des normes d'examen Comparer les services reçus avec les pratiques médicales standard définies par la loi; Il s'agit d'un examen informatisé basé sur des normes. De nombreux ajustements sont effectués automatiquement pendant que certains sont soumis à l'examen du personnel. Par exemple, si un hôpital a dispensé un traitement médical pendant les heures normales de travail sur la base des dossiers, mais que le prestataire de soins de santé a déposé une demande de remboursement comprenant des frais supplémentaires pour le travail en dehors des heures normales de travail, cette demande est automatiquement corrigée, en déduisant les frais pour le travail en dehors des heures normales de travail.</p>
<p>Étape 5. Examen des normes</p>	<p>Vérification des cas particuliers de maladie Examen par type de maladie spécifique (par exemple, maladie chronique des voies respiratoires inférieures, etc.) Sur la base des maladies fréquemment prises en charge par les soins ambulatoires, les demandes de remboursement pour certaines maladies sont sélectionnées pour un contrôle de routine par rapport aux normes. Par exemple, les demandes de remboursement du méloxicam oral utilisé dans les cas d'arthrite post-ménopausique accompagnée d'une fracture pathologique sont ajustées. • Utilisations autorisées du méloxicam oral : traitement symptomatique à court terme de l'arthrose exacerbée (arthrite dégénérative) accompagnée de douleur et d'ataxie, traitement symptomatique de la polyarthrite rhumatoïde, traitement symptomatique de la spondylarthrite ankylosante. Utilisations autorisées du méloxicam oral : traitement symptomatique à court terme de l'arthrose exacerbée (arthrite dégénérative) accompagnée de douleur et d'ataxie, traitement symptomatique de la polyarthrite rhumatoïde, traitement symptomatique de la spondylarthrite ankylosante.</p>
<p>Étape 6. Examen des normes</p>	<p>Vérification de l'utilisation des médicaments (DUR) Vérifier les contre-indications liées au médicament, à l'âge du patient et à la grossesse. Par exemple, procéder à un ajustement si des médicaments interdits pendant la grossesse ont été administrés à des femmes enceintes.</p>
<p>Étape 7. Examen des normes</p>	<p>Vérification du nombre maximum Comparaison avec une norme médicale qui fixe le nombre d'administrations par jour, le nombre total d'administrations, le nombre de procédures par jour, et qui compare également le nombre total de cas par praticien de santé. Par exemple, un ajustement est effectué si les tests d'alpha-fœtoprotéine sont réalisés plus de deux fois par jour.</p>
<p>Étape 8. Examen des normes</p>	<p>Examen fondé sur les connaissances L'examen électronique au niveau du prestataire et de la spécialité est effectué sur la base d'analyses de données structurées et non structurées relatives à l'examen des réclamations, telles que les données relatives à l'examen des réclamations de HIRA, ainsi que les données relatives aux réclamations des prestataires, y compris les textes saisis par les prestataires.</p>

En Corée, les résultats de l'examen des demandes sont notifiés aux prestataires et au NHIS. Le NHIS rembourse aux prestataires le montant déterminé par l'examen des demandes.

Après le remboursement, la gestion après examen est effectuée sur les éléments dont l'examen nécessite des données plus complètes, c'est-à-dire sur les éléments qui sont difficiles à examiner au cours du processus d'examen des demandes de remboursement en raison du manque de liens entre les données (par patient, par période, par formulaire de spécification de la demande de remboursement). Par exemple, l'ostéodensitométrie est couverte une fois par an et doit donc être examinée à l'aide des données annuelles accumulées. Le processus de gestion post-examen complète le système actuel d'examen des demandes de remboursement et en améliore la précision.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Des ensembles de données de qualité deviennent une condition préalable à la réalisation d'un examen efficace des réclamations.

La standardisation des éléments de données et du codage est la clé d'un examen efficace des réclamations.

Des étapes systématiques devraient être suivies dans le processus d'examen des réclamations afin de réduire les erreurs dans l'identification des réclamations pour l'audit médical.

Les pays devraient progressivement passer à des systèmes de données électroniques et intégrer leurs systèmes d'information au niveau des prestataires.

2. Enquête sur place

OBJECTIF

Ce chapitre guide l'utilisateur à travers les étapes clés nécessaires à la réussite d'une enquête. Les enquêtes peuvent être coûteuses et nécessiter beaucoup de temps de la part des ressources humaines. Il est donc important de comprendre ce qui fait le succès d'une enquête. Souvent, beaucoup d'énergie est consacrée à l'enquête sur place elle-même, sans préparation ni suivi adéquats. Sur la base de l'expérience de tous les membres du Medical Audit Collaborative et des meilleures pratiques de la Corée du Sud, ce chapitre met en lumière les principaux enseignements tirés des trois phases que sont la préparation, l'exécution et le suivi des enquêtes sur place.

DÉFINITION

Une enquête d'audit médical est une enquête formelle visant à examiner les pratiques de soins de santé. Bien que son nom puisse laisser supposer un examen punitif, une enquête est plutôt considérée comme une action de soutien, dont le but ultime est d'aider les prestataires de soins de santé à améliorer la qualité des soins à un coût abordable. Les enquêtes hors site se déroulent à l'extérieur des locaux et comprennent une demande de données supplémentaires et un examen plus approfondi des informations; les enquêtes sur site se déroulent dans les locaux du prestataire et comprennent des entretiens ainsi qu'une vérification et un examen sur place.

PORTÉE

Bien que les enquêtes puissent être menées soit hors site, soit sur site, le présent chapitre se concentre sur les enquêtes sur site, qui nécessitent davantage de ressources. Les enquêtes sur place peuvent être déclenchées par de multiples facteurs: les données relatives aux demandes d'indemnisation (comme indiqué dans la section précédente), une demande du ministère de la santé, des plaintes déposées par des dénonciateurs ou par le public, etc.

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente:

- Sept étapes clés pour une enquête sur place réussie, en trois phases générales

I. Préparation

- **Étape 1:** S'assurer que les éléments structurels sont en place
- **Étape 2:** Sélectionner les cas
- **Étape 3:** Planifier l'enquête sur place

II. Exécution

- **Étape 4:** Mener l'enquête sur place

III. Suivi

- **Étape 5:** Examen et analyse des résultats
- **Étape 6:** Élaboration et communication des actions recommandées pour l'institution
- **Étape 7:** Contrôler l'application de la législation et fournir un soutien continu à l'institution
- Étude de cas détaillée : HIRA, Corée du Sud
- Enseignements tirés de l'expérience

ÉTAPES CLÉS

I. Préparation

Étape 1. Ensure structural components are in place

Quatre structures clés doivent être mises en place avant d'entamer une enquête sur place (nombre d'entre elles ont été décrites dans les chapitres précédents de cette boîte à outils):

- Exigences organisationnelles:** Le ministère de la santé supervise et réglemente généralement le processus d'enquête, l'agence/la fiducie chargée de la mise en œuvre des programmes d'assurance maladie se chargeant de l'enquête. (Voir le chapitre 1 pour plus d'informations)
- Exigences juridiques:** Une bonne pratique consiste à définir explicitement la raison d'être, l'étendue du travail et les rôles et responsabilités de l'enquête sur le site dans les lignes directrices du programme national d'assurance maladie, en lien avec les lignes directrices ou les protocoles de traitement standard utilisés (voir le chapitre 1 pour plus d'informations). (Voir le chapitre 1 pour plus d'informations)

- c) Besoins en ressources humaines:** Pour chaque enquête, le département d'audit médical constitue une équipe qualifiée, expérimentée et pluridisciplinaire, dont les connaissances et les compétences spécifiques sont déterminées en fonction du motif de l'enquête. D'une manière générale, l'équipe d'enquête sur place est composée de personnel médical, paramédical, juridique et administratif. Des lignes directrices fixes pour la sélection de l'équipe sont généralement utilisées afin d'éviter les conflits d'intérêts et de garantir la transparence (voir chapitre 2 pour plus d'informations). (Voir le chapitre 2 pour plus d'informations)
- d) Les technologies de l'information:** Dans les pays dotés de systèmes électroniques de gestion des réclamations, l'analyse des données relatives aux réclamations peut permettre d'identifier les prestataires de soins de santé et les domaines cliniques qui devraient faire l'objet d'un audit. Tous les pays ne disposent pas de systèmes électroniques de gestion des réclamations, mais les données relatives aux réclamations restent une source importante pour classer par ordre de priorité les prestataires devant faire l'objet d'une enquête et pour se préparer à cette enquête. (Pour plus d'informations, voir le chapitre sur les éléments déclencheurs de l'audit médical).

Étape 2. Sélectionner les cas

Il est important de disposer d'un processus bien défini pour identifier les prestataires qui feront l'objet d'une enquête. Les éléments déclencheurs permettant d'identifier les prestataires de soins de santé devant faire l'objet d'une enquête peuvent être intégrés dans le processus d'examen des demandes d'indemnisation (voir le chapitre sur l'examen des demandes d'indemnisation pour plus d'informations). Il est recommandé qu'un comité examine les informations relatives à un prestataire de soins, y compris les tendances en matière de demandes d'indemnisation, avant de décider qu'une enquête sur place doit être menée. Il existe également des sources qui peuvent déclencher une enquête, telles que les plaintes des patients (par exemple, refus de services ou fourniture de services de mauvaise qualité), les dénonciations, les demandes du ministère de la santé, etc.

Le nombre d'enquêtes dépend des ressources disponibles.

Étape 3. Planifier l'enquête sur place

Une fois les cas sélectionnés, sept grandes étapes sont nécessaires pour planifier l'enquête :

- a) S'assurer que les documents juridiques sont en place.** Il s'agit souvent d'un ordre officiel d'enquête émanant d'une autorité gouvernementale.
- b) Préparer un budget et un calendrier pour l'enquête.** Le coût d'une enquête dépend de la géographie, des spécialités à examiner, des mesures de sécurité à envisager, etc. Il est recommandé qu'un budget soit élaboré par l'équipe d'audit médical et approuvé en interne pour chaque enquête sur place.
- c) Constituer une équipe pluridisciplinaire** pour mener l'enquête, en veillant à **éviter tout conflit d'intérêts**. Certains pays disposent d'équipes dédiées aux enquêtes ; d'autres pays constituent des équipes pour chaque enquête à partir d'un pool de professionnels qui s'engagent à mener un nombre minimum d'enquêtes par an.

Les avantages des équipes dédiées sont notamment l'efficacité, car elles se spécialisent dans l'utilisation des protocoles d'enquête. Les avantages de la constitution de nouvelles équipes sont notamment la possibilité de spécialiser l'équipe en fonction du type d'enquête et d'éviter la pression des pairs dans les situations de conflit d'intérêts. Dans certains pays, l'idéal serait de disposer d'une équipe centrale composée d'employés spécialisés dans la gestion des enquêtes de routine, associée à des membres de l'équipe issus d'un groupe de professionnels occupant d'autres fonctions au sein du système de santé. Il est conseillé d'établir un code de conduite pour l'équipe d'audit médical et de demander à tous les membres de l'équipe de lire une politique sur les conflits d'intérêts et de signer un questionnaire sur les conflits d'intérêts afin de divulguer tout conflit potentiel. Vous trouverez à l'annexe 6 un exemple de code de conduite et de serment de discrétion du Ghana.

- d) La formation de l'équipe d'enquête** varie selon les pays. Elle comprend généralement des compétences de base en matière d'enquête, d'administration hospitalière, de formation à la gestion et de connaissance de la terminologie médicale. La formation de l'équipe d'enquête varie d'un pays à l'autre. Il est important de garantir la transparence et d'éviter les conflits d'intérêts, car les équipes d'enquête peuvent faire l'objet de pots-de-vin et parfois même de menaces. Outre la signature de questionnaires sur les conflits d'intérêts, il est conseillé de proposer une formation sur la manière de gérer les situations de conflit.
- e) Définir les rôles de l'équipe et les objectifs de l'enquête; compiler les recherches et analyses préparatoires.** Un chef d'équipe est désigné et chaque membre de l'équipe se voit attribuer ses rôles et responsabilités respectifs. L'équipe définit l'objectif de l'enquête et, sur la base de cet objectif, recueille des données portant au moins sur les six mois précédant l'enquête prévue. Cela comprend l'analyse statistique des données relatives aux demandes d'indemnisation, la comparaison des résultats avec les normes et lignes directrices établies. Il peut arriver que des données supplémentaires soient demandées aux prestataires de soins de santé avant l'enquête sur le terrain.
- f) Concevoir ou adapter des outils pour l'enquête.** Les équipes conçoivent ou adaptent des outils, notamment des listes de contrôle pour les inspections, des questionnaires et des protocoles de traitement standard. Une équipe doit également apporter toute technologie nécessaire à l'enquête, par exemple les appareils photo nécessaires pour prendre des photos ou des vidéos dans l'établissement.

ENCADRÉ 2

Outils pour l'enquête sur place

- Liste de contrôle pour l'inspection des installations de l'hôpital, l'évaluation des dossiers des patients hospitalisés, l'évaluation de la salle d'opération, l'évaluation de l'USI, l'évaluation des salles et de la disponibilité du personnel.
- Questionnaire pour l'entretien avec le bénéficiaire, le médecin traitant et le personnel d'appui
- Protocole de traitement standard ou itinéraire (voir la section suivante sur les audits cliniques) (Veuillez vous référer à l'annexe 7 pour un exemple de format d'enquête sur place).

g) Fixer la date et décider si l'enquête sur place sera annoncée ou non. Si elle est annoncée, envoyez une communication à l'établissement pour l'informer de la tenue prochaine d'une enquête sur place. La question de savoir si la visite sera annoncée ou non (c'est-à-dire une visite surprise) dépendra de la raison d'être et des résultats escomptés de l'enquête sur place. Par exemple, s'il est important que le personnel clé soit disponible et prêt à fournir les documents requis, il est préférable d'en informer le prestataire à l'avance (la majorité des pays participant à l'audit médical collaboratif mènent principalement des enquêtes sur place annoncées). En revanche, si l'enquête sur place est déclenchée d'urgence et qu'il existe un risque de destruction de preuves, une enquête sur place non annoncée peut s'avérer plus appropriée. Les avantages et les défis des enquêtes sur place annoncées et inopinées sont les suivants :

Tableau 11 Avantages et inconvénients des enquêtes sur place annoncées et inopinées	
Enquête sur place annoncée	
<p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adhésion du prestataire • Documentation appropriée disponible • Personnel clé disponible • Meilleure planification et gain de temps 	<p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interférences possibles à plusieurs niveaux • Données potentiellement manipulées • Données probablement assainies • Risque d'achat/corruption du personnel d'enquête
Enquête sur place inopinée	
<p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Image fidèle d'un établissement sanitaire • Données réelles <ul style="list-style-type: none"> – Possibilité d'interagir avec le bénéficiaire, le personnel, etc. • Interférence minimale 	<p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de coopération des prestataires de soins • Confiance des prestataires compromise • Sécurité de l'équipe compromise • Les membres clés du personnel peuvent s'absenter ce jour • Utilisation inefficace du temps et des ressources • La légitimité des résultats peut être compromise

II. Exécution

Étape 4. Mener une enquête sur place

L'équipe se rend dans l'établissement de santé à la date prévue et mène l'enquête sur place, en utilisant des outils tels que des listes de contrôle, des questionnaires et des protocoles de traitement standard. Lors de l'enquête, l'équipe doit garder à l'esprit les horaires de travail, les valeurs et les normes de l'établissement, le code de déontologie de l'auditeur et l'éthique médicale. Les éléments de l'enquête sur place peuvent être globalement divisés en sept éléments, avec des observations enregistrées par des caméras, des magnétoscopes et des notes de terrain :

- a) **Explication du but et des objectifs de l'enquête sur place.** Cela se fait généralement de deux manières: (1) afficher l'ordre officiel d'enquêter, ce qui se fait généralement dès l'arrivée dans l'établissement. Cet ordre officiel indique clairement l'objectif de l'enquête sur place. (La nature de cette conférence varie d'un pays à l'autre, mais la meilleure pratique consiste à souligner la nature positive de l'enquête sur place afin d'améliorer la qualité des soins fournis à un coût abordable. Aux Philippines, l'équipe d'enquêteurs organise une conférence d'entrée avec la direction de l'établissement pour expliquer l'objectif et le processus de l'enquête. Au Ghana, la conférence d'entrée se tient dans les directions sanitaires régionales et de district et dans les bureaux régionaux et de district de l'autorité nationale d'assurance maladie pour discuter de l'objectif et des attentes de l'enquête.
- b) **Explication du but et des objectifs de l'enquête sur place.** Cela se fait généralement de deux manières: (1) afficher l'ordre officiel d'enquêter, ce qui se fait généralement dès l'arrivée dans l'établissement. Cet ordre officiel indique clairement l'objectif de l'enquête sur place. (La nature de cette conférence varie d'un pays à l'autre, mais la meilleure pratique consiste à souligner la nature positive de l'enquête sur place afin d'améliorer la qualité des soins fournis à un coût abordable. Aux Philippines, l'équipe d'enquêteurs organise une conférence d'entrée avec la direction de l'établissement pour expliquer l'objectif et le processus de l'enquête. Au Ghana, la conférence d'entrée se tient dans les directions sanitaires régionales et de district et dans les bureaux régionaux et de district de l'autorité nationale d'assurance maladie pour discuter de l'objectif et des attentes de l'enquête.
- c) **Vérification des licences et documents réglementaires.** La vérification des licences réglementaires comprend la confirmation de l'enregistrement de l'établissement de santé, de l'accréditation de l'hôpital, de l'accréditation du laboratoire, de la licence de la pharmacie, de la licence de la banque de sang, etc. La vérification des documents peut inclure une comparaison des données relatives aux demandes de remboursement avec les registres d'admission, les dossiers des patients, les registres de sortie, les registres de laboratoire, les registres d'entretien du théâtre d'opération, etc.
- d) **Réaliser le parcours du patient, de l'inscription à la sortie, en examinant et en évaluant l'ensemble du processus à l'aide de listes de contrôle, du protocole clinique et des lignes directrices du système.**
- e) **Examen détaillé des dossiers des patients.** En fonction de l'objectif de l'enquête, un échantillon de dossiers de patients peut être prélevé et comparé aux directives de traitement standard.
- f) **Entretiens avec les médecins, le personnel, les patients hospitalisés et les bénéficiaires ayant reçu leur congé.** L'équipe peut interroger les médecins traitants et le personnel de soutien au sujet de pratiques médicales spécifiques découvertes par l'équipe d'audit, ainsi que les patients hospitalisés dans l'établissement au sujet de l'expérience et de la satisfaction des patients et de toute plainte déposée contre l'établissement. Les bénéficiaires ayant reçu leur congé sont également souvent interrogés lors de visites à domicile afin de s'enquérir de la qualité des services, d'éventuelles activités frauduleuses et de la validation des résultats.
- g) **Confirmation par l'établissement de santé.** Le dernier jour de l'enquête, l'équipe d'enquête sur place reçoit généralement un document de confirmation de la part de l'établissement de santé, attestant de la procédure d'enquête. Aux Philippines, une conférence de clôture est généralement organisée.

III. Suivi

Étape 5. Examiner et analyser les résultats

L'équipe d'enquête examine en détail tous les documents et les éléments de preuve recueillis lors de la visite sur place. À l'issue de l'enquête et de l'examen sur place, l'équipe peut décider de divulguer les conclusions au prestataire, en fonction des règles et réglementations du pays. Le niveau de divulgation au prestataire varie de la confidentialité totale à la divulgation complète, avec un rapport formel contenant des conclusions détaillées partagé ultérieurement. *La Malaisie maintient une confidentialité totale à la sortie de l'enquête. Au Kenya, en Indonésie et aux Philippines, l'équipe discute des objectifs généraux, du processus, des normes, des résultats globaux et des recommandations avec le prestataire.*

Un rapport détaillé des résultats et de l'avis de l'équipe est transmis à l'autorité compétente, par exemple le directeur de l'audit médical, après validation des résultats de l'enquête. L'autorité compétente prend la décision concernant toute action légale ou sanction de l'établissement de santé. La direction de l'équipe d'audit médical décide généralement s'il est nécessaire de prendre des mesures de suivi.

Étape 6. Élaborer et communiquer les actions recommandées pour l'établissement

Dans la plupart des cas, le ministère de la santé décide des mesures à prendre après avoir examiné le rapport d'enquête. Les décisions relatives aux actions en justice, telles que la fermeture d'établissements, relèvent généralement du ministère de la santé, par exemple du conseil d'éthique médicale.

Dans les cas où la fraude a effectivement été vérifiée, les actions recommandées sont les suivantes:

- a) Remboursement des bénéfices illicites:** Bénéfice illicite (montant réclamé pour le service fourni) par l'établissement de santé est calculée et annoncée.
- b) Suspension des activités ou de l'autorisation:** si des activités frauduleuses sont prouvées à l'encontre de l'établissement de santé, les activités de l'établissement peuvent être suspendues ou l'autorisation de l'établissement peut être annulée.
- c) Imposition d'une amende:** Si l'État décide que la suspension de l'établissement causera un préjudice ou un désagrément important aux patients, une autre option consiste à imposer une amende monétaire à l'établissement, assortie d'un avertissement l'invitant à cesser ses activités frauduleuses.
- d) Poursuites pénales:** En fonction de la nature de l'activité frauduleuse, le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) peut engager des poursuites pénales. Le service de santé peut décider d'engager des poursuites avec l'aide du service de lutte contre la criminalité ou de la justice.

Ces actions et sanctions potentielles sont ensuite communiquées à l'établissement audité, accompagnées d'un calendrier. Outre l'établissement audité, les résultats sont également communiqués aux organismes de réglementation des soins de santé, aux associations de patients, au conseil d'administration du programme d'assurance maladie et, parfois, au grand public. Souvent, la divulgation au public se fait dans un domaine ouvert dans les médias électroniques (par exemple, conférence de presse ou site web) avec la ligne de conduite recommandée, garantissant la transparence dans un forum public et agissant comme un avertissement pour d'autres établissements qui pourraient être engagés dans des activités frauduleuses.

Étape 7. Contrôler l'application de la législation et fournir un soutien continu aux installations

Le suivi à long terme consiste généralement en deux processus parallèles:

- a) **Contrôle et suivi de l'application** : ce processus permet de s'assurer que les sanctions prises à l'encontre d'un établissement de santé sont respectées et comprend souvent des contrôles réguliers pour veiller à ce que les activités frauduleuses ne reprennent pas à l'avenir.
- b) **Soutien à l'établissement pour prévenir les rechutes**: Afin de prévenir les rechutes, il est utile de rappeler à l'établissement les règlements, les politiques et les protocoles. Les meilleures pratiques consistent à former les employés de l'hôpital dans le cadre d'ateliers de renforcement des capacités afin de remédier aux lacunes constatées lors de l'enquête et de la procédure d'examen sur place. *En Indonésie, le processus d'enquête sur place a permis d'améliorer l'hygiène des mains, l'identification des patientes et la sécurité de la grossesse et de l'accouchement.*

ÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE: HIRA, CORÉE DU SUD

Étape 1. S'assurer que les éléments structurels sont en place

En Corée, le ministère de la santé et des affaires sociales détient l'autorité légale et supervise l'enquête sur place avec le soutien de HIRA et du NHIS. Les experts de HIRA soutiennent l'ensemble du processus lié à l'enquête sur place, comme l'établissement d'un plan d'enquête, la sélection des prestataires cibles, l'exécution de l'enquête, l'examen des comptes de remboursement et les mesures administratives. Le NHIS apporte son soutien à la gestion des prestations postérieures à l'enquête sur place, notamment en vérifiant si les patients ont bénéficié de certaines prestations d'assurance.

La base juridique de l'enquête sur place est la loi nationale sur l'assurance maladie. Au sein de HIRA, un département est chargé des enquêtes sur place. Il est organisé en trois divisions : la première est chargée de la planification et de la sélection des prestataires de soins de santé soumis à l'enquête sur place, la deuxième est chargée de la conduite de l'enquête et de l'analyse des résultats de l'enquête, et la troisième est chargée de la gestion postérieure, y compris des mesures administratives. Au cours du processus d'enquête sur place, la Corée du Sud utilise les données de HIRA provenant du système de soumission et d'examen des demandes, du système de gestion des ressources en soins de santé des prestataires et du système d'analyse des données, en liaison avec des données provenant de sources externes, notamment les données sur l'immigration et les données sur l'éligibilité des souscripteurs.

Étape 2. Sélectionner les cas

Le processus de sélection des prestataires de soins de santé soumis à une enquête sur place est le point de départ de l'enquête sur place, et il s'agit d'une étape cruciale. En Corée du Sud, tous les prestataires de soins de santé, au nombre d'environ 90 000, sont tenus de participer au système national d'assurance maladie. Afin d'accroître l'efficacité de l'enquête sur place, il est nécessaire de pouvoir trier les prestataires ayant une forte probabilité de présenter des demandes frauduleuses ou fausses:

- **Enquête périodique:** Conduite régulière dans le cadre du système de suivi et d'évaluation.
- **Enquête spéciale:** Menée en cas de problème social tel que des pratiques médicales contraires à l'éthique ou lorsqu'une pratique collective de réclamation frauduleuse nécessite une enquête générale auprès de plusieurs prestataires
- **Enquête urgente:** Enquête menée auprès de fournisseurs présentant une forte probabilité de réclamations fausses et frauduleuses et qui sont susceptibles de détruire des preuves ou de fermer l'entreprise
- **Contrôle de l'application de la loi:** Suivi des mesures administratives telles que la suspension de l'activité de l'établissement de santé.

Pour les enquêtes périodiques, les prestataires cibles potentiels (prestataires soupçonnés de fraude) sont sélectionnés sur la base des plaintes des patients et des demandes de HIRA, du NHIS et d'autres institutions (Commission de lutte contre la corruption et des droits civils, bureau du procureur, etc.) Le NHIS demande des enquêtes sur la base de ses enquêtes auprès des patients concernant les prestations d'assurance qu'ils ont reçues et des rapports des dénonciateurs. HIRA demande des enquêtes sur les prestataires qui ont montré une probabilité de demandes frauduleuses lors de l'examen des demandes, de l'évaluation de la qualité, de la gestion des ressources en soins de santé et du système de détection des demandes frauduleuses, et qui ont fréquemment surfacturé les patients avec un montant de copaiement élevé. Par exemple, le système de gestion des liens avec les indicateurs classe les prestataires de soins de santé comme "faisant l'objet d'une enquête sur place" s'ils ont été invités à plusieurs reprises à améliorer leur indice de rentabilité des épisodes (CEI) parce qu'il est supérieur à 1,35, mais qu'ils n'ont pas fait preuve d'amélioration. Les prestataires font également l'objet d'une enquête sur place s'il s'avère que leur moyenne mensuelle de demandes frauduleuses dépasse cinq cas pendant plusieurs mois consécutifs au cours du processus d'examen des demandes ou s'ils refusent de soumettre les documents pertinents à deux reprises ou plus sans raison particulière, ce qui empêche de vérifier la fraude.

Parmi tous les candidats à une enquête sur place, le ministère de la santé et des affaires sociales en sélectionne un nombre approprié en fonction de l'efficacité et de l'urgence de l'enquête, sur la base des plans et conditions annuels d'enquête sur place.

Étape 3. Planifier l'enquête sur place

Le ministre de la santé et de la protection sociale élabore un plan d'enquête approprié comprenant le nombre de prestataires, le personnel d'enquête, la durée de l'enquête, la période couverte par l'enquête, etc. Le plan d'enquête est conçu en tenant compte des ressources disponibles de HIRA et du NHIS (budget, ressources humaines, etc.). Une fois le plan mis en place, le ministère de la santé et des affaires sociales donne l'ordre de mener l'enquête. L'équipe d'enquête sur place est composée de membres du personnel du ministère de la santé et des affaires sociales, de HIRA et du NHIS.

L'équipe d'enquête sur place est composée de membres du personnel du ministère de la santé et du bien-être, de l'HIRA et du NHIS. Le personnel de HIRA est principalement composé de personnel chargé de l'examen des réclamations, ainsi que de personnel administratif et informatique.

La durée de l'enquête et le nombre de membres de l'équipe d'enquête sont flexibles et varient en fonction du type d'enquête et du niveau du prestataire. En moyenne, trois enquêteurs mènent l'enquête pendant trois jours ; au maximum, sept enquêteurs mènent l'enquête pendant quatorze jours. S'il est nécessaire de prolonger la durée de l'enquête, l'approbation préalable du ministère de la santé et du bien-être est requise.

La personne chargée de l'enquête au sein du ministère de la santé et des affaires sociales sera le chef de l'équipe, le membre le plus ancien de l'HIRA sera le chef de l'équipe, et le personnel d'enquête sera réparti de manière appropriée en fonction des caractéristiques des prestataires, telles que le niveau du prestataire, le nombre de spécialités et le montant de remboursement.

Si un membre de l'équipe d'enquête a des relations avec les représentants des prestataires, une expérience professionnelle antérieure chez le prestataire cible, une relation d'intérêt particulier (comme une école ou un lien régional), ou tout autre cas où une enquête objective et équitable peut être en jeu, ce membre est exclu de l'équipe d'enquête.

La Corée du Sud propose une formation sur les modifications des normes relatives à l'exécution des enquêtes, les principaux points d'enquête et la manière de gérer les situations de corruption et les menaces, qui comprennent un engagement interdisant de recevoir de l'argent ou des divertissements, une discipline plus stricte parmi les fonctionnaires et la confidentialité des informations privées. Les enquêteurs analysent les données du prestataire de soins correspondant, telles que les dossiers de demande de remboursement, les dossiers d'ajustement des demandes et l'état actuel des ressources de soins de santé en rapport avec le domaine d'enquête demandé. En outre, ils préparent des listes de contrôle à utiliser au cours de l'enquête, la liste des documents à demander pour soumission, les critères de prestation, etc.

En Corée du Sud, les prestataires de soins de santé ne sont pas informés à l'avance de la tenue d'une enquête sur place afin d'éviter les risques de fuite et la destruction de preuves.

Étape 4. Mener une enquête sur place

Les enquêteurs présentent leurs identifications et l'ordre d'enquête officiel au(x) représentant(s) du prestataire de soins de santé. Ils expliquent ensuite les motifs de l'enquête et sa durée. Afin de vérifier les données de la demande, les enquêteurs vérifient des documents tels que les dossiers médicaux du prestataire, les dossiers d'exécution des ordonnances, le registre des paiements, etc. Si nécessaire, ils demandent aux patients s'ils ont bénéficié de certaines prestations d'assurance et mènent des entretiens avec le personnel de l'hôpital, qui peuvent être enregistrés ou filmés avec le consentement du ou des représentants du prestataire de soins de santé. Une fois l'enquête terminée, l'équipe d'enquêteurs reçoit une confirmation documentée du représentant du prestataire reconnaissant les résultats de l'enquête, et communique les résultats (montant estimé de la fraude, type de fraude, etc.) au ministre de la santé et du bien-être.

Les enquêteurs examinent en moyenne des dossiers d'une durée minimale de six mois, mais peuvent aller jusqu'à un maximum de trois ans s'ils constatent des cas graves de réclamations fausses et frauduleuses.

Étape 5. Examiner et analyser les résultats

La durée de la suspension étant déterminée en fonction du montant des bénéfices illicites, ce montant doit être calculé avec précision. Sur la base du formulaire de confirmation de l'enquête sur place, le montant de la fraude est agrégé pour chacun des éléments suivants : élément de traitement, type de demande frauduleuse et méthode de réexamen et de remboursement.

Les enquêteurs produisent ensuite une déclaration détaillée comprenant le montant total de la fraude, le montant moyen mensuel de la fraude, le taux de fraude, les registres détaillés de la fraude pour chaque prestataire de soins de santé et la durée de la suspension pour imposer des mesures administratives. Enfin, les enquêteurs préparent une lettre de notification préalable à envoyer au prestataire de soins de santé concernant les mesures administratives, accompagnée des résultats du réexamen et des dossiers relatifs aux mesures administratives. Ils rédigent ensuite un rapport à l'intention du ministère de la santé et du bien-être.

Étape 6. Élaborer et communiquer les actions recommandées pour l'établissement

Étant donné que les résultats d'une enquête sur place peuvent avoir des conséquences graves, telles que la suspension des activités du prestataire de soins, les prestataires sont informés à l'avance des mesures administratives qui les concernent et ont la possibilité de s'expliquer. Lorsque les prestataires choisissent de faire part de leurs commentaires, ils doivent disposer de preuves objectives à l'appui de leurs déclarations, et les commentaires soumis sont examinés par HIRA.

Les résultats de l'enquête peuvent donner lieu aux types d'actions suivants :

Premièrement, des mesures administratives peuvent être prises, notamment la récupération des bénéfices obtenus frauduleusement et la suspension des activités. Parmi les profits illégaux découverts, les montants illégaux de la participation aux frais sont récupérés par le NHIS et restitués aux patients. La période de suspension peut aller jusqu'à un an, en fonction du montant mensuel de la fraude et du taux de fraude. Au lieu de suspendre ses activités, le prestataire peut payer des pénalités, qui dépendent de la durée de la suspension. Deuxièmement, les licences de médecin ou de pharmacien peuvent être suspendues pour une période allant jusqu'à un an, conformément à la loi sur les services médicaux et à la loi sur les affaires pharmaceutiques.

Des poursuites pénales peuvent être engagées à la suite d'infractions en matière de soumission de documents. Par exemple, si les prestataires ont reçu l'ordre de soumettre des documents et qu'ils ont refusé, qu'ils ont soumis de fausses demandes, qu'ils ont refusé l'enquête ou qu'ils ont envoyé de faux rapports. En 2014, il y a eu cinquante-sept cas de poursuites pénales.

Les prestataires peuvent déposer une objection formelle contre toute mesure administrative imposée. Il existe deux types d'objections : le procès administratif et le contentieux administratif. Les procès administratifs sont déposés auprès de la Commission centrale des recours administratifs, tandis que les litiges administratifs sont déposés auprès du tribunal administratif. Depuis 2010, la liste des prestataires ayant présenté de fausses demandes (fabriquées) est rendue publique en Corée du Sud. Si le montant des coûts des prestations causés par les fausses demandes est supérieur à 15 000 USD ou à 20 % du total des coûts des prestations demandées par les prestataires, le motif, la fréquence et les résultats de l'infraction sont pris en compte pour décider s'il y a lieu de faire une annonce publique. Le nom du prestataire, son adresse, le nom de son représentant, ses infractions et les mesures qui en découlent sont annoncés sur les sites web du MOHW, du NHIS, de l'HIRA et des municipalités locales et régionales pendant six mois. Les infractions graves sont annoncées dans les médias.

Étape 7. Contrôler l'application de la législation et fournir un soutien continu aux installations

Un contrôle est effectué pour s'assurer que les prestataires de soins de santé appliquent les mesures qui leur ont été imposées à la suite d'une enquête sur place et pour veiller à ce que les mêmes types d'activités frauduleuses ne se reproduisent pas. Le contrôle de l'application des mesures, qui vérifie si le prestataire suspendu poursuit ses activités de manière illégale ou opportune, est effectué de la même manière que les enquêtes périodiques. En outre, les représentants (et les personnes apparentées) des prestataires qui ont déposé de fausses demandes sont gérés à l'aide d'un système de suivi distinct.

Une fois les mesures administratives imposées aux prestataires, le montant total de leurs prestations est analysé. Les prestataires dont le montant des prestations a augmenté de plus de 30 % sont sélectionnés pour faire l'objet d'une gestion plus ciblée, qui comprend un examen approfondi. S'ils continuent à présenter des demandes frauduleuses, ils font à nouveau l'objet d'une enquête sur place.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Un soutien organisationnel et juridique bien défini et établi est essentiel à l'efficacité des enquêtes sur les sites.

Lier l'analyse des demandes à des indicateurs et à des déclencheurs d'enquêtes sur place, et demander à un comité ou à une commission d'examiner les informations concernant le prestataire pour décider de la nécessité d'une enquête sur place.

Planification de l'enquête: Ordre d'enquête officiel, équipe d'enquêteurs pluridisciplinaire et bien formée, politique en matière de conflits d'intérêts, outils de collecte de données, rôles et responsabilités bien définis, dispositions logistiques, information de l'établissement concerné et conférence d'entrée.

Mener l'enquête : Inspection des installations à l'aide d'une liste de contrôle, vérification documentaire, vérification de l'autorisation et de la réglementation, examen des dossiers par rapport aux directives de traitement, entretiens avec les patients hospitalisés, entretiens avec le personnel. Un soutien organisationnel et juridique bien défini et établi est essentiel à l'efficacité des enquêtes sur les sites.

2. Audit clinique

OBJECTIF

Bien que les étapes générales des audits cliniques soient largement similaires à celles d'une enquête sur site réussie, certaines activités sont propres au processus d'audit clinique.

DÉFINITION

Un audit clinique est généralement réalisé pour un sous-ensemble de prestataires de soins de santé et se concentre exclusivement sur les éléments cliniques et les aspects liés à la qualité des soins de santé. En Corée du Sud, il est appelé évaluation de la qualité

PORTÉE

Alors que les enquêtes sur place comportent généralement des considérations cliniques et financières, ce chapitre se concentre sur la méthodologie de l'audit clinique. L'accent est mis sur la structure, le processus clinique et les résultats des audits cliniques par rapport aux normes fondées sur des données probantes. L'audit clinique offre également l'occasion de comparer les données relatives aux demandes de remboursement avec les dossiers du prestataire de soins de santé

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente :

- Les sept étapes clés d'un audit clinique réussi sont similaires aux étapes décrites dans la section précédente sur l'enquête sur place.

I. Préparation

- **Étape 1:** S'assurer que les éléments structurels sont en place
- **Étape 2:** Sélectionner les thèmes
- **Étape 3:** Planifier l'audit clinique

II. Exécution

- **Étape 4:** Mener un audit clinique

III. Suivi

- **Étape 5:** Examiner et analyser les résultats
- **Étape 6:** Élaborer et communiquer les actions recommandées pour l'institution
- **Étape 7:** Contrôler l'application de la législation et fournir un soutien continu à l'institution
- Étude de cas détaillée: HIRA, Corée du Sud

ÉTAPES CLÉS

I. Préparation

Étape 1. S'assurer que les éléments structurels sont en place

Les **éléments structurels** comprennent le mandat ou l'approbation du département ou de l'agence d'audit médical pour l'audit clinique, l'accord entre les prestataires de soins de santé sur le fait qu'ils peuvent être soumis à un audit clinique externe (généralement inclus dans le contrat avec l'acheteur de soins), la disponibilité d'un budget pour les activités, l'approbation éthique (généralement non requise pour l'audit, mais pour la recherche), etc. Comme pour les enquêtes sur place, quatre structures clés doivent être mises en place avant le début d'un audit clinique. Cette section ne comprend pas de description détaillée des quatre structures clés, car elles sont pour la plupart similaires à ce qui a été expliqué dans la section sur l'investigation sur place.

- a) Exigences organisationnelles (voir chapitre 1 pour plus d'informations)
- b) Exigences juridiques (voir le chapitre 1 pour plus d'informations)
- c) Exigences relatives aux ressources humaines (voir le chapitre 2 pour plus d'informations)
- d) Technologies de l'information (voir le chapitre sur les éléments déclencheurs de l'audit médical pour plus d'informations)

Étape 2. Sélectionner les thèmes

La sélection du thème clinique à vérifier doit se fonder sur l'importance clinique, les preuves scientifiques disponibles (par exemple, les directives de traitement standard ou les voies d'accès fondées sur des preuves) et la possibilité d'accéder aux données pour l'audit clinique. L'objectif de l'audit clinique peut être de comprendre les performances d'un prestataire de soins dans un domaine clinique (par exemple, en cas de suspicion de faute professionnelle) ou la manière dont le domaine clinique est géré par l'ensemble des prestataires de soins qui le gèrent (par exemple, pour identifier les domaines d'amélioration de la qualité).

Étape 3. Planifier l'audit clinique

- a) **Constituer l'équipe chargée de l'audit clinique.** Il est important d'inclure des professionnels ayant une autorité clinique pour prendre des décisions concernant les normes disponibles qui seront utilisées pour l'audit clinique. Il est également important d'inclure des professionnels ayant des antécédents cliniques et administratifs différents.
- b) **Élaborer des normes pertinentes pour le sujet choisi.** Les normes doivent inclure des informations sur la structure (qualification du personnel, normes d'équipement), le processus clinique (par exemple, tests diagnostiques, communication avec le patient, gestion de la douleur postopératoire), le processus administratif (protocole de sortie, gestion des dossiers médicaux) et le résultat (effet escompté sur l'état de santé). Il est important de tenir compte de la manière dont le gouvernement, les associations professionnelles ou d'autres groupes communiquent aux prestataires de soins de santé des lignes directrices ou des voies de traitement standard, ainsi que du niveau de connaissance attendu de ces normes.

Ces normes (fondées sur des données probantes et approuvées dans le contexte local) devraient constituer la principale source de normes d'audit clinique. Il est toujours bon de procéder à une analyse documentaire afin d'identifier d'autres normes pertinentes à prendre en considération (normes reposant sur des données internationales plus récentes). S'il existe des différences majeures entre les normes approuvées par le gouvernement et les preuves les plus récentes, il peut être préférable d'en parler à l'autorité qui élabore et approuve les normes avant qu'elles ne soient utilisées comme base pour l'audit clinique.

- c) **Élaborer un protocole écrit** qui explique la raison d'être de l'audit clinique, détaille la norme de vérification avec des sources de données définies et spécifie le profil du prestataire de soins et du patient devant faire l'objet de la vérification. Le protocole écrit doit également définir l'échantillon, y compris sa taille (nombre de cas) et la manière de s'assurer que l'échantillon est représentatif. La taille de l'échantillon dépend du degré de confiance souhaité et des ressources disponibles. Trente à quarante cas sont souvent suffisants pour un audit clinique équitable (la recherche clinique nécessite un échantillon beaucoup plus important). Dans certains cas, l'échantillonnage raisonné cible un ensemble spécifique d'établissements ou de prestataires. Il est toujours bon d'inclure une fiche de données afin de normaliser la manière dont les données seront collectées. Il est bon d'inclure dans le protocole des lignes directrices sur la confidentialité des patients afin de rendre anonymes les informations les concernant.

II. Exécution de l'audit clinique

Étape 4. Réaliser un audit clinique

Le processus d'exécution d'un audit clinique comprend deux étapes: (1) la collecte des données et (2) la constitution d'un ensemble de données à des fins d'analyse.

- a) **Collecter les données** : La collecte des données s'effectue principalement à partir des dossiers médicaux disponibles dans l'établissement de soins. Plusieurs sources de données sont souvent nécessaires : rapports de radiologie, rapports de laboratoire, dossiers pharmaceutiques et dossiers de santé communautaire. Dans certains cas, les données ne sont pas disponibles, mais elles sont néanmoins essentielles pour une évaluation équitable du sujet clinique. Il peut être nécessaire de collecter des données de manière prospective par le biais d'observations directes ou en demandant aux patients ou aux prestataires de soins de santé de remplir des formulaires de collecte de données.
- b) **Construire une base de données pour l'analyse** : Les données collectées doivent être vérifiées pour s'assurer de leur exactitude, puis codées dans un format adapté à l'analyse. L'analyse des données bénéficie d'un manuel de codage. Chaque champ de données se voit attribuer une valeur numérique, y compris les champs de données comportant des réponses textuelles (par exemple : la pression artérielle a-t-elle été enregistrée ? Oui=1 Non=2). Créez des catégories avec des valeurs numériques assignées pour les questions comportant plusieurs réponses textuelles. Si possible, les données doivent être collectées sous forme codée (plutôt que sous forme de texte), ou le système doit être conçu pour coder automatiquement les données. Si le pays ou l'acheteur de soins dispose d'un dictionnaire de données définissant des normes de données, veillez à ce que ces normes soient utilisées (voir le dictionnaire de données ouvert comme ressource pour développer un dictionnaire de données). Certaines informations peuvent être collectées manuellement lors de la vérification. Il est bon de numériser les données de la vérification pour faciliter l'analyse. Les attentes pour chaque question ou indicateur doivent être définies sur la base des normes de vérification.

III. Suivi d'un audit clinique

Étape 5. Examiner et analyser les résultats

L'analyse peut être effectuée à l'aide d'Excel ou de tout autre logiciel d'analyse statistique de base. Si l'acheteur ne dispose pas d'une équipe interne pour gérer l'analyse statistique, l'équipe de vérification peut s'associer à une université ou à un autre groupe de confiance disposant d'une expertise existante pour l'analyse des données.

Les résultats de l'analyse des données doivent pouvoir montrer les niveaux de qualité des soins de santé et les écarts de qualité entre les prestataires de soins de santé. Il est recommandé d'analyser les données sous différents angles : le niveau national, le niveau régional, le niveau du type de prestataire de soins et le niveau du prestataire de soins.

L'analyse sous plusieurs angles facilite la sélection des sujets d'action ou des activités de soutien résultant de l'audit clinique. Fondamentalement, les unités d'analyse devraient être les indicateurs individuels. Ceci afin d'aider les prestataires de soins à identifier les domaines nécessitant une amélioration de la qualité et à mener les activités d'amélioration de la qualité nécessaires.

Les indicateurs de résultats sont ajustés au risque pour permettre une comparaison équitable entre les prestataires, car les résultats des traitements des prestataires dépendent des facteurs de risque de leurs patients. En outre, toutes les valeurs de l'audit clinique peuvent être additionnées pour obtenir un score d'évaluation. Le score agrégé est calculé pour faciliter la visualisation de la qualité globale d'un seul coup d'œil, ce qui facilite les comparaisons entre les prestataires de soins de santé. Le score global est particulièrement utile lorsque les résultats de l'audit clinique sont divulgués au public et que des mesures incitatives et dissuasives sont appliquées. L'analyse peut déboucher sur une évaluation absolue ou sur une évaluation relative avec classement. Les évaluations absolues sont recommandées, car elles récompensent les institutions qui atteignent une qualité de soins de santé préalablement convenue (par opposition à un système de classement des prestataires).

Étape 6. Élaborer et communiquer les actions recommandées pour l'établissement

Les résultats de l'audit clinique peuvent être communiqués aux différentes parties prenantes, utilisés pour déterminer les compensations monétaires qui en découlent et liés à l'examen des demandes d'indemnisation et à l'enquête sur place. Sur la base de l'analyse, l'équipe de vérification clinique élabore un rapport qui est présenté aux prestataires. L'équipe de vérification peut (en collaboration avec le prestataire) effectuer une analyse des causes profondes afin de comprendre les raisons des résultats. Le prestataire doit être en mesure d'utiliser les informations pour améliorer la qualité. Outre les prestataires, les résultats de l'audit clinique peuvent être utilisés par d'autres entités, notamment le ministère de la santé (en tant que contribution à la prise de décisions politiques visant à améliorer la qualité des soins de santé dans le pays) et le public. La divulgation des résultats au public peut permettre aux patients de choisir leurs prestataires en connaissance de cause.

Étape 7. Contrôler l'application de la législation et fournir un soutien continu aux installations

Un soutien diversifié doit être offert aux établissements médicaux afin qu'ils puissent mener des activités volontaires d'amélioration de la qualité des soins de santé. Des informations telles que les stratégies d'amélioration de la qualité et leurs dernières tendances peuvent être mises à disposition, et une formation et un renforcement des capacités peuvent être fournis pour aider les prestataires à s'améliorer.

ÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE: HIRA, CORÉE DU SUD

Depuis les années 1990, la société coréenne demande de plus en plus à bénéficier de services de santé appropriés et de qualité. Les prestataires se sont montrés proactifs en apportant des améliorations de manière indépendante. En 1995, un système d'évaluation dirigé par le gouvernement a été mis en place pour améliorer la qualité des services des prestataires. Toutefois, ce qui constitue un "service de soins de santé de qualité" n'a pas été correctement établi au niveau de l'État.

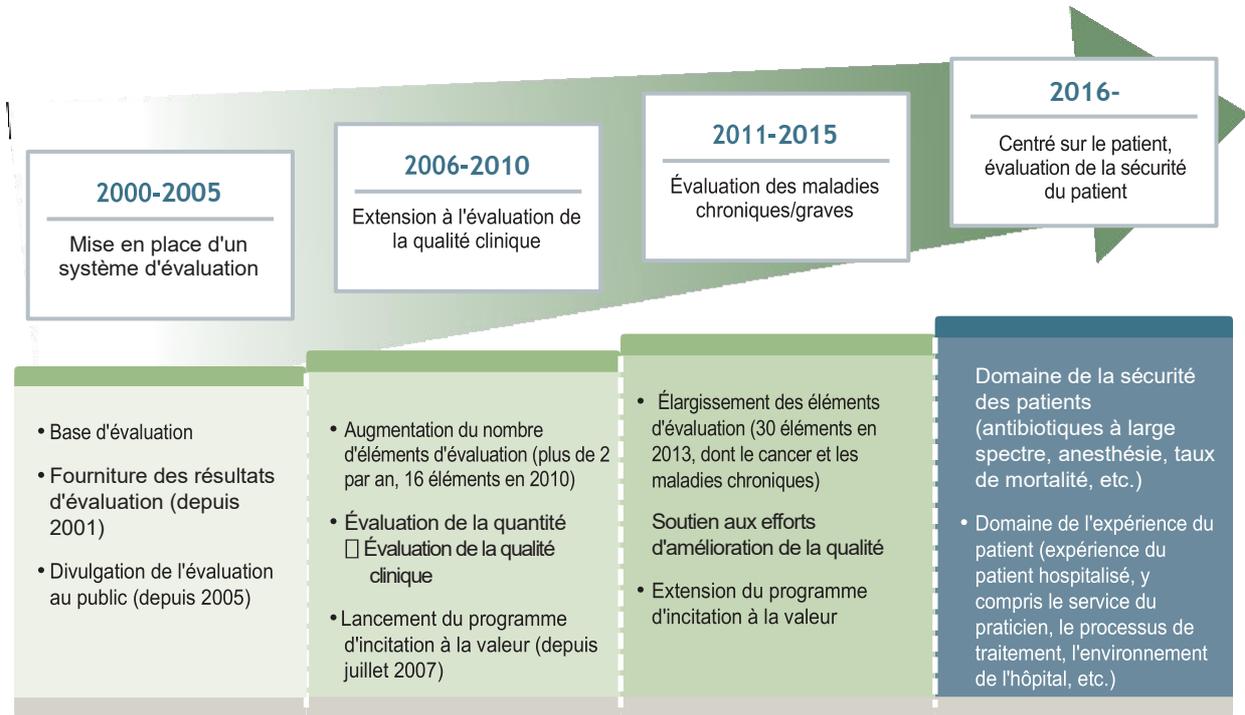
Dans le passé, l'examen des demandes de remboursement des frais médicaux étant principalement axé sur la conformité des demandes aux normes d'examen, l'évaluation de la qualité des prestations n'était pas suffisamment prise en compte. Dans le cadre du modèle de paiement à l'acte suivi par la Corée, il existe un risque de prestation excessive de services inutiles, ce qui a rendu nécessaire l'amélioration du système d'évaluation de la qualité des prestations. L'évaluation de la qualité est une méthode systématique d'évaluation de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité des services de santé. L'évaluation de la qualité est entreprise avec les objectifs suivants à l'esprit :

- Améliorer la qualité des services de santé
- Minimiser les écarts de traitement entre les institutions médicales et les médecins
- Optimiser le niveau des coûts

Depuis l'introduction de l'audit clinique (ou "évaluation de la qualité" (AQ) dans le contexte sud-coréen) en 2000, HIRA a continué à développer les éléments et les domaines de l'AQ et à faire progresser le système d'AQ qui comprend la divulgation publique des résultats de l'AQ, l'application de mesures incitatives/dissuasives et le renforcement des activités de soutien aux efforts d'amélioration de la qualité déployés par les prestataires de soins.

Figure 16

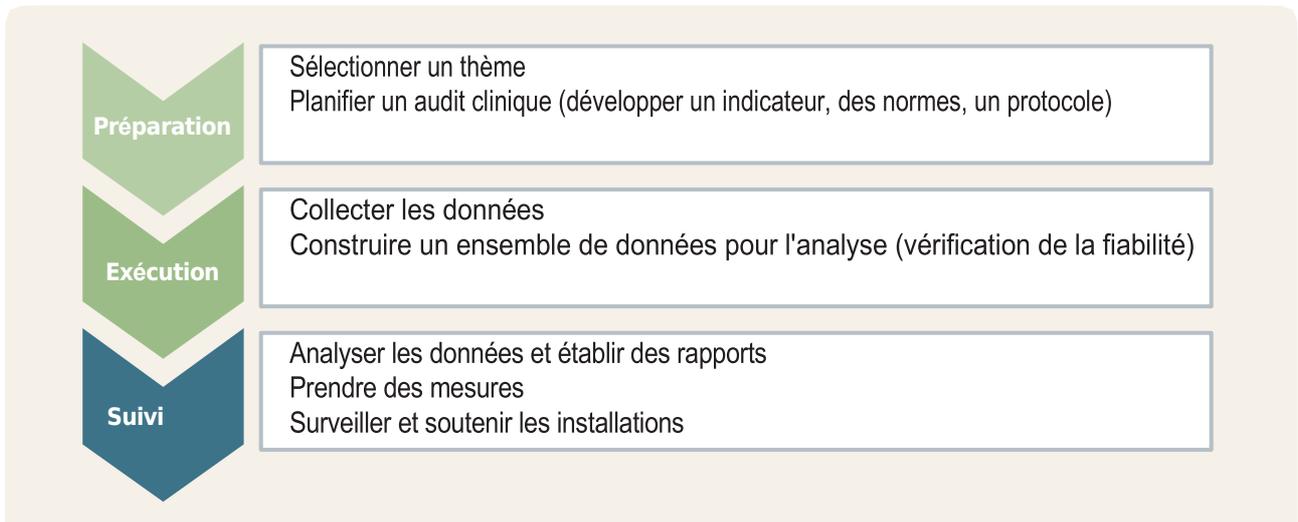
Processus de développement de l'évaluation de la qualité (HIRA)



La figure ci-dessous illustre le processus d'AQ d'HIRA tel qu'il s'inscrit dans les étapes présentées dans cette section. Les paragraphes suivants présentent les détails du dossier d'HIRA en fonction du processus.

Figure 17

Processus d'évaluation de la qualité (HIRA)



Étape 1. S'assurer que les éléments structurels sont en place

La Corée du Sud a introduit le système d'assurance qualité en juillet 2000, lorsque la loi sur l'assurance maladie nationale a été modifiée. L'article 63 de la loi stipule que l'AQ relève de la responsabilité de HIRA. Les notifications publiques du ministre de la santé et de la protection sociale définissent les détails de l'AQ en ce qui concerne la sélection des sujets, les normes pertinentes et les méthodes d'évaluation.

Un département de HIRA a été consacré à l'assurance qualité. En outre, le Comité central d'évaluation de la qualité et les sous-comités d'évaluation de la qualité sont chargés respectivement de délibérer sur les questions importantes et de procéder à des examens par des experts.

HIRA a mis en place un système informatique dédié à l'assurance qualité. Le système d'assurance qualité se compose du système de collecte des données d'évaluation pour les prestataires et du système de gestion et d'analyse à usage interne. Le système de collecte des données d'évaluation est conçu pour aider les prestataires à remplir et à soumettre les questionnaires. Le système de gestion et d'analyse est conçu pour vérifier et analyser les données collectées.

Étape 2. Sélectionner les thèmes

Pour planifier le processus d'évaluation de la qualité, l'équipe d'audit clinique sélectionne les éléments candidats. Les priorités de sélection des éléments candidats sont déterminées sur la base de cinq facteurs : le volume ou la fréquence des services dans le cadre du remboursement des prestations, l'importance clinique, l'intérêt social, l'amélioration attendue grâce à l'évaluation de la qualité et la difficulté éventuelle de l'exécution de l'évaluation.

Tous les services de soins de santé font l'objet d'une évaluation de la qualité par HIRA. 32 éléments au total ont été évalués, notamment les maladies aiguës, les maladies chroniques, l'utilisation des médicaments, le taux de mortalité hospitalière ajusté à la gravité, le taux de réadmission non planifiée ajusté au risque et l'expérience des patients.

Tableau	Domaines d'évaluation de la qualité et indicateurs spécifiques (HIRA)								
	<table border="1"><thead><tr><th>Domaines (32 items)</th><th>Items spécifiques (55)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Centré sur le patient (1)</td><td>Expérience des patients</td></tr><tr><td>Maladies transmissibles (1)</td><td>Tuberculose</td></tr><tr><td>Maladie aiguë (5)</td><td>Accident vasculaire cérébral aigu, pneumonie, pontage aorto-coronarien, cardiopathie ischémique (infarctus aigu du myocarde, intervention coronarienne percutanée)</td></tr></tbody></table>	Domaines (32 items)	Items spécifiques (55)	Centré sur le patient (1)	Expérience des patients	Maladies transmissibles (1)	Tuberculose	Maladie aiguë (5)	Accident vasculaire cérébral aigu, pneumonie, pontage aorto-coronarien, cardiopathie ischémique (infarctus aigu du myocarde, intervention coronarienne percutanée)
Domaines (32 items)	Items spécifiques (55)								
Centré sur le patient (1)	Expérience des patients								
Maladies transmissibles (1)	Tuberculose								
Maladie aiguë (5)	Accident vasculaire cérébral aigu, pneumonie, pontage aorto-coronarien, cardiopathie ischémique (infarctus aigu du myocarde, intervention coronarienne percutanée)								

Domaines (32 items)	Items spécifiques (55)
Maladie chronique (5)	Hypertension, diabète, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, hémodialyse
Cancer (5)	Colorectal, sein, poumon, gastrique, foie (résultat du traitement)
Médicaments (8)	Taux de prescription d'antibiotiques, taux de prescription d'antibiotiques par ingrédient, taux de prescription d'injections, nombre de médicaments par ordonnance, coût des médicaments par jour d'administration, taux de chevauchement des prescriptions d'antipyrétiques, d'analgésiques et d'anti-inflammatoires pour l'arthrose, utilisation d'antibiotiques pour les infections aiguës de l'oreille moyenne chez les enfants, antibioprophylaxie chirurgicale (15 types de chirurgies).
Paiement par cas (3)	Hôpital de soins de longue durée, service psychiatrique d'aide médicale, DRG pour 7 maladies
USI (1)	Unité de Soins Intensifs
Volumedetraitements(1)	Nombre de cas de chirurgie spécifique (4 types de chirurgie)
Volumedetraitements(2)	Severity-adjusted hospital mortality rate, risk-adjusted readmissions rate

Étape 3. Planifier l'audit clinique

Un groupe de travail sur l'assurance qualité, un comité chargé de délibérer sur les questions importantes et des sous-comités chargés de l'examen par des experts cliniques ont été mis en place pour l'assurance qualité. Le groupe de travail de l'HIRA se compose de deux départements, de huit divisions et d'une centaine de membres du personnel. Le comité central d'évaluation de la qualité est composé de 18 membres issus de la société médicale (6), de groupes d'intérêt public (6) et de l'assurance maladie (6). Il est responsable d'un plan annuel d'évaluation de la qualité et traite des délibérations sur la politique globale d'évaluation de la qualité (y compris le plan d'évaluation annuel), des questions au sein du comité d'évaluation de la qualité et du programme VIP (programme de paiement à la performance de l'HIRA). Les sous-comités d'évaluation de la qualité sont composés d'experts cliniques recommandés par les universités, l'industrie, les groupes de consommateurs et les membres du comité à temps plein. Chaque équipe, organisée par élément d'évaluation, est composée de 3 à 5 membres du personnel et de membres du comité à temps plein de l'HIRA.

La sélection des éléments est suivie de l'élaboration des indicateurs et de l'évaluation préliminaire. Les indicateurs d'évaluation sont élaborés par l'HIRA et une société universitaire, qui examinent la littérature et les indicateurs d'autres pays. Ils ont développé un total de 375 indicateurs, dont 49 indicateurs de structure, 213 indicateurs de processus, 84 indicateurs de résultats et 29 autres. La normalisation et la quantification sont les principales caractéristiques des indicateurs sélectionnés. Ils doivent être basés sur les directives cliniques standardisées existantes, sur les connaissances récentes des experts médicaux et pharmaceutiques et sur les aspects économiques. L'équipe procède à une évaluation préliminaire des éléments sélectionnés. Des experts cliniques participent à l'ensemble du processus d'évaluation préliminaire afin de tester la faisabilité et l'acceptabilité des indicateurs d'évaluation. Les indicateurs ne sont pas permanents, mais sont continuellement mis à jour à chaque cycle d'évaluation.

À la fin de chaque année, un plan d'évaluation annuel est préparé pour l'année suivante et approuvé par le comité d'évaluation de la qualité et le ministère de la santé et des affaires sociales. Par la suite, des plans plus concrets de mise en œuvre de l'AQ sont établis, y compris le protocole d'AQ pour chaque élément, la collecte de données et la méthode d'évaluation, les prestataires cibles, les cas cibles et le calendrier. Comme le plan détaillé est publié deux mois avant la date de mise en œuvre, les prestataires sont en mesure de fournir des services de santé conformes aux normes annoncées et de s'efforcer de manière autonome d'améliorer la qualité des soins. Les prestataires cibles, la période d'évaluation et le nombre de cas à évaluer dépendent des éléments d'évaluation. La période d'évaluation est généralement de trois mois ou d'un an. Les prestataires cibles et le nombre de cas varient considérablement en fonction du nombre de traitements médicaux concernés. Par exemple, le nombre de prestataires cibles et de cas d'évaluation des accidents vasculaires cérébraux aigus est respectivement de 189 et 9 803 ; cependant, 16 445 institutions sont ciblées pour l'évaluation du diabète.

Étape 4. Réaliser un audit clinique

Le processus d'exécution est divisé en deux parties : la collecte des données et la vérification de la fiabilité.

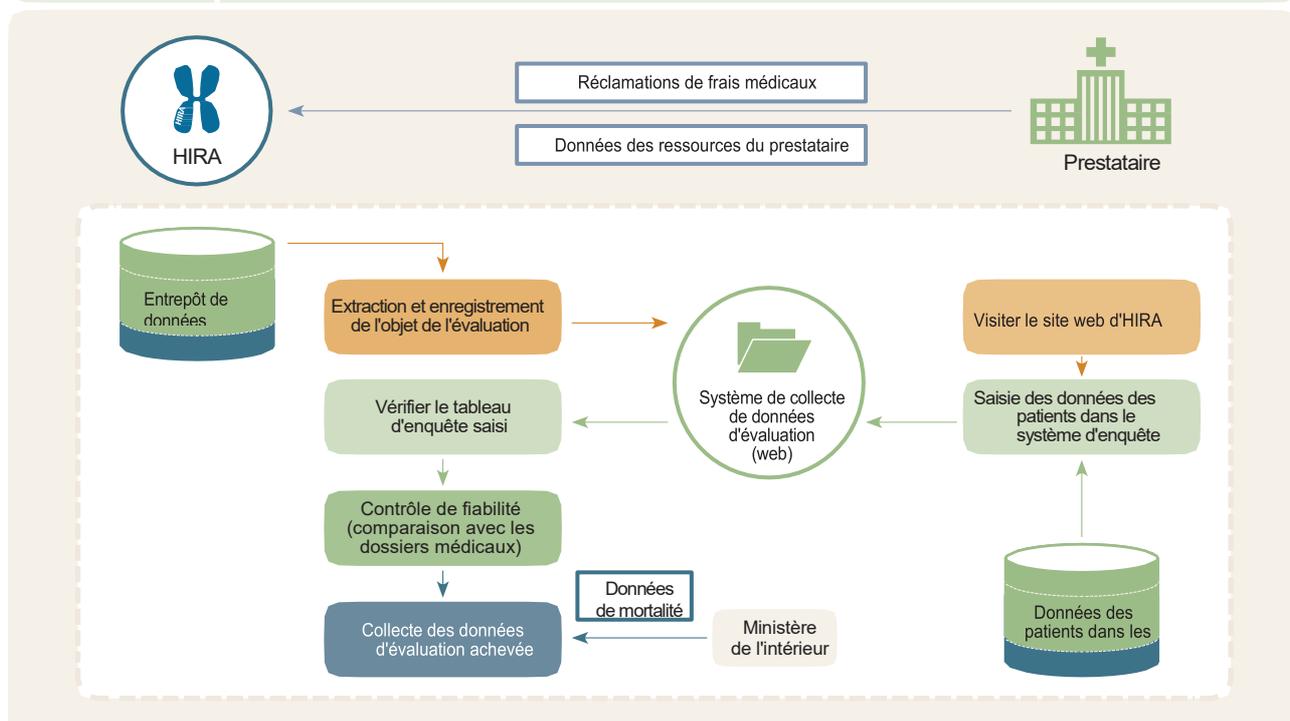
Collecte des données : La source des données est divisée en deux catégories : les données administratives et les données d'enquête. Les données administratives comprennent les données sur les demandes de remboursement, les données sur les ressources des prestataires et les données sur la mortalité. Les données sur les ressources (installations, main-d'œuvre et équipement) et les données sur les demandes de remboursement sont extraites de l'entrepôt de données (DW) de HIRA. Les données de mortalité sont collectées auprès du ministère de l'Intérieur. S'il n'est pas possible de collecter des informations sur les patients ou des informations détaillées sur le traitement (par exemple, les résultats de l'examen et du traitement, l'apparition de complications) en utilisant uniquement des données administratives, il est nécessaire de recourir à des données d'enquête. Les prestataires saisissent et soumettent les données d'enquête à l'aide d'un système de collecte de données d'AQ basé sur le web. Ce système a été introduit en 2007.

Le système E-ADS (Electronic medical record Assessment Data Submission) a été introduit en 2015. Ce projet pilote a été étendu à 146 institutions en 2016. Grâce à ce système, les dossiers médicaux électroniques sont automatiquement convertis en données d'évaluation en temps réel.

Contrôle de fiabilité : La validité et l'exactitude des données de l'enquête sont vérifiées en comparant leur cohérence avec les dossiers médicaux. Afin de confirmer les données du tableau d'enquête soumises par les prestataires, un certain pourcentage (à 5 % près) ou un certain nombre fixe de cas d'évaluation pour chaque institution sont sélectionnés de manière aléatoire. Les dossiers médicaux relatifs aux cas sélectionnés sont demandés pour être soumis. Les données qui ne correspondent pas aux dossiers médicaux sont corrigées ; les prestataires sont informés des résultats du contrôle de fiabilité. Après le contrôle de fiabilité, les données à analyser sont préparées en identifiant les exceptions conformément à la définition de l'indicateur.

Figure 18

Flux d'informations pour l'évaluation de la qualité (HIRA)



Étape 5. Examiner et analyser les résultats

Chaque indicateur d'évaluation est calculé par prestataire et les variations de qualité entre les prestataires sont identifiées. Selon la définition des indicateurs, les exceptions sont appliquées et les données d'analyse sont finalisées. Les indicateurs de résultats pour les patients (taux de mortalité, durée du séjour, taux de réadmission) sont ajustés en fonction du degré de gravité de la maladie lors de la comparaison des résultats de l'évaluation entre les prestataires. Les informations relatives aux patients pour l'ajustement de la gravité sont recueillies lors de la collecte des données d'évaluation. Pour les éléments comportant plusieurs indicateurs, les scores des indicateurs sont intégrés pour produire un score global qui peut être représentatif de la qualité des soins de santé pour cet élément. L'application d'une valeur pondérée à un indicateur varie en fonction de l'élément. Les établissements cibles sont classés (en cinq ou neuf catégories) sur la base de la note globale de chaque élément.

Étape 6. Élaborer et communiquer les actions recommandées pour l'établissement

Les résultats de l'évaluation sont utilisés par de nombreuses entités, notamment le public, les prestataires, le gouvernement, l'HIRA et le NHIS. Les notes d'évaluation des prestataires individuels sont publiées sur le site web de l'HIRA à l'intention du public, afin de l'aider à choisir ses prestataires. Les prestataires reçoivent des informations de référence en même temps que leurs résultats d'évaluation, et l'HIRA met en œuvre un programme de soutien à l'amélioration de la qualité (AQ) pour soutenir les prestataires dans leurs efforts

systématiques et volontaires d'AQ. Les résultats de l'évaluation sont utilisés comme données pour les autres évaluations du gouvernement¹⁶⁾ et sont également partagés avec les organisations concernées, telles que l'Agence nationale de gestion des urgences et les organisations de consommateurs, ainsi qu'avec les gouvernements régionaux et locaux. Le NHIS est informé des résultats de l'évaluation en fonction des mesures incitatives ou dissuasives appliquées à chaque région. L'HIRA utilise également les résultats pour informer et renforcer ses autres travaux, tels que l'examen des demandes d'indemnisation et les enquêtes sur place.

Figure 19

Informations sur l'évaluation des hôpitaux (HIRA)

The screenshot shows the HIRA website interface. At the top, there is a navigation menu with categories like 'Hôpital & Pharmacie', 'Information médicale', 'Vérification des frais médicaux', 'Système & Politique', 'Communication', 'Avis', and 'Travail de HIRA'. The main content area is titled 'Informations sur l'évaluation des hôpitaux'. It features a table with columns for 'Domaine', 'Objet', and 'Grades (accident vasculaire cérébral aigu)'. The table lists various medical conditions and their corresponding evaluation grades and composition scores. Below the table, there are search filters for 'Ville/Province', 'Municipalité', 'Quartier', 'Type de Prestataire', and a search bar for 'Saisir le Nom du Prestataire'. A 'Chercher' button is also present.

Domaine	Objet	Grades (accident vasculaire cérébral aigu)
Maladie	Hypertension	<p>Les résultats de l'évaluation des fournisseurs sont divisés en 5 grades et ouverts au public. Les prestataires dont le nombre de grades est le plus bas ont de meilleurs résultats de traitement.</p> <p>Grade 1 Cote de composition ≥ 95</p> <p>Grade 2 $85 \leq$ Cote de composition < 95</p> <p>Grade 3 $75 \leq$ Cote de composition < 85</p> <p>Grade 4 $55 \leq$ Cote de composition < 75</p> <p>Grade 5 Cote de composition < 55</p> <p>Exclusion Prestataires ayant moins de 3 indicateurs avec des résultats calculés sur 10 indicateurs de processus</p> <p>Guide d'évaluation Rapport d'évaluation Guide du programme incitatif à la valeur</p>
	Accident vasculaire cérébral aigu	
Chirurgie	AMI	
Médicament	Diabète	
LTCH	Psychiatrie/Aide médicale	
DRG	Hermodialyse	
USI	Asthme	
	COPD	
	Pneumonie	
	Par partie du corps	

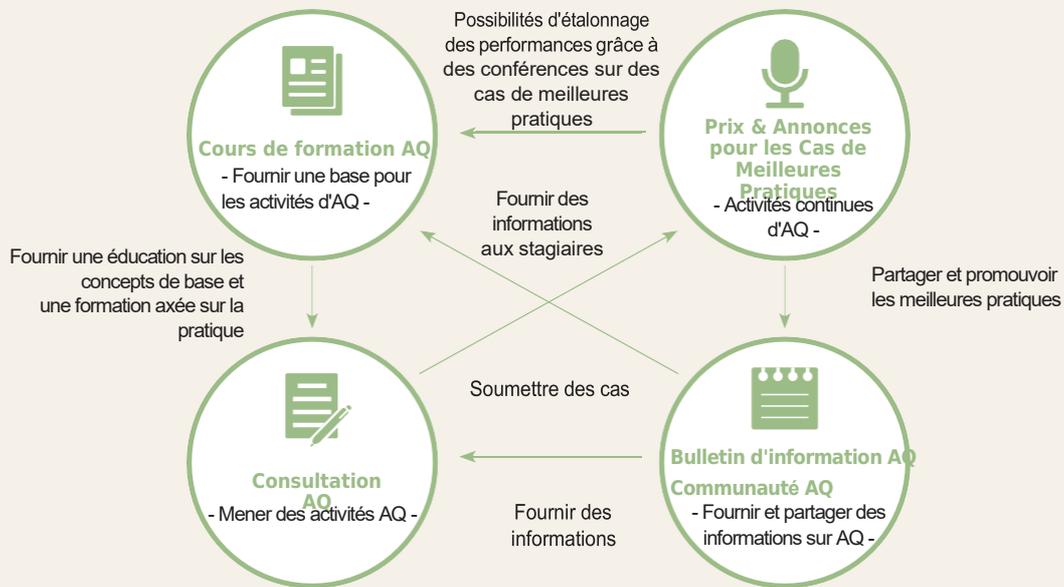
Étape 7. Contrôler l'application de la loi et fournir un soutien continu aux institutions

En 2007, l'HIRA a lancé son programme de soutien à l'amélioration de la qualité (AQ) en utilisant les résultats de l'AQ pour permettre aux prestataires de mener des activités d'AQ systématiques et volontaires. Ce programme comprend la publication d'un bulletin d'information sur l'AQ, la sélection et l'attribution de prix pour les meilleures pratiques d'AQ, une communauté d'AQ en ligne, un cours de formation sur l'AQ et des services de conseil en AQ. Des services de conseil en matière d'AQ sont proposés aux prestataires individuels depuis 2011. Ces activités de soutien à l'AQ s'inscrivent dans un cercle vertueux : les prestataires de soins de santé mènent des activités d'AQ en utilisant les informations les plus récentes sur l'AQ fournies en permanence par HIRA, HIRA publie les cas de meilleures pratiques et les cas de meilleures pratiques sont fournis en tant que matériel de référence pour d'autres prestataires.

¹⁶⁾ Des subventions pour l'évaluation de la qualité des soins de santé, l'évaluation des hôpitaux publics régionaux, le plan d'action national sur la résistance aux antimicrobiens, la désignation des centres cardio-cérébro-vasculaires, la désignation et l'évaluation des centres médicaux d'urgence, etc.

Figure 20

Structure du programme de soutien à l'amélioration de la qualité



Un groupe de pilotage est organisé pour que le bailleur de fonds (HIRA), les principales entités (prestataires) et les collaborateurs (communauté médicale) coopèrent au bon fonctionnement du programme de soutien à l'amélioration de la qualité. Des réseaux régionaux d'amélioration de la qualité sont mis en place pour impliquer des experts en matière d'amélioration de la qualité et des prestataires ayant des performances exceptionnelles, afin que les prestataires, qui sont les principaux bénéficiaires des activités d'amélioration de la qualité, puissent mener leurs propres efforts d'amélioration de la qualité. La communauté médicale agit principalement en tant que conseiller pour le programme global et participe parfois en tant que conférencier ou conseiller à des activités spécifiques.



3.4 Exigences fonctionnelles

OBJECTIF

L'objectif de ce chapitre est de guider les pays dans le développement d'exigences fonctionnelles en matière de technologies de l'information pour les systèmes d'audit médical.

DÉFINITION

Les exigences fonctionnelles décrivent ce qu'un système logiciel doit faire. Les exigences fonctionnelles présentent une description complète du fonctionnement du système du point de vue de l'utilisateur. Les exigences fonctionnelles peuvent être des calculs, des détails techniques, la manipulation et le traitement de données et d'autres fonctionnalités spécifiques qui définissent ce qu'un système est censé accomplir. Les exigences fonctionnelles indiquent "CE QUI" doit être fait du point de vue de l'utilisateur; les spécifications fonctionnelles indiquent "COMMENT" cela devrait se faire.

Le cadre et les processus de l'audit médical doivent être intégrés dans les processus opérationnels de l'assurance maladie, du flux de travail et des systèmes d'information existants.

Selon le guide du JLN intitulé Déterminer des exigences communes pour les systèmes nationaux d'information sur l'assurance maladie, les exigences fonctionnelles "sont essentiellement les "règles" du système et représentent en langage commun "ce que" le système est censé faire pour atteindre ses objectifs (par exemple, traiter une demande de remboursement dans les 24 heures)"¹⁷⁾

Basée sur les fonctions clés de l'examen des demandes et de l'audit médical, cette section de la boîte à outils fournit un processus opérationnel pour les systèmes d'audit médical au sein du module de traitement des demandes des systèmes d'information de l'assurance maladie. Un processus opérationnel est un ensemble d'activités et de tâches qui sont logiquement regroupées pour atteindre un objectif. Un objectif peut être d'assurer une haute qualité des soins payés par un programme d'assurance maladie.

¹⁷⁾ http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/NHIS_Phase_1_Public_Report_JLN_IT_Workshop_FINAL_Jan182012_A4_0.pdf

PORTÉE

De nombreux pays utilisent les technologies de l'information pour gérer les fonctions clés des programmes d'assurance maladie, telles que l'examen et le traitement des demandes de remboursement des prestataires de soins de santé, mais il existe également de nombreux pays qui gèrent encore tous les processus manuellement ou qui n'ont que partiellement introduit les technologies de l'information. Les systèmes informatiques peuvent améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes d'audit médical. Ce chapitre présente quelques étapes fondamentales à prendre en compte lors du développement ou de la révision des systèmes informatiques. Les informations sont préparées par des personnes travaillant dans des systèmes ayant des niveaux très différents de technologie de l'information. Le chapitre devrait être utile aux pays qui cherchent à développer de nouveaux systèmes de technologie de l'information ou à faire progresser les systèmes existants.

VUE D'ENSEMBLE

Pourquoi des exigences fonctionnelles pour les systèmes d'audit médical?

Les technologies de l'information sont un outil efficace pour identifier les fraudes potentielles. Les technologies de l'information peuvent faciliter l'analyse des données provenant d'hôpitaux, de médecins et de catégories de traitement individuels. Les données relatives aux demandes de remboursement peuvent être examinées sur la base de modèles historiques. Les systèmes d'examen manuel ou sur papier ont leurs limites. Les technologies de l'information réduisent considérablement les erreurs couramment associées aux systèmes manuels. Un grand nombre de cas et des dossiers médicaux complexes basés sur des systèmes manuels rendent également difficile la production de statistiques.

Un processus commercial systématique et un ensemble d'exigences fonctionnelles pour les processus d'audit médical peuvent faciliter l'introduction et l'amélioration des solutions de technologie de l'information pour l'audit.

Ce chapitre de la boîte à outils présente

- Trois étapes clés pour définir les exigences fonctionnelles des systèmes d'audit médical
 - **Étape 1** : Élaborer un processus opérationnel pour les systèmes d'audit médical
 - **Étape 2** : Créer le flux d'informations pour les tâches de l'entreprise
 - **Étape 3** : Élaboration des exigences fonctionnelles
- Étude de cas détaillée: HIRA. Corée du Sud
- Enseignements tirés de l'expérience

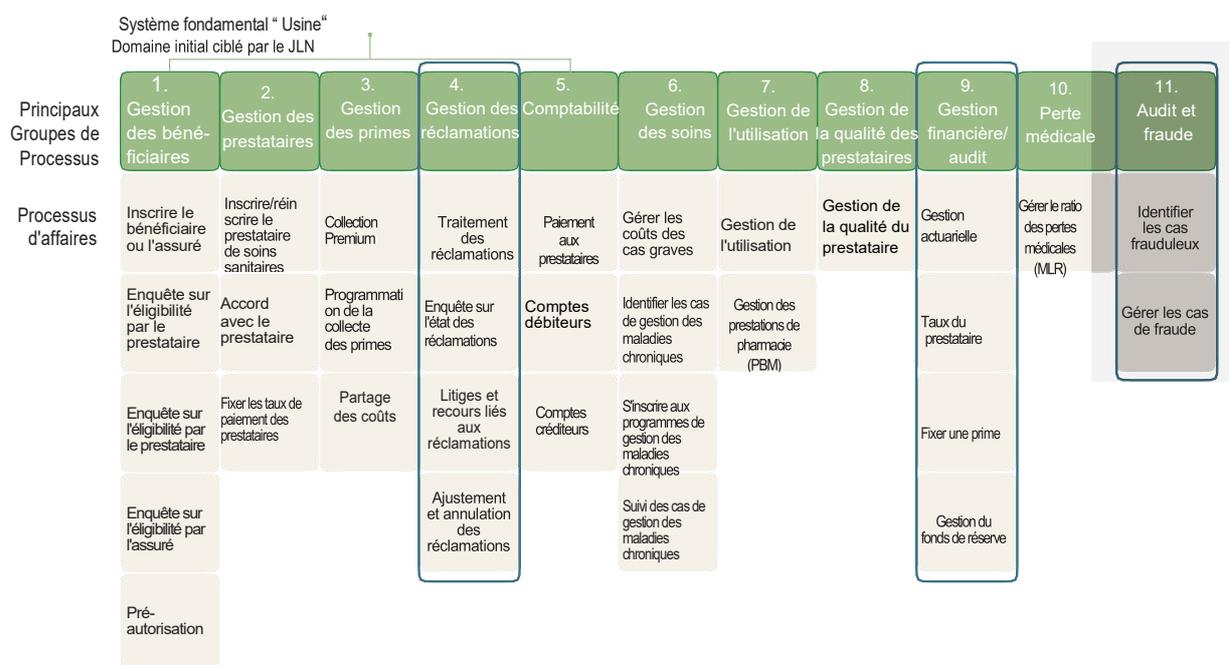
ÉTAPES CLÉS

Étape 1. Élaborer un processus opérationnel pour les systèmes d'audit médical

Figure 21

Cadre commun de procédures pour les acheteurs (JLN)

Cadre commun de processus opérationnel pour les payeurs du JLN



Processus documentés et exigences du système disponibles sur: www.jointlearningnetwork.org

La figure 21 présente le cadre du processus opérationnel pour l'élaboration des exigences fonctionnelles en matière de TI pour les acheteurs de soins, en mettant l'accent sur les programmes d'assurance maladie. Le Joint Learning Network a élaboré un processus opérationnel pour les principaux domaines fonctionnels des systèmes d'information de l'assurance maladie, y compris le traitement des demandes d'indemnisation. Étant donné que la fonction d'audit médical doit être intégrée à l'architecture de l'entreprise, il est essentiel de développer une matrice de processus opérationnels pour les systèmes d'audit médical dans le cadre du système d'information de l'assurance maladie. Les systèmes d'audit médical auront besoin d'informations provenant de la fonction de traitement des demandes d'indemnisation, de la fonction de gestion financière et d'autres fonctions clés.

L'architecture d'entreprise représente une compréhension logique du contexte du travail effectué dans l'assurance maladie - les problèmes, les opportunités, le flux de travail, les processus opérationnels, les activités, les exigences et les individus qui réalisent le travail, ou qui sont des utilisateurs et des producteurs d'informations.

Dans la boîte à outils de collaboration informatique du RLJ pour les exigences communes, une matrice des processus opérationnels est élaborée pour chacune des fonctions des systèmes des acheteurs présentés dans la figure 1. Elle présente les processus opérationnels sous la forme d'une liste cohérente d'activités clés pour chaque fonction, avec des informations sur les intrants, les processus et les résultats pour une fonction particulière de l'acheteur. Cependant, le champ d'application des systèmes d'audit médical recoupe également d'autres fonctions de l'acheteur, telles que la gestion des demandes d'indemnisation, la fonction d'audit financier, et la gestion de l'audit/de la fraude. Pour les besoins du Medical Audit Collaborative, la boîte à outils se concentre sur le développement des exigences fonctionnelles de la fonction d'audit. Vous trouverez ci-dessous la matrice des processus opérationnels pour chacun des rôles de la fonction d'audit médical.

Tableau 13

Exemple de matrice des processus opérationnels de la fonction d'audit médical dans les systèmes d'information des acheteurs

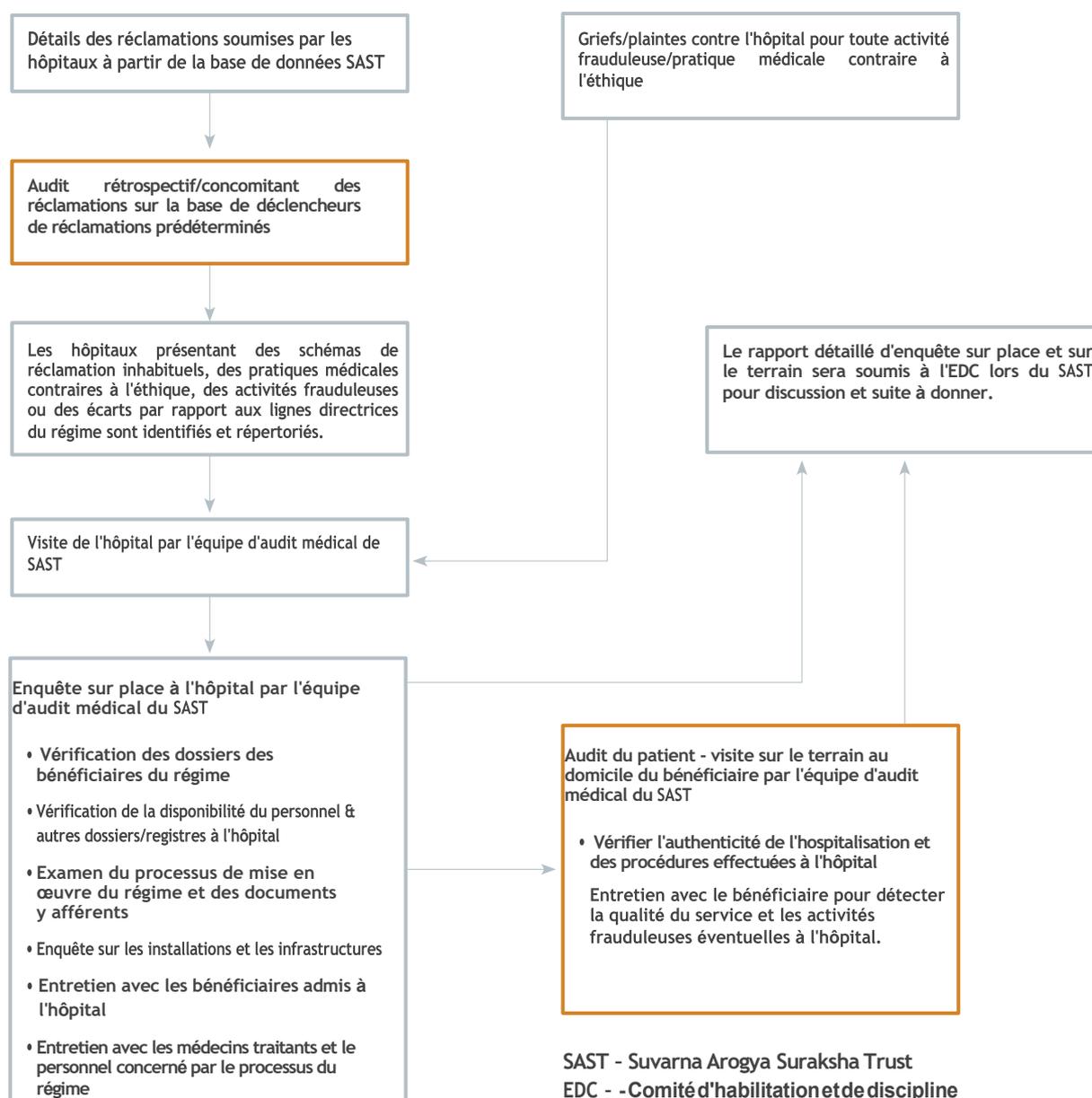
Réf. No	Catégorie de processus	Processus	Objectif	Entrée	Sortie	Résultats mesurables pour chaque étape du processus
1.1	Gestion des audits médicaux	Identifier les cas frauduleux à l'aide de l'examen des demandes de remboursement, des données relatives à l'expérience des patients et d'autres ensembles de données (voir Annexe pour plus d'informations) Identifier les cas où la qualité des soins n'est pas satisfaisante	Identifier les cas d'utilisation inhabituelle de l'assurance qui démontrent une utilisation suspecte des prestations du programme par les prestataires et les bénéficiaires.	Identifiant du prestataire Identifiant du bénéficiaire Régime de prestations Identifiant des demandes de remboursement Accumulateurs du prestataire Accumulateurs du bénéficiaire Antécédents médicaux Performance du prestataire Utilisation des prestations par les bénéficiaires	Liste des cas suspects Identificateur de cas de fraude Enquête sur le cas Hors site Enquêtes sur place Enquêtes sur place Audits cliniques Examens cliniques externes effectués par des experts	Liste des cas suspects État d'avancement des enquêtes sur les cas Pourcentage de demandes frauduleuses Pourcentage du montant des fraudes Pourcentage de cas de prestataires de soins de mauvaise qualité
1.2	Gestion des audits médicaux	Gestion des cas des cas	Gestion des cas identifiés d'utilisation suspecte des prestations du programme jusqu'à leur clôture	Liste des cas suspects cases Enquêtes Preuves	Action corrective (par exemple, suppression du bénéficiaire, suppression du prestataire, porter plainte auprès d'un tribunal)	Liste des créances frauduleuses vérifiées Plan d'actions correctives et de révisions des politiques de paiements et de normes de qualité

Étape 2. Créer le flux d'informations pour les tâches de l'entreprise

La cartographie des flux de tâches de l'entreprise ou de l'activité est une étape importante de l'élaboration des exigences informatiques. Le flux de processus aide les professionnels de l'informatique à visualiser le processus et les utilisateurs de l'information à chaque niveau d'activité. Cette activité est généralement entreprise par des professionnels de l'informatique, des équipes d'audit médical internes, des prestataires et des fonctionnaires du ministère de la santé. Un groupe de travail central composé de toutes les parties peut être formé, ce qui permet d'intégrer différentes perspectives. Ce groupe peut assurer un flux d'informations rapide et régulier dans le système. La fonction d'audit médical doit être intégrée dans le processus de travail existant et dans les lignes directrices des fonctions d'assurance maladie. Le groupe de travail a examiné le processus opérationnel des systèmes d'audit médical de l'Inde, des Philippines et de la Corée du Sud. La figure 22 présente le processus opérationnel suivi par le Suvarna Arogya Surksha Trust (SAST), Karnataka, Inde.

Figure 22

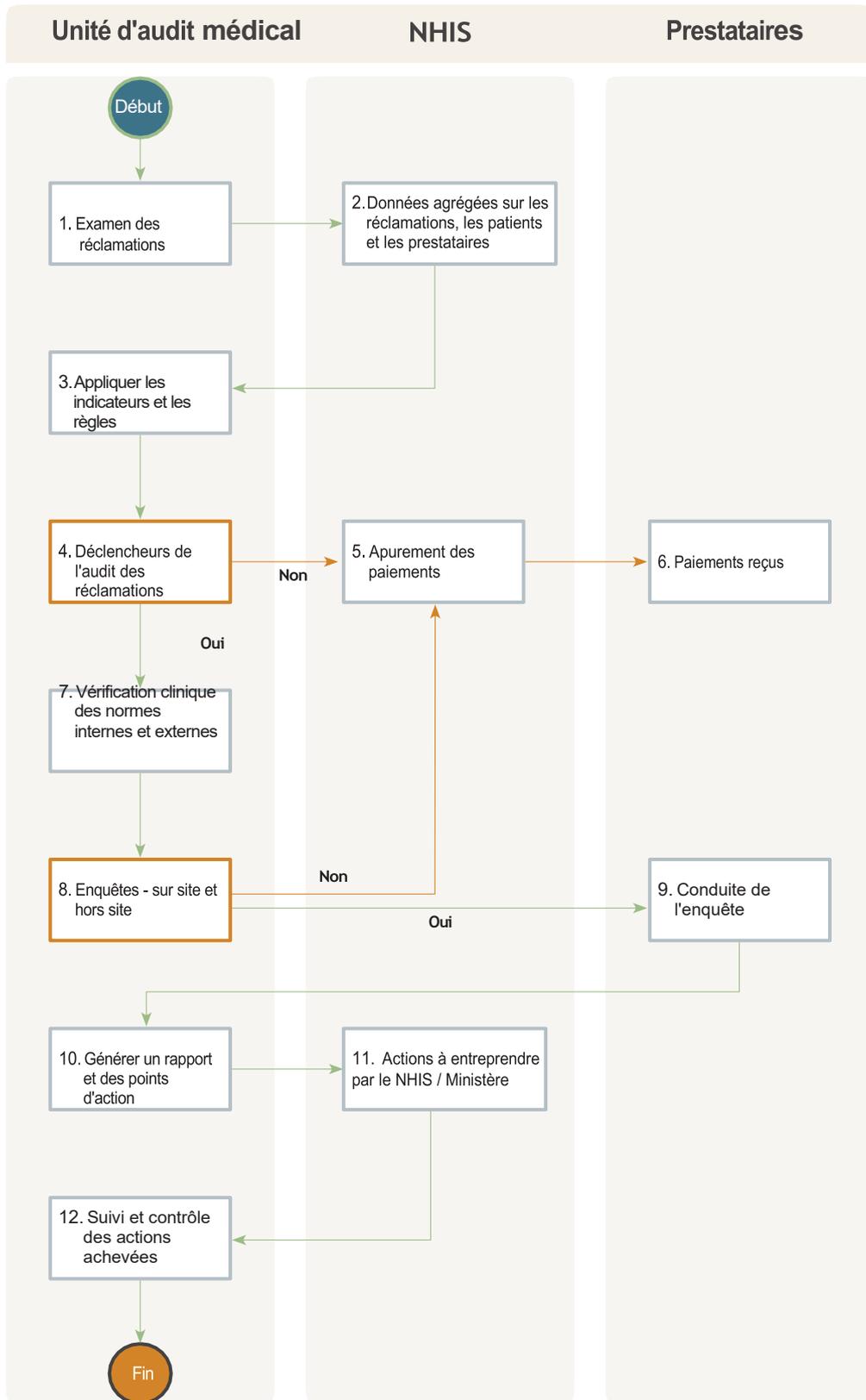
Processus d'audit médical à Karnataka, Inde



Un processus opérationnel standard pour la fonction d'audit médical a été élaboré à titre d'exemple. Voir la figure 23. Ce flux de tâches, ainsi que les activités, les points de décision et le flux d'informations, sont suggérés sur la base des expériences partagées par les pays membres et du guide de l'IT Collaborative. Dans le cadre de cette boîte à outils, la fonction formelle d'audit médical sera initiée pendant le traitement des demandes de remboursement et avant que celles-ci ne soient payées. La portée de l'audit médical devra être définie en fonction du contexte et des exigences du pays.

Figure 23

Processus de déroulement des tâches de Gample basé sur les activités et les décisions nécessaires à l'exercice de la fonction d'audit médical



1. Examen des réclamations

Réaliser l'examen des demandes par l'audit médical et rassembler les demandes nécessaires, ainsi que les ensembles de données sur les bénéficiaires et les prestataires provenant du NHIS et d'autres sources.

2. Informations agrégées sur les réclamations

NHIS (payeur) ou le ministère de la santé doit fournir des données agrégées sur les demandes de remboursement reçues des prestataires et des bénéficiaires.

3. Appliquer les indicateurs et les règles

Liste d'indicateurs et de règles élaborés en fonction des objectifs du programme d'assurance ou de santé

4. Réclamations déclenchant un audit

Les réclamations examinées à l'aide d'indicateurs et de règles intégrées dans les systèmes déclenchent un audit et une enquête supplémentaires si nécessaire ; sinon, les paiements peuvent être effectués aux prestataires.

5. Apurement des paiements et 6. Paiement reçu

Les paiements doivent être approuvés pour les prestataires si l'équipe d'audit médical n'a pas besoin de procéder à une enquête plus approfondie.

7. Audit clinique

Les réclamations identifiées pour un audit plus approfondi peuvent être vérifiées pour s'assurer qu'elles respectent les directives cliniques acceptées et les exigences des normes de qualité.

8. Enquêtes

Sur la base des informations issues de l'examen et de l'audit clinique, les demandes peuvent être sélectionnées pour faire l'objet d'une enquête sur place ; si elles sont cliniquement vérifiées et qu'une enquête n'est pas nécessaire, les demandes peuvent être autorisées à être payées.

9. Mener l'enquête

Mener une enquête détaillée dans l'établissement de santé identifié.

10. Générer un rapport d'audit et d'action

Sur la base de l'enquête complète et de l'examen des réclamations, un rapport détaillé des conclusions et des actions recommandées est préparé.

11. Action pour le NHIS

Le rapport d'action pour le NHIS est communiqué afin de prendre les mesures nécessaires à l'encontre des prestataires ou des bénéficiaires.

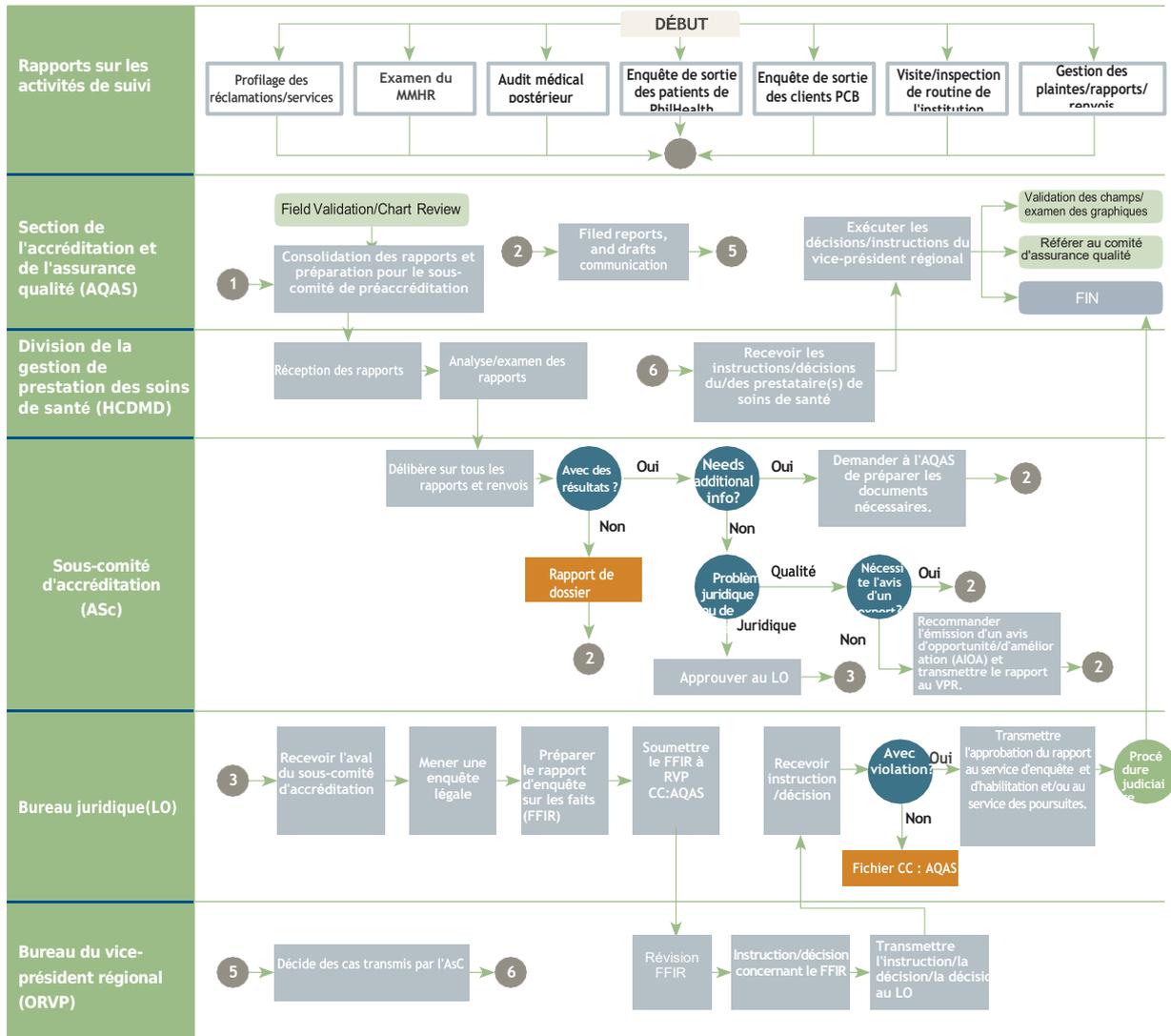
12. Suivi et clôture

Suivi par le NHIS/Ministère de la Santé des actions entreprises et compilation des implications politiques de l'action entreprise.

Figure 24

Processus opérationnel pour les systèmes d'audit médical à PhilHealth (Philippines)

Annexe G. Gestion des résultats du suivi du HCP PAG par l'AGc et les bureaux concernés au sein du PRO (Général Gwimlane)



SOP sur le processus général du HCP PAS

- * Système d'évaluation des performances des prestataires de soins de santé PhilHealth
- * PCB - Prestations de soins primaires
- * MMHR - Rapport mensuel obligatoire sur les hôpitaux)

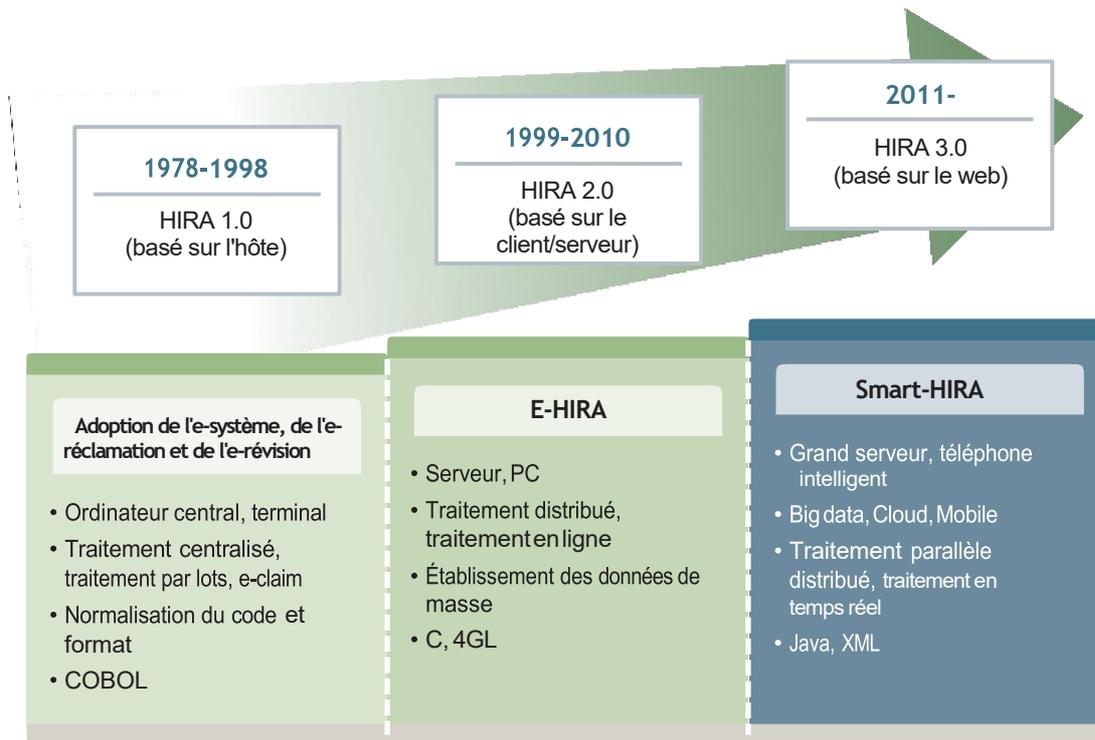
Étape 3. Définir les exigences fonctionnelles

Une fois que les flux de tâches communs et le cadre des processus opérationnels ont été identifiés pour un système d'assurance maladie ou d'acheteur spécifique, les exigences fonctionnelles doivent être élaborées. Les exigences fonctionnelles sont les déclarations qui décrivent ce qu'un système d'information doit faire pour soutenir les activités au sein du système d'audit médical.

Les exigences fonctionnelles précèdent généralement l'architecture technique (« comment » les systèmes entreprennent des activités). Le tableau suivant illustre des exemples d'exigences du système. Ces exigences fonctionnelles peuvent être modifiées en fonction du déroulement des tâches dans les pays respectifs.

Tableau 14 Exemple d'exigences fonctionnelles et d'utilisateurs pour la fonction d'audit médical du système national d'information sur l'assurance

ID	Processus opérationnel	Activité	Exigences (le système doit ou devrait...)	Commentaires
1	Audit médical	Examen des réclamations	Saisir les données relatives aux demandes de remboursement provenant du système d'information du payeur avec d'autres sources de données	
2	Audit médical	Examen des réclamations	Générer des rapports réguliers - quotidiens, hebdomadaires ou mensuels sur la base d'un ensemble standard d'indicateurs	
3	Audit médical	Examen des réclamations	Permet à l'équipe d'audit médical de générer et de créer des résultats d'audit sur la base des informations reçues des patients en texte libre ou en format pour des maladies, des groupes de bénéficiaires, des prestataires et des zones géographiques spécifiques.	
4	Audit médical	Déclencher l'audit	Permet à l'équipe d'audit médical d'utiliser des points de déclenchement pour des investigations et des vérifications supplémentaires sur la base de la politique de prestations d'investigation et de vérification des demandes sur la base de la politique de prestations et des directives de qualité standard.	
5	Audit médical	Déclencher l'audit	Permet à l'assureur de dresser une liste, d'identifier et de suivre les demandes d'indemnisation devant faire l'objet d'un audit, d'une vérification ou d'une enquête plus approfondie.	
6	Audit médical	Audit clinique	L'audit clinique permet de comparer les services fournis avec les lignes directrices cliniques et les normes de qualité.	
7	Audit médical	Audit clinique	Permet à l'équipe de recommander des enquêtes complémentaires hors site et sur site pour une liste de réclamations avec des commentaires clairs pour chaque réclamation, et d'assigner des réclamations à des équipes d'enquête sur une base aléatoire.	
8	Audit médical	Enquêtes	Permet à l'équipe d'enquêteurs de créer une liste de réclamations	
9	Audit médical	Enquêtes	Permet à l'équipe d'enquêteurs de planifier et de programmer une enquête sur place	
10	Audit médical	Enquêtes	Permet à l'équipe d'enquêteurs de saisir les résultats et les observations de la visite dans un format standard. de la visite dans le format standard	
11	Audit médical	Enquêtes	Permet à l'équipe d'audit et à l'équipe d'enquête de communiquer les résultats aux prestataires.	
12	Audit médical	Équipe d'audit	Permet à l'équipe d'audit de finaliser le rapport	
13	Audit médical	Rapport d'audit et résultats	Générer des rapports d'audit avec des points d'action clairs et des calendriers intégrés dans les systèmes	
14	Audit médical	Rapport d'audit et résultats	Permet à l'équipe d'audit médical d'assurer le suivi des actions et de communiquer.	
15	Audit médical	Rapport d'audit et résultats	L'acheteur ou l'équipe d'audit médical doit préparer un rapport public sur les constatations spécifiques des prestataires.	
16	Audit médical	Suivi des actions par l'équipe d'audit et l'acheteur	Permet de suivre les points d'action avec des parties prenantes spécifiques (par exemple, ministère, HIRA, prestataires, bénéficiaires, régulateurs, etc.	
17	Audit médical	Instructions de paiement	Permet d'envoyer des instructions de paiement à l'acheteur, au NHIS ou au ministère.	



HIRA 1.0 (1979-1998): Basé sur l'hôte

C'était une période de numérisation et d'informatisation. La Corée du Sud a commencé à mettre en œuvre les technologies de l'information (TI) en 1982 en établissant des systèmes informatiques indépendants avec IBM et en adoptant des systèmes informatiques dans son programme d'assurance maladie. Elle a également développé une connexion avec les succursales en 1988. Le transfert des données relatives aux demandes de remboursement s'est d'abord effectué par le biais de disques compacts et de disquettes à partir de 1994.

Le système d'échange de données informatisées (EDI) ayant été mis au point en 1996, un opérateur spécialisé a été sélectionné pour développer le système interne de HIRA. L'EDI est une méthode d'échange de documents électroniques utilisant des réseaux de communication. Il s'agissait de la première application des normes internationales en matière d'échange de documents électroniques. Le budget était de 40 millions de dollars et la durée du projet était de vingt-trois mois. La bande passante du réseau a été améliorée par la mise en place d'un réseau informatique complet et d'un système de liaison d'éligibilité. Ce système a permis de réduire considérablement la période de remboursement, qui est passée de quarante-cinq jours à quinze jours.

HIRA 2.0 (1999-2010) : Basé sur le client/serveur

La période précédant 2010 a été l'ère de l'internet et de la téléphonie mobile, lorsque les systèmes ont été mis en ligne et que l'informatisation a eu lieu. En 1999, un système client/serveur permettant d'examiner les demandes sur des écrans d'ordinateur a été mis au point. Cela signifie que les demandes soumises par disquette, CD et EDI n'ont plus besoin d'être imprimées pour être examinées - elles peuvent l'être directement sur des écrans d'ordinateur. Ainsi, le nouveau système a éliminé le gaspillage administratif lié à l'impression, à la reliure et au transport des formulaires de spécification des demandes. En 2000, HIRA a été créée et des projets de réseaux complets pour la soumission et l'examen des demandes et les informations statistiques ont également vu le jour. L'HIRA a développé un entrepôt de données en 2004, le Service coréen d'information pharmaceutique en 2008 et le Système d'examen de l'utilisation des médicaments en 2010.

HIRA 3.0 (2011-aujourd'hui) : Basé sur le web

En 2011, le service de portail des demandes de remboursement des frais médicaux (MCPoS), un service de portail commercial pour les prestataires de soins de santé (Biznet) et un site web pour les citoyens ont tous été créés. La méthode de demande de remboursement informatisée n'exigeait pas que les fournisseurs joignent une preuve d'achat pour le matériel et les médicaments et simplifiait considérablement les processus de demande de remboursement. En outre, elle offrait divers avantages, tels que l'accès à des résultats d'examen détaillés et la réduction du volume de travail pour les demandes de règlement à posteriori et d'appel.

L'année 2013 a été marquée par l'introduction de HIRA Plus, un système de service d'examen des demandes d'indemnisation et d'évaluation de la qualité de nouvelle génération basé sur le web. Ce service a permis l'exploitation intégrée des systèmes d'information du siège et de toutes les succursales. À ce jour, tous ces systèmes d'information sont basés sur le web. Au fil du temps (et sous l'influence de l'environnement Internet), la demande de protection des informations a augmenté. C'est pourquoi l'HIRA a fourni des services par l'intermédiaire du MCPoS. En outre, la sécurité des informations de l'HIRA a été renforcée en séparant l'intranet réservé aux entreprises de l'extranet réservé à l'internet. Dans le cadre de la mise en place du système, HIRA a préparé une plateforme d'échange d'idées avec diverses parties prenantes telles que les prestataires, les fournisseurs de logiciels de gestion des demandes de remboursement, les associations médicales et pharmaceutiques et le ministère de la santé et de la protection sociale, afin de recueillir activement et à l'avance les demandes des utilisateurs et de mettre en place un système optimisé.

En outre, un système de big data sur les soins de santé a été mis en place et utilisé pour soutenir la production de statistiques nationales sur les soins de santé et la recherche et le développement.

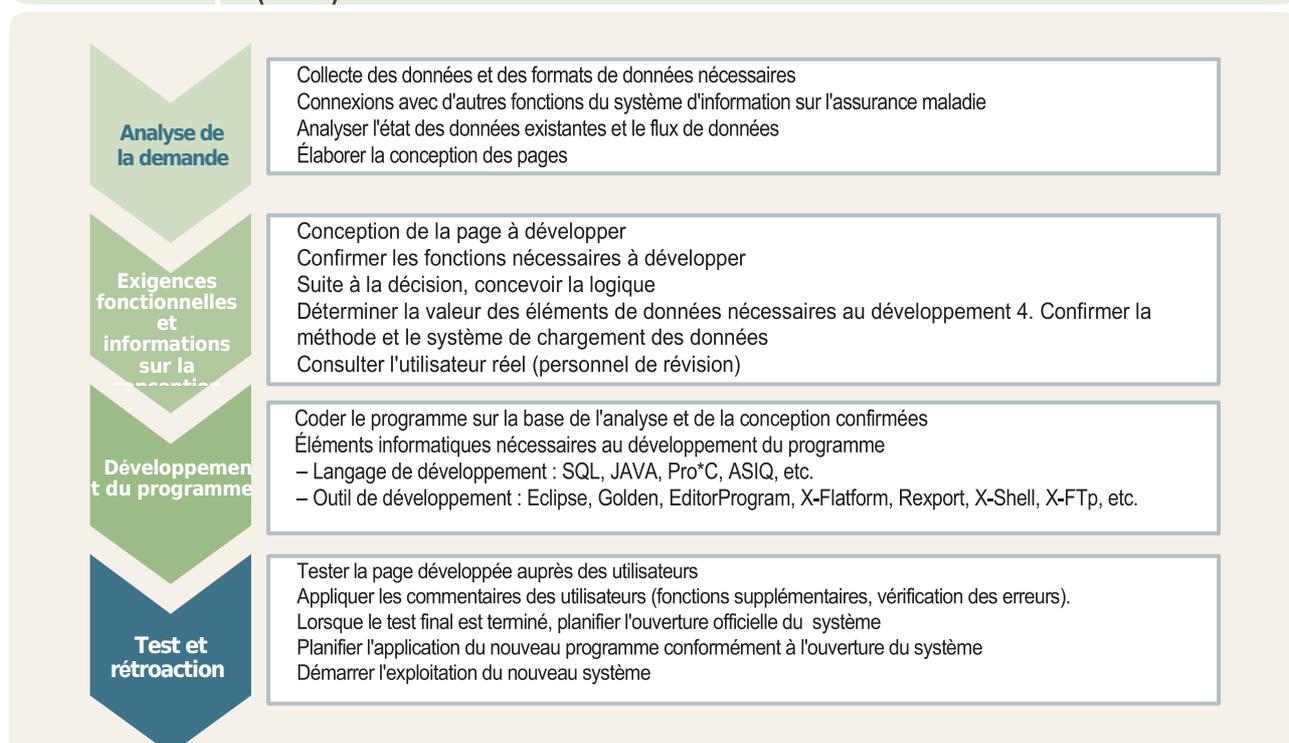
Étant donné que la vitesse de traitement des données peut ralentir lorsqu'il y a beaucoup de données à traiter ou lorsqu'un trop grand nombre d'utilisateurs accèdent au système, le système HIRA est exploité sur la base de quatre bases de données distinctes (BD : collecte, traitement, analyse et utilisation) afin de permettre un traitement efficace des activités. Chaque BD contient des tables dédiées à un type de travail particulier. Par exemple, alors qu'il y a environ 2 000 tables pour la phase de collecte, il y en a environ 2 200 pour la phase de traitement.

Parallèlement à la mise en place d'un réseau informatique complet, une formation systématique à l'informatique a été dispensée. Une formation de base et avancée a été dispensée aux travailleurs des services de première ligne et aux opérateurs de systèmes, ainsi qu'aux développeurs. En particulier, une formation commandée liée à la technologie informatique a été dispensée pour cultiver la capacité opérationnelle des programmes des employés des TI.

Le développement des systèmes d'information a permis à la Corée du Sud de disposer d'une base de données complète pour l'analyse détaillée des données et l'accès aux informations essentielles du secteur de la santé pour l'examen des demandes. L'HIRA a suivi un processus détaillé de numérisation des systèmes d'information de l'assurance maladie. Ces tendances et le développement des systèmes informatiques en Corée du Sud ont aidé l'HIRA à mettre en place des systèmes d'audit de la gestion des demandes d'indemnisation basés sur le web. La figure suivante présente le processus de numérisation adopté par la Corée du Sud pour les différentes fonctions des systèmes d'information de l'assurance maladie.

Figure 26

Processus de numérisation du système de santé adopté par la Corée du Sud (HIRA)



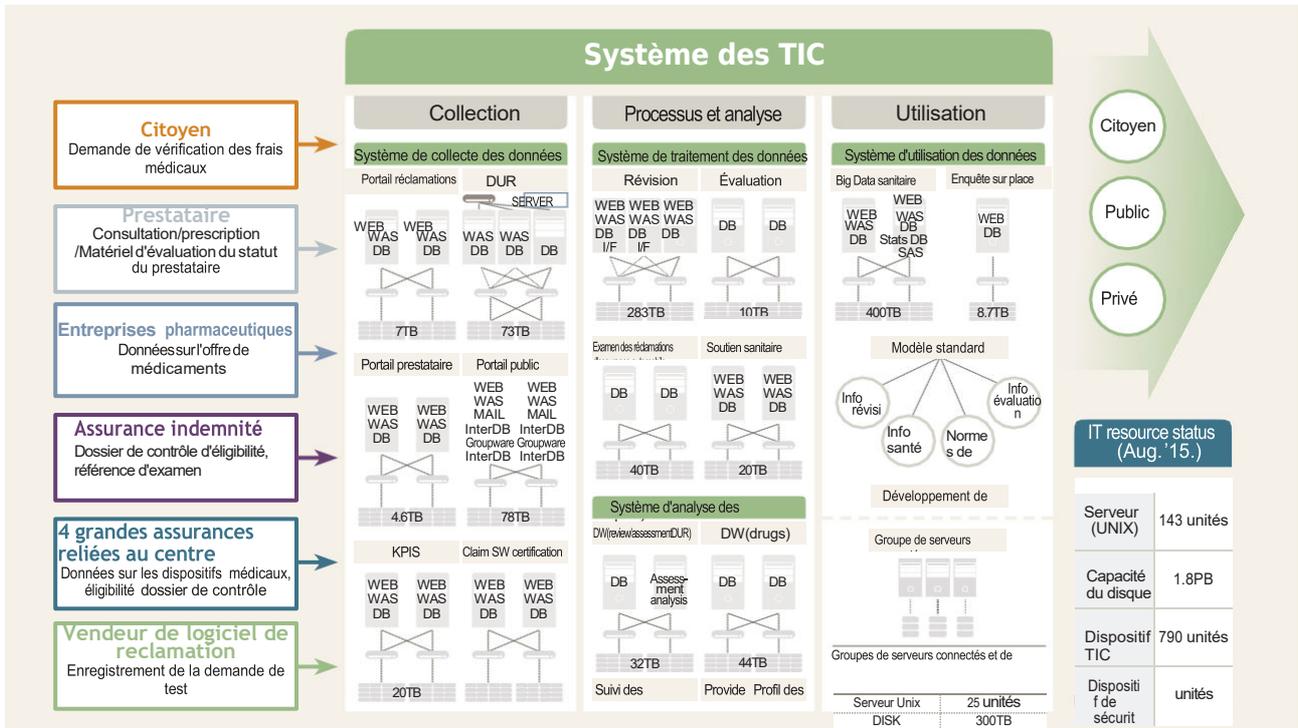
Parmi les éléments/caractéristiques essentiels du processus de numérisation, on peut citer le développement d'un consensus social pour la soumission des demandes et les méthodes d'échange de données. La normalisation du codage a permis de contrôler les coûts et la qualité des services de santé. La Corée du Sud a également développé des capacités internes pour la formation de personnel informatique chargé de gérer et d'entretenir les logiciels, le matériel et les capacités de réseau. La figure suivante illustre le système de TIC de l'HIRA.

Figure 27

Structure des TIC (HIRA)

STRUCTURE DU SYSTÈME DES TIC DE HIRA

- Analyser les données pour soutenir les politiques et fournir des informations utiles, en utilisant les big data des soins de santé, les normes de prestations et les données sur les ressources des soins de santé. (taille totale de stockage 1,8 PB / coût total 25 milliards KRW (210 milliards USD)/pendant 38ans



ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

L'élaboration d'exigences fonctionnelles et de processus opérationnels permettra de définir des tâches et des rôles clairs et spécifiques pour les différents fonctionnaires au sein des systèmes et pour les parties externes.

L'élaboration d'exigences fonctionnelles et de processus opérationnels permettra de définir des tâches et des rôles clairs et spécifiques pour les différents fonctionnaires au sein des systèmes et pour les parties externes.

La liaison de divers ensembles de données avec d'autres systèmes d'information sur la santé est essentielle à la validation et à l'analyse détaillée des informations relatives aux réclamations et aux paiements.

L'implication des parties prenantes dans la mise en place du processus de technologie de l'information contribuera à garantir un flux d'informations fluide et opportun.

CHAPITRE

04

IMPACT DES RÉSULTATS DE L'AUDIT MÉDICAL





OBJECTIF

Ce chapitre examine les actions et les résultats des audits médicaux. En effet, les éléments de preuve qui ressortent des enquêtes sur place et des audits cliniques donnent une forte impulsion aux actions appropriées qui conduisent à des améliorations de la qualité des services de soins de santé, ainsi qu'à une réduction des coûts et à une augmentation de la viabilité financière.

DÉFINITION

Nous définissons le terme “ sortie “ comme la conséquence des résultats de l'audit médical, en particulier en ce qui concerne la qualité et la viabilité financière.

PORTÉE

Ce chapitre présente l'utilisation des audits médicaux pour améliorer la qualité et réduire les coûts, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau national.

VUE D'ENSEMBLE

Ce chapitre de la boîte à outils présente

- Les étapes clés de l'amélioration à partir des résultats de l'audit médical sont les suivantes:
 - **Étape 1:** Identifier les utilisateurs potentiels ("clients") des résultats de l'audit médical
 - **Étape 2:** Rapport et publication des résultats de l'audit médical
 - **Étape 3:** Prendre des mesures de soutien et des mesures disciplinaires en guise de suivi
 - **Étape 4:** Entreprendre une évaluation pour déterminer dans quelle mesure les actions de suivi ont été réalisées
 - **Étape 5:** Mesurer l'amélioration des résultats grâce aux actions (amélioration de la qualité et réduction des coûts)
 - **Étape 6 :** Élaborer des implications politiques pour améliorer la qualité au niveau national
- Étude de cas détaillée : HIRA, Corée du Sud

ÉTAPES CLÉS

Étape 1. Identifier les utilisateurs potentiels ("clients") des résultats de l'audit médical

Le premier utilisateur des résultats des audits médicaux est généralement l'acheteur de services de santé, qui peut prendre des mesures de suivi à son niveau pour améliorer la qualité des soins au meilleur coût, ainsi que les établissements eux-mêmes, à qui l'on présente des données à améliorer. Les autres utilisateurs potentiels sont les suivants:

Utilisateurs	Motif de partage des résultats de l'audit médical
Ministère de la santé	Informar sur l'ensemble des prestations de santé, les coûts et les contrôles budgétaires ; la gouvernance des prestataires de soins de santé
Acheteur	Contrôler la fraude, réduire les coûts et améliorer la qualité
Médecins	Mettre à jour les lignes directrices médicales
Compagnies d'assurance/ Organismes de maintien sanitaire	Informar les mécanismes de contrôle des coûts ; fournir de meilleurs services aux membres
Associations médicales professionnelles	Aider à gérer, reconnaître et contrôler leurs groupes professionnels
Organismes de réglementation (agences d'accr des fournisseurs, agences de lutte contre les inc agrences environnementales)	Prendre des mesures appropriées à l'encontre des prestataires de services de santé et garantir la sécurité des patients et la protection des droits des consommateurs
Patients/bénéficiaires (y compris les groupes/associations de patients, la société civile et le grand public)	Garantir l'accès à des soins de santé de qualité et protéger les droits des bénéficiaires, défendre et exiger des soins de santé de qualité de la part des prestataires
Médias	Sensibiliser les groupes de population et le grand public à la qualité et aux résultats de l'audit médical
Universitaires	Informar et faire progresser le discours sur la qualité des services de santé et former les futurs personnels de santé

Le fait de se concentrer sur les utilisateurs des résultats de l'audit médical permet de relever les défis courants liés au manque d'adhésion des parties prenantes. Il est fréquent que les prestataires de soins de santé s'opposent aux mesures correctives et aux changements de pratiques recommandés; par conséquent, le fait de se concentrer sur un large éventail de parties prenantes peut aider à relever ce défi.

Étape 2. Rapport et publication des résultats de l'audit médical

Les rapports sont soumis à la fois à l'établissement et aux agences concernées. Les mécanismes de rapport sont idéalement documentés sous la forme de procédures opérationnelles standard (POS) et de lignes directrices afin d'être aussi spécifiques et clairs que possible. En outre, les preuves documentaires pour tous les rapports sont considérées comme une meilleure pratique dans tous les pays.

Compte tenu des résultats de la publication, il est suggéré que l'équipe d'audit médical mette en place des mécanismes pour traiter les commentaires et les plaintes des prestataires et des bénéficiaires concernant les actions recommandées afin de répondre aux griefs.

Régime national d'assurance maladie (NHIS), Nigeria: Le rapport d'audit médical est d'abord soumis au conseil d'administration du NHIS pour examen et approbation. Les mesures ou sanctions recommandées sont approuvées pour être mises en œuvre conformément aux dispositions des lignes directrices opérationnelles. Si les mesures recommandées dépassent le mandat du système, elles sont envoyées aux agences de régulation responsables des questions économiques et financières pour un examen plus approfondi. Au Nigeria, les fraudes sont signalées à la Commission des crimes économiques et financiers (EFCC). Les cas de négligence dans la pratique professionnelle ou clinique sont signalés au Conseil médical et dentaire du Nigeria, au Conseil des sages-femmes du Nigeria, au Conseil pharmaceutique et au Conseil des laboratoires médicaux. D'autres problèmes non éthiques peuvent être signalés à la police et à d'autres organismes de sécurité pour application de la loi.

Suvarna Arogya Suraksha Trust (SAST), Karnataka, Inde: Les résultats de l'audit médical sont examinés lors de la réunion de révision du Trust et les décisions sont recommandées au comité d'habilitation et de discipline (EDC). Sur la base de la décision du CDE, l'équipe est chargée de mener une enquête plus approfondie ou de prendre des mesures punitives ou correctives à l'encontre de l'établissement concerné.

Étape 3. Recommander des actions de suivi à court, moyen et long terme au niveau du prestataire.

Une fois les résultats de l'audit médical publiés, des actions appropriées sont recommandées afin d'améliorer la qualité des services et de réduire les coûts, qu'il s'agisse de mesures de soutien ou de mesures disciplinaires. Une volonté et un engagement politiques forts sont importants pour que les actions de suivi basées sur les résultats des audits médicaux soient efficaces. L'objectif premier des audits médicaux est d'améliorer la qualité des services de santé. Par conséquent, les mesures de soutien visant à orienter l'amélioration des performances doivent constituer la première ligne d'action. Toutes les parties prenantes doivent reconnaître que les audits médicaux n'ont pas vocation à être rétributifs ou punitifs par nature. L'objectif principal est d'améliorer le système de santé. Les mesures de soutien et les mesures disciplinaires peuvent prendre diverses formes en fonction du degré de déviance ou de non-conformité: avertissement, suivi régulier, formation et renforcement des capacités dans les domaines nécessitant une amélioration, formation continue sur les lignes directrices et les normes cliniques attendues, poursuites judiciaires, suspension de l'autorisation d'exercer ou mise en place d'un système d'accréditation.

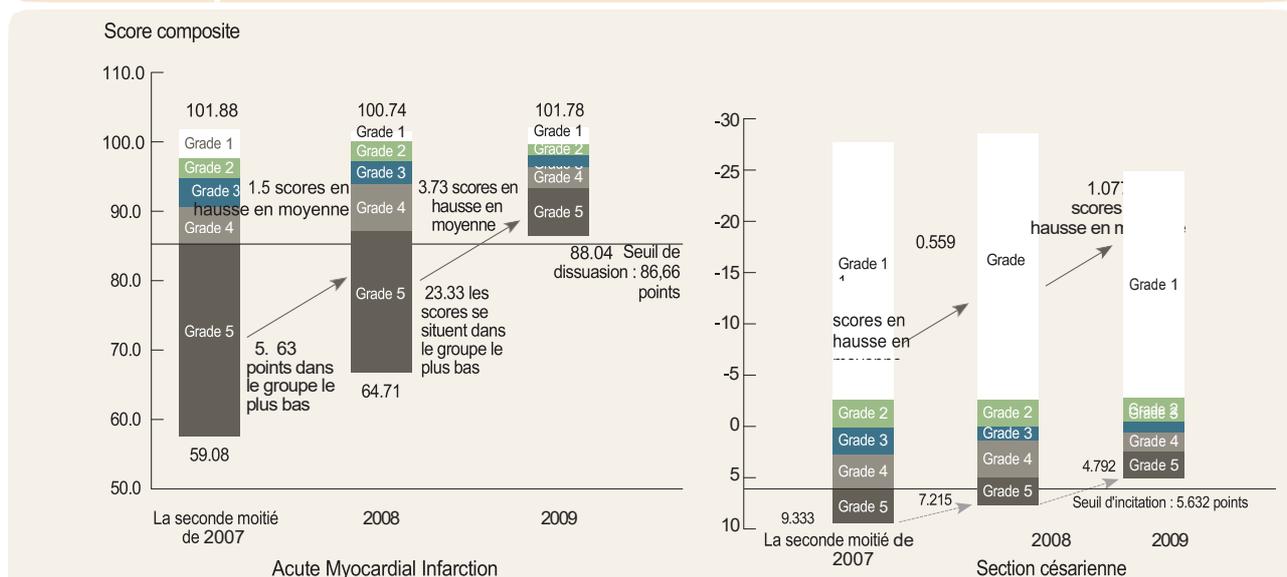
Mécanismes de récompense:

Les mesures de paiement en fonction des performances sont adoptées pour récompenser les prestataires de soins de santé dont les performances sont jugées conformes aux normes de référence et de qualité.

Par exemple, jusqu'en 2007, la Corée du Sud a suivi un système de publication des résultats d'audit. On s'attendait à ce que cela suffise à motiver les prestataires à améliorer "volontairement" la qualité des services. Les rapports publics sont importants pour sensibiliser les patients, mais leur capacité à améliorer la qualité est limitée. C'est pourquoi, en 2007, le paiement à la performance a été introduit en plus des programmes réguliers d'amélioration de la qualité pour soutenir les prestataires. En Corée du Sud, l'introduction du paiement à la performance (appelé programme d'incitation à la valeur HIRA) a permis d'améliorer la qualité de la prestation des services.

Figure 28

Impact de la rémunération à la performance dans HIRA sur la prestation et la qualité des services à court terme (HIRA)



Mécanismes disciplinaires:

Lorsque les résultats d'un audit médical révèlent de graves manquements et déviations susceptibles de compromettre la qualité ou les résultats pour les patients, des mesures disciplinaires strictes sont généralement prises à l'encontre des parties concernées, notamment l'imposition de sanctions financières, le remboursement des bénéficiaires illicites et la suspension de l'autorisation d'exercer.

Par exemple, aux Philippines, si de graves problèmes de qualité sont identifiés et qu'ils ne sont pas de nature frauduleuse, une série croissante de pénalités est imposée au prestataire de soins de santé. Les sanctions sont imposées dans les cas d'infractions administratives commises par les prestataires de soins de santé, en plus de la restitution des paiements pour les services médicaux et de santé payés par PhilHealth, et sont classées comme suit :

- Première infraction : Suspension de trois à cinq mois et/ou amende d'un minimum de 197 USD à un maximum de 591 USD.
- Deuxième infraction : Suspension de six à huit mois et/ou amende d'un minimum de 788 USD à un maximum de 1 182 USD.

- Troisième infraction : Suspension de dix à douze mois et/ou amende d'un minimum de 1 379 USD à un maximum de 1 970 USD
- Quatrième infraction : Suspension de toute la durée de l'accréditation et/ou refus d'accréditation et/ou amende de 1 970 USD.

De même, au SAST, Karnataka, Inde, si la commission d'habilitation et de discipline estime que les déviations sont graves, les sanctions suivantes sont appliquées:

- En cas de première infraction, une mise en demeure est émise.
- En cas de deuxième infraction, une pénalité égale au double du montant perçu est imposée.
- En cas de troisième infraction, le montant perçu est multiplié par quatre.
- Pour les infractions répétées, le prestataire se voit refuser le montant total de la demande de remboursement. Si aucune amélioration n'est constatée en dépit de ces mesures, l'établissement concerné est inscrit sur une liste noire.

L'Agence nationale d'assurance maladie du Nigeria a recours à la suspension, à l'amende et à la radiation comme mécanismes punitifs. La pratique du " nom et honte " est déjà appliquée dans des pays comme l'Inde et le Ghana. En Inde, les noms des hôpitaux qui commettent des fraudes sont publiés dans le journal régional. En Colombie, l'établissement concerné se voit refuser le paiement et est rayé de la liste des établissements agréés ou en réseau. De même, au Ghana, un établissement suspendu ou discrédité n'est pas autorisé à soigner les abonnés du NHIS. Au Kenya, le Fonds national d'assurance hospitalière supprime la liste des prestataires impliqués dans des fraudes.

Étape 4. Entreprendre une évaluation pour déterminer dans quelle mesure les actions recommandées ont été menées à bien

L'objectif du système d'audit médical est de prendre des mesures appropriées pour corriger la prestation des services de santé et combler les lacunes du système. Il est donc important de s'assurer que les mesures recommandées et les actions de suivi sont prises par les agences respectives. Il est suggéré que le contrôle de ces étapes et de ce suivi soit effectué par une autre équipe afin d'éviter les conflits d'intérêts. En outre, pour relever le défi du contrôle en général, la mise en place d'une infrastructure informatique peut s'avérer utile.

Au Nigeria, le comité de mise en œuvre des recommandations d'audit (ARIC) au niveau de la direction et du conseil d'administration de l'agence nationale d'assurance maladie est responsable du contrôle des actions de suivi. Tous les rapports d'audit et toutes les mesures prises sont transmis à ce comité, qui en contrôle les résultats. Le comité de mise en œuvre des recommandations d'audit est composé de trois membres du conseil d'administration de l'Agence nationale d'assurance maladie et de deux membres indépendants. Il se réunit tous les trimestres et peut convoquer l'équipe d'audit médical pour répondre à des questions sur les résultats. La direction de l'agence nationale d'assurance maladie a également répondu aux questions de la commission des comptes publics du Parlement sur les résultats de l'audit.

Au niveau de Suvama Arogya Suraksha Trust, en Inde, le comité d'habilitation et de discipline est chargé d'ordonner à l'équipe d'audit médical de prendre les mesures de suivi nécessaires. Le comité surveille également les résultats de ces mesures, notamment en prenant les mesures administratives nécessaires (comme des récompenses), des mesures punitives et des mesures de soutien. Il est important d'impliquer les parties prenantes dans le processus afin de suivre l'amélioration et les actions visant à réduire les coûts inutiles et la fraude dans la prestation des services de santé. En Colombie, les prestataires doivent élaborer un plan d'amélioration lorsque les critères de référence ne sont pas atteints, et ils sont contrôlés par l'autorité de régulation du système de santé. Cette autorité est indépendante du ministère de la santé. Lorsqu'un acte répréhensible est détecté, une enquête formelle est lancée par l'autorité de régulation. Des sanctions sont prévues en fonction de l'ampleur du problème, allant d'amendes à des peines d'emprisonnement.

Pour résoudre les problèmes liés au fait que le prestataire n'entreprend pas les mesures correctives appropriées, il peut être utile de créer des fondements législatifs pour l'action. Par exemple, au Kenya, la loi de 1998 sur le fonds national d'assurance hospitalisation (révisée en 2004) précise les conséquences du non-respect des règles par les hôpitaux. Tout hôpital qui falsifie sciemment des informations dans l'intention de frauder est responsable en vertu de la loi et des mesures immédiates suivantes sont prises : (i) une amende n'excédant pas cinq cent mille shillings ; (ii) la suspension de la liste des hôpitaux déclarés aux fins de la présente loi pour une période n'excédant pas cinq ans.

Étape 5. Mesurer les améliorations des résultats résultant des actions (améliorations de la qualité et réductions des coûts)

Les conclusions des audits médicaux peuvent contribuer à l'amélioration des résultats pour les patients, de la prestation de services, de la couverture sanitaire et de l'efficacité des dépenses de santé. En outre, les résultats peuvent avoir un impact sur les processus d'accréditation, de gestion des réclamations, de remboursement, d'amélioration des services et des ressources humaines, de développement structurel et organisationnel, et peuvent même influencer les politiques de santé.

Au Nigeria, les résultats de l'audit médical ont conduit à une révision des lignes directrices, des prix et des procédures standard. Au Kenya, les résultats ont contribué à modifier les modèles de remboursement. Au fil du temps, le Fonds national d'assurance hospitalière (NHIF) a utilisé les rapports d'utilisation des demandes de remboursement pour mettre au point de nouvelles formules de prestations. Par exemple, il a été constaté que les accouchements pratiqués dans le cadre d'une rémunération journalière des services étaient inutilement longs. Ces cas ont été examinés et la méthode de paiement des accouchements a été modifiée pour passer à un forfait d'accouchement rémunéré à l'acte. D'autres changements ont été apportés pour dégroupier certains services comme la chimiothérapie, les tomodensitogrammes, la dialyse rénale et d'autres tests de diagnostic spécialisés. En Inde, le programme national de protection de la santé qui sera lancé en 2017 fera de l'audit médical une partie intégrante du processus de suivi et d'évaluation. Dans cette section, nous discutons des résultats visés par l'utilisation des résultats de l'audit médical :

Amélioration de la qualité des soins

Les résultats des audits médicaux et les actions qui en découlent jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité des services de santé par le biais de divers programmes et interventions de soutien. L'amélioration de la qualité au niveau de l'établissement est l'un des résultats immédiats de l'action entreprise. Les résultats des audits médicaux et les mesures prises sont intégrés dans le programme de mise en œuvre. Une approche de soutien est souhaitable pour les prestataires qui ont récemment adhéré aux programmes d'assurance.

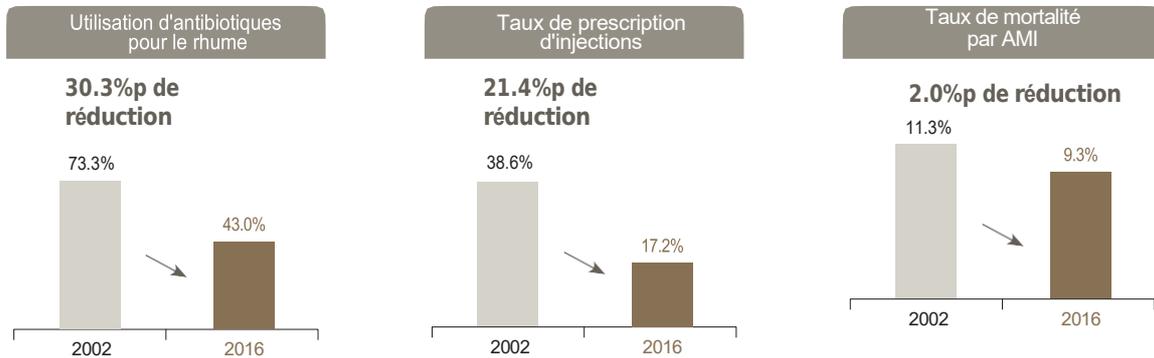
A Andhra Pradesh, en Inde, l'équipe d'audit médical a examiné les résultats des soins aux nouveau-nés et a constaté d'importantes variations entre les hôpitaux publics et privés. Elle a mené des enquêtes sur place et a constaté que les services étaient très médiocres dans de nombreux établissements. Elle a toutefois décidé que les établissements présentant le taux de mortalité néonatale le plus élevé et les conditions les plus médiocres ne devaient pas être mis sur la liste noire. Ils continueraient à fournir des services. Ils ont décidé d'aider les hôpitaux à améliorer leurs services afin de réduire la mortalité et la morbidité des nouveau-nés. La fiducie publique Government Trust, gestionnaire du programme d'assurance, a lancé Safe Care, Saving Lives,¹³⁾ un programme d'apprentissage collaboratif visant à améliorer les soins aux nouveau-nés dans près de cent hôpitaux. Il a mis en place une cellule qualité en plus de l'équipe d'audit médical afin d'aider les prestataires de soins à améliorer la qualité.

Aux Philippines, les prestataires de soins de santé dont les résultats de contrôle sont négatifs reçoivent un avertissement et des sanctions en fonction de la gravité de l'infraction. Cette mesure est complétée par une formation des ressources humaines, des recommandations visant à améliorer les procédures et les infrastructures au niveau de l'établissement. Un mécanisme de retour d'information joue un rôle important dans l'amélioration de la qualité des services au niveau de l'établissement. Un mécanisme de retour d'information joue un rôle important dans l'amélioration de la qualité des services au niveau de l'établissement. PhilHealth organise des activités telles que "Reach Out", des dialogues et des forums pour les prestataires de soins de santé, au cours desquels les politiques et les réglementations sont discutées.

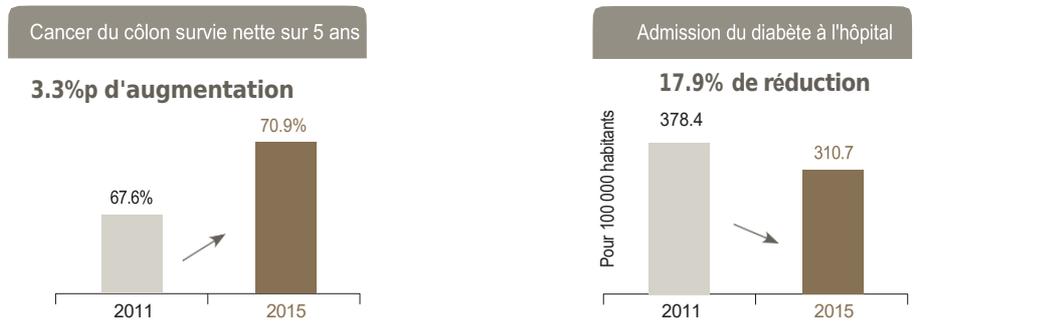
Par conséquent, l'utilisation des résultats des audits médicaux contribue également aux programmes d'amélioration de la qualité du ministère et des organismes d'assurance maladie. Au Nigeria, ils sont utilisés pour produire de nouvelles directives de traitement des maladies, de nouvelles listes de médicaments, des critères d'exclusion de traitement, la révision des directives opérationnelles et le remaniement des indicateurs de suivi de la qualité.

En Corée du Sud, après l'introduction du système d'audit médical et du paiement à la performance, des initiatives proactives de programmes d'amélioration de la qualité ont vu le jour. Ce programme a permis d'améliorer les services et les résultats en matière de santé. Par exemple, il a permis de réduire l'utilisation d'antibiotiques pour les rhumes courants. Les figures ci-dessous illustrent les résultats des améliorations de la qualité.

13. <http://accessh.org/project/safe-care-saving-lives/>



* À partir de l'année de référence et de l'année la plus récente de publication des résultats de l'évaluation de la qualité



• 7.7%p de plus que la moyenne de l'OCDE de 63.2%

• 3.6%p plus élevé que le taux de réduction moyen de l'OCDE de 14.3%

* Au cours des années de publication de l'ICQH de l'OCDE

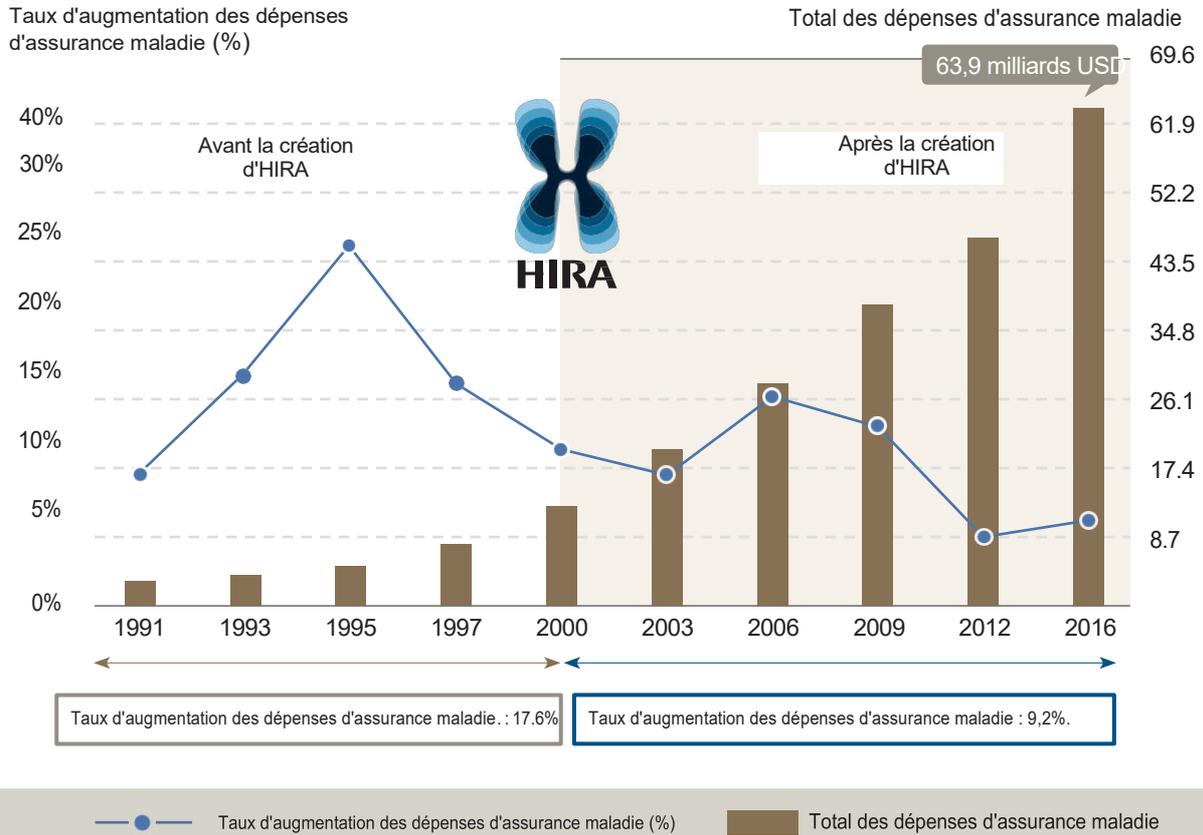
Réformes des paiements et réduction du coût des services

L'un des résultats immédiats de l'utilisation des résultats des audits médicaux concerne le financement des programmes d'assurance maladie. Les résultats des audits médicaux aident l'acheteur à promouvoir des régimes de traitement rentables, à réduire la fraude au paiement et à encourager la viabilité financière. La Corée du Sud a réussi à examiner ses demandes de remboursement et à prendre à temps les mesures nécessaires pour réduire les services fournis, ce qui a permis d'instaurer la confiance. Cela a finalement permis de réduire la charge financière du service national d'assurance maladie. Les dépenses de santé actuelles de la Corée du Sud en pourcentage du PIB s'élevaient à 7,1 % en 2014, ce qui était inférieur à la moyenne de l'OCDE (9,0 %).

En 2016, des dépenses de santé inappropriées s'élevant à 1,1 milliard USD ont pu être économisées grâce à des contrôles préalables avant la soumission des demandes de remboursement et à d'autres services qui examinent les demandes de remboursement pour détecter les frais médicaux inappropriés, à l'examen des demandes de remboursement à l'aide des technologies de l'information et de la communication et par un personnel expert en la matière, et enfin à la gestion des dossiers. Ces efforts ont contribué à faire baisser le taux de croissance annuel moyen (TCAM) des dépenses d'assurance maladie de 17,6 % avant la mise en place de l'HIRA à 9 % après sa mise en place.

Figure 30

Taux de croissance annuel moyen (TCAM) des dépenses d'assurance maladie en Corée du Sud



Les changements dans les taux de paiement pour les hôpitaux : L'examen des demandes et les résultats de l'audit aident l'équipe d'audit à identifier la concentration et le volume traité par le prestataire. Cela permet à l'équipe de comprendre le coût des procédures médicales entre les prestataires et donne un avantage à l'acheteur pour de meilleures négociations, en particulier dans les systèmes de paiement à l'acte.

Étape 6. Élaborer des réformes politiques au niveau national

Les résultats des audits médicaux peuvent non seulement permettre d'améliorer la qualité et de réduire les coûts, mais aussi d'orienter les décisions politiques relatives à la prestation de services, à l'achat de soins et au partenariat avec les prestataires du secteur privé.

Des pays comme les Philippines, l'Inde, le Nigeria et la Malaisie ont utilisé l'audit médical pour influencer les politiques qui renforcent les composantes clés du système de santé, notamment les infrastructures, les ressources humaines, les unités organisationnelles, le suivi et l'évaluation, ainsi que l'engagement renforcé des parties prenantes. PhilHealth a utilisé les résultats des audits médicaux pour modifier le statut d'accréditation des établissements de santé. PhilHealth a utilisé le respect de la politique de non-facturation des soldes (dans les établissements de santé publics) comme l'une des bases pour accorder le renouvellement de l'accréditation ou instituer une surveillance plus stricte des établissements qui ne respectent pas cette politique.

Au niveau de Suvama Arogya Suraksha Trust, en Inde, les contrats avec les prestataires ont été prolongés sans conditions préalables. Les résultats de l'audit médical ont conduit à l'introduction d'examen des performances des prestataires; les formats d'inspection des installations ont été révisés. Des garanties supplémentaires telles que la mention du numéro de lot des médicaments ont été rendues obligatoires. Pour le renouvellement des contrats, les hôpitaux doivent fournir de nouvelles licences pour les médecins et le personnel paramédical.

Vous trouverez ci-dessous des exemples d'implications politiques qui peuvent découler des résultats des audits médicaux :

- Amélioration de l'efficacité et du fonctionnement des programmes d'assurance maladie
- Changements dans les mécanismes de paiement
- Changements dans les mécanismes de régulation des fournisseurs
- Implications pour les lignes directrices nationales sur l'utilisation des médicaments (par exemple, la liste des médicaments essentiels)
- Changements dans les mécanismes contractuels avec les hôpitaux (par exemple, taux de paiement, contrôle de la qualité des soins)
- Promouvoir l'utilisation des résultats de l'évaluation des technologies de la santé et d'autres outils de prise de décision fondés sur des données probantes

ÉTUDE DE CAS DÉTAILLÉE: HIRA, CORÉE DU SUD

Étape 1. Identifier les utilisateurs potentiels des résultats de l'audit médical

HIRA est une institution chargée de l'examen des demandes et de l'évaluation de la qualité. Les enquêtes sur place sont supervisées par le ministère de la santé et des affaires sociales (MSSB), mais HIRA apporte un soutien général aux tâches du MSSB liées aux enquêtes sur place. Étant donné que les structures du système varient en fonction des différentes entités chargées de l'examen des demandes, de l'évaluation de la qualité et des enquêtes sur place, ainsi que des caractéristiques de chacune de ces tâches, elles seront expliquées séparément.

Étape 2. Rapporter et publier les résultats de l'audit médical

HIRA fournit des rapports ou des résultats d'audits médicaux à de nombreux utilisateurs, y compris des établissements de soins de santé. Tous les utilisateurs suggérés comme utilisateurs potentiels sont inclus ici. Étant donné que l'objectif de chaque utilisateur concernant l'utilisation des résultats des audits médicaux est similaire à ce qui a été décrit précédemment, il ne sera pas présenté séparément ici.

Il arrive que des rapports doivent être présentés au ministère de la santé et des services sociaux ou à un comité compétent avant que les résultats de l'audit médical ne soient communiqués aux établissements de santé ou à d'autres utilisateurs, alors qu'il n'est pas nécessaire de présenter des rapports à d'autres moments.

Les résultats de l'évaluation de la qualité doivent être communiqués et approuvés par le comité de modération de l'évaluation médicale après avoir été examinés par le sous-comité du domaine d'évaluation de la qualité correspondant. L'approbation du ministre de la santé et de la protection sociale est également requise en cas de mesures incitatives (augmentation des remboursements) ou dissuasives (réduction des remboursements).

Étant donné que l'enquête sur place est supervisée par le ministère de la santé et des affaires sociales, les résultats de l'enquête sont communiqués au ministère de la santé et des affaires sociales. Les résultats de l'examen des demandes de remboursement sont directement notifiés par l'HIRA aux prestataires de soins de santé et au NHIS. (Pour le formulaire de notification envoyé aux prestataires de soins de santé et son contenu, voir l'annexe.9 Avis de résultat de l'audit médical en Corée du Sud). Korea)

Étape 3. Prendre des mesures de soutien et disciplinaires en guise de suivi

HIRA utilise diverses méthodes pour encourager les prestataires de soins de santé à améliorer la qualité de leurs services et à maintenir les coûts à un niveau approprié. Il y a la phase d'avertissement qui fait savoir aux prestataires qu'ils doivent améliorer leurs performances sur la base des résultats de divers indicateurs ; la phase de soutien où des informations, des conseils, des formations et

d'autres formes de soutien sont fournis ; et la phase de sanction avec des mesures telles que le renforcement de l'examen des réclamations, des demandes d'enquête sur place, le paiement à la performance, la publication de la liste des prestataires ayant de mauvaises performances, des dispositions administratives, des poursuites pénales, etc. Le tableau suivant présente les mesures prises à chaque étape en fonction des résultats de l'audit médical. Chaque étape peut se dérouler consécutivement ou simultanément.

Catégorie	Examen des réclamations	Évaluation de la qualité	Enquête sur place
Stade d'alerte	Notification et suivi	–	–
Stade de soutien	Information, conseil, formation	Programmes d'amélioration de la qualité (conseils spécialisés adaptés à chaque prestataire, cours de formation, partage de cas de bonnes pratiques, etc.)	Publication des cas de fraude et des formations correspondantes
Phase de sanction	Ajustement du montant du remboursement Renforcement de l'examen des réclamations (examen approfondi, vérification et examen sur place) Demande d'enquête sur place	Publication de la liste des prestataires peu performants Paiement à la performance	Disposition administrative (récupération des remboursements obtenus frauduleusement, suspension de l'activité, pénalités) Poursuites pénales Publication de la liste des prestataires peu performants

Le *Value Incentive Program* (le programme de paiement à la performance en Corée du Sud) continue de se développer après le programme pilote de 2007 et le passage au programme à grande échelle en 2011. Il a été démontré que les efforts d'amélioration de la qualité sont plus efficaces lorsque le Value Incentive Program est en place que lorsque les résultats de l'évaluation sont simplement publiés.

En outre, la Corée du Sud disposait d'un système appelé "traitement sélectif", dans le cadre duquel les patients devaient payer des frais supplémentaires pour des traitements en fonction des qualifications du médecin. Ce type de système de récompense basé sur la qualité des soins de santé, ainsi que l'expansion du programme d'incitation à la valeur, constituera une orientation politique importante pour l'amélioration de la qualité des soins de santé.

En fonction des résultats de l'enquête sur place, le ministère de la santé et du bien-être impose les sanctions suivantes :

La période de suspension de l'activité des prestataires est décidée en fonction de la moyenne mensuelle des montants des demandes frauduleuses et du taux de demandes frauduleuses. Lorsque le taux de fraude augmente de 1 %, la période de suspension de l'activité augmente de dix jours.

Par exemple, si $130\text{USD} \leq \text{montant frauduleux} < 217\text{USD}$ & $2\% \leq \text{taux frauduleux} < 5\%$, la période de suspension est de dix jours, vingt jours ou jusqu'à trente jours, respectivement. Si le montant frauduleux est supérieur à 50 millions de wons et que le taux de fraude est inférieur à 5 %, la période de suspension peut aller jusqu'à quatre-vingt-dix jours.

Si la suspension de l'activité cause un grave inconvénient aux personnes qui utilisent un établissement de soins de santé, ou s'il existe des raisons particulières déterminées par le ministère de la santé et des affaires sociales, une amende d'un montant ne dépassant pas cinq fois le montant des reçus frauduleux peut être perçue.

En fonction de la période de suspension, les sanctions peuvent varier, comme décrit ci-dessous :

- suspension de 10 jours : 2 fois le montant de la fraude
- suspension de 10 à 30 jours : 3 fois le montant de la fraude
- suspension de 30 à 50 jours : 4 fois le montant de la fraude
- suspension de plus de 50 jours : 5 fois le montant frauduleux

Lorsqu'un professionnel de la santé demande le remboursement de frais médicaux par des moyens frauduleux ou d'autres moyens illicites, tels que la falsification ou l'altération de documents connexes, le ministre impose une suspension de licence pouvant aller jusqu'à un an.

Étape 4. Entreprendre une évaluation pour déterminer dans quelle mesure les actions de suivi ont été réalisées

En Corée du Sud, les différents départements de l'HIRA évaluent l'ampleur des améliorations apportées à la suite des mesures prises dans les différents établissements médicaux. Le système informatique et divers indicateurs sont utilisés pour suivre les changements mensuels, trimestriels et annuels, pour comparer les performances avant et après les mesures de suivi et pour effectuer d'autres analyses détaillées.

L'évaluation des performances de l'ensemble des institutions médicales se fait par le biais d'évaluations et d'audits réalisés par des organismes externes, tels que le gouvernement.

Étape 5. Mesurer les améliorations des résultats résultant des actions (améliorations de la qualité et réductions des coûts)

Grâce aux audits médicaux, la qualité des soins de santé a été améliorée et les coûts des soins de santé ont été maintenus à un niveau approprié, ce qui a permis de dépenser raisonnablement les fonds de l'assurance maladie.

La Corée du Sud a développé des indicateurs et des critères que les institutions médicales doivent respecter. Il existe actuellement 375 indicateurs d'évaluation de la qualité liés à 49 éléments d'évaluation et 1800 critères d'examen des demandes de remboursement.

La plupart des indicateurs d'évaluation de la qualité ont connu des changements notables grâce à l'évaluation de la qualité. Les variations de qualité entre les établissements médicaux ont été réduites, tandis que la qualité globale des établissements s'est améliorée.

L'évaluation de la qualité de l'utilisation des produits pharmaceutiques en ambulatoire en est un exemple. D'une année sur l'autre, le nombre d'établissements ayant bénéficié d'incitations à la suite d'une évaluation dans ce domaine a augmenté d'environ 23 %, tandis que le nombre d'établissements ayant fait l'objet de mesures dissuasives a diminué de 10 %.

Pour les figures montrant les résultats en matière d'amélioration de la qualité et de réduction des coûts, voir les figures 29 et 30.

Étape 6. Élaborer des réformes politiques au niveau national

Les résultats des audits médicaux sont utilisés comme données de base qui influencent non seulement les politiques d'assurance maladie, mais aussi les politiques nationales de santé en général. Les données issues des audits médicaux sont particulièrement importantes pour les politiques nationales de santé en Corée du Sud, car tous les citoyens et les prestataires de soins de santé font partie du système d'assurance maladie du pays.

Les domaines concernés comprennent les prestations d'assurance maladie, comme les normes de couverture des prestations, les lignes directrices, les barèmes médicaux et les systèmes de paiement ; le système d'orientation ; les politiques de gestion de la qualité des services de santé et des prestataires, y compris la désignation des hôpitaux (centres cardiovasculaires, centres médicaux d'urgence, hôpitaux spécialisés, hôpitaux tertiaires, etc.) et l'accréditation des hôpitaux ; la gestion de la résistance aux antimicrobiens ; l'évaluation des technologies de la santé ; la production de statistiques nationales ; l'évaluation des performances du système de soins de santé ; etc.

RÉFÉRENCES

Health Insurance Review & Assessment Service. (2007). *Booklet for Information Session of Pilot Value Incentive Program*. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2011) *10 Year History of Health Insurance Review and Assessment Service*. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2011). *Pilot Value Incentive Program Result Report*. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. Health Insurance Review & Assessment Service. (2014). *Work Manual of Quality Assessment*. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2016). *Comprehensive Quality Report of National Health Insurance 2015*. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2017). *The function and role of Health Insurance Review & Assessment Service 2017*. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service.

National Federation of Medical Insurance (1997). *The Historical Trajectory of Medical Insurance (Up to 1996)*. Seoul: National Federation of Medical Insurance

National Federation of Medical Insurance (2000). *The Historical Trajectory of Medical Insurance*. Seoul: National Federation of Medical Insurance

Health Insurance Review & Assessment Service. (2016). *Work Manual of Claims Review 2016*. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2016). *User Manual of Provider Profile System 2016*. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2016). *Report to the National Assembly of the Republic of Korea*. 2016. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2017). *Statistics on Health Expenditure in 2016*. 2017. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*. 1988;260:1743–1748. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.

[Act: S. KOREA]

National Health Insurance Act.

National Health Insurance Act, Enforcement Ordinance. Presidential Decree

National Health Insurance Act, Enforcement Regulation. Ministry of Health and Welfare Decree

[Web]

JLN, <http://www.jointlearningnetwork.org>

OECD, <http://www.oecd.org>

HIRA, <http://www.hira.or.kr>

NHIS, <http://www.nhis.or.kr>

1. **Comité d'examen et d'évaluation des soins de santé (HIRA_KOREA)**
2. Indicateurs relatifs (HIRA_KOREA)
3. Indicateurs de HIRA (HIRA_KOREA)
4. Formulaires de spécification des demandes de prestations (HIRA_KOREA)
5. Processus de développement de l'examen électronique (HIRA_KOREA)
6. Code de conduite et serment de discrétion (NHIS_GHANA)
7. Format d'enquête sur place (Suvarna Arogya Suraksha Trust_INDIA)
8. Composants de l'ensemble de données (HIRA_KOREA)
9. Avis de résultat de l'audit médical (HIRA_KOREA)

*L'annexe est disponible à l'adresse suivante: <http://www.jointlearningnetwork.org>



www.jointlearningnetwork.org