

# 7,5 MILLIONS D'EUROS de fraude aux soins de santé

▶ C'est ce qui ressort des enquêtes de contrôle que le service d'inspection de l'Inami a achevées en 2017

▶ Le service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'Inami (Institut national d'assurance-maladie invalidité) a constaté que les dispensateurs de soins avaient attesté indûment environ 7,5 millions d'euros à l'assurance soins de santé lors de l'année 2017. C'est en tout cas ce qui ressort des enquêtes de contrôle

que le service d'inspection a achevées en 2017. Au total, 87 dossiers liés à des cas de fraude ont été finalisés en 2017.

Pour l'Inami, il est important de détailler la définition opérationnelle de la fraude dans ce secteur. En effet, un fraudeur est considéré comme tel à partir du moment où il acquiert un avantage intentionnellement tout en commettant une infraction à la réglementation.

Selon cette définition, "17 % des enquêtes sont considérées comme des fraudes. Sur le total de 7,5 millions d'euros, cela représente les deux tiers, soit 5,5 millions", précise Erik Rossignol, coordinateur direction information du service d'inspection de l'Inami.

Parmi les fraudeurs, 31 % sont réticents à payer. Dans ces cas-là, le service d'évaluation et de contrôle de l'Inami envoie une procédure d'avertissement à leur égard. "On essaye au maximum d'arriver à une synergie avec les spécialistes de la santé. Ce n'est pas toujours facile mais on travaille sur de nombreux points à améliorer", indique Phi-

lippe Tavernier, fonctionnaire dirigeant au SECM.

Le SECM surveillera de près les données de facturation des fraudeurs. S'ils ne modifient pas leur comportement en matière de facturation, l'inspection rouvrira une enquête de contrôle. "On constate qu'il y a des fraudeurs coriaces qui récidivent. Dans ces cas-là, nous renvoyons un nouveau dossier."

C'est pourquoi le SECM va renforcer sa collaboration avec les différents auditeurs, la police judiciaire et le SCA.

Au-delà des contrôles classiques, l'Inami mise de plus en plus sur la prévention des prestations superflues. Les courriers de sensibilisation aux dispensateurs de soins et le suivi des fraudeurs notoires ont clairement un impact positif. Les dispensateurs de soins ont facturé 7.413.383 euros de trop à l'assurance soins de santé.

Le service d'inspection de l'Inami a constaté près d'un million d'infractions au cours des 585 enquêtes de contrôle clôturées en 2017. Cela représente donc quelque 7,5 millions d'euros. "Il faut noter que la plupart du temps, c'est dû à une mauvaise connaissance du règlement en vigueur ainsi que de la nomenclature et que les personnes collaborent presque systématiquement", révèle le docteur Christine Lys, médecin inspecteur général du contrôle pour l'Inami.

DEPUIS LES avertissements, les dispensateurs de soins de santé concernés ont déjà remboursé

volontairement 3,4 millions d'euros. C'est ce qui ressort du rapport annuel du SECM. "Il faut souligner que les 259 actions de contrôle initiées par le SECM ont rapporté 5,5 millions d'euros sur les 7,5 millions d'euros en question. Les 326 enquêtes de contrôle menées suite aux signalements externes ont rapporté un peu moins de 2 millions d'euros", indique Erik Rossignol.

L'impact des enquêtes de contrôle ouvertes à l'initiative du SECM même est dû à l'analyse de risques ciblée, à l'établissement de priorités stratégiques et à l'approche nationale des actions de contrôle. "On constate que l'année suivante, on assiste à une baisse continue. Donc, ça montre que ça vaut vraiment la peine de les tenir à l'œil et de les suivre de près", conclut Erik Rossignol.

Ludovic Jimenez

# 5,5

Les 259 actions de contrôle initiées par le SECM ont rapporté 5,5 millions d'euros sur les 7,5 millions d'euros de fraude en question

## Orthèses, des factures jusqu'à 2.000 euros au lieu de 50

**BRUXELLES** Les orthèses lombo-sacrées sont des corsets qui soutiennent la colonne vertébrale basse et apporte donc un soutien extérieur, contrairement aux prothèses qui confèrent un soutien à l'intérieur du corps et servent à remplacer la fonction d'un membre par exemple.

Il est important de prescrire le bon corset pour les bonnes indications. Or, dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas : les médecins prescrivent parfois des orthèses inutilement onéreuses ou des orthèses pour de

mauvaises indications. *"On a pu avoir accès à des prescriptions et les médecins s'arrêtent souvent à un simple mal de dos pour leur patient, du coup, les bandagistes, qui ont sûrement l'esprit plus commercial, délivrent les orthèses les plus onéreuses. Il est donc important de prescrire le bon matériel surtout quand on sait que les tarifs vont de 50 à 2.000 euros et de ne pas faire une confiance aveugle aux bandagistes"*, révèle Francis Colla, médecin inspecteur spécialisé dans le domaine des expertises.

Pour promouvoir une pres-

cription efficace, le SECM a donc contacté quelque 400 spécialistes et autant de médecins généralistes lors d'un projet d'évaluation en avril 2017. Le service d'inspection a rappelé aux dispensateurs de soins les indications correctes pour la prescription des orthèses lombo-sacrées et à l'importance d'une prescription de qualité. Depuis lors, les médecins généralistes et les spécialistes ont visiblement déjà modifié leur comportement en matière de prescriptions.

De juin à décembre 2017, le

nombre d'ordonnances a diminué de 3.137 orthèses et les dépenses pour l'assurance soins de santé de 1.624.000 euros. *"On tente de changer la nomenclature pour réduire ces prescriptions un peu fantaisistes afin de diminuer de façon progressive ces abus mais également pour mieux répartir le budget des soins de santé"*, conclut le docteur Christine Lys.

L. J.

# Les soins à domicile dans le viseur

▣ Les factures en tiers payant sont massivement utilisées pour frauder lors de ce type de soins

► Selon les données de l'enquête annuelle menée par l'Inami, ce sont les infirmiers à domicile et tout autre type de corps de métier exerçant un soin à domicile qui commettent le plus de fraudes à cause du système du tiers payant.

*"Les facturations intentionnelles effectuées sont nombreuses concernant les infirmiers à domicile par exemple, ce qui veut dire que le patient ne sait pas ce qui est facturé. De plus, la facturation n'est pas toujours laissée auprès du client"*, développe Philippe Tavernier, fonctionnaire dirigeant au SECM.

**LA FACTURE EN TIERS PAYANT** est donc un moyen plus aisé de frauder et c'est le cas également pour les dentistes et les médecins par exemple, le patient ne sachant pas ce qui est envoyé par la suite au niveau de la facturation. *"Afin de limiter cette fraude, une des solutions structurelle est de limiter le pourcentage lié au tiers payant au*

*niveau de la facturation, tout en sachant que les soins dentaires sont déjà assez onéreux"*, explique Christine Lys, médecin et inspecteur général du contrôle pour l'Inami. L'organe en arrive donc parfois à suspendre le paiement du tiers payant chez certains infirmiers à domicile par exemple, même s'il est difficile de prouver l'intentionnalité de la fraude en question.

Dans le cadre du monitoring cardiaque ambulatoire, le dispensateur surveille les fonctions vitales et non vitales au moyen d'au moins un électrocardiogramme continu.

Le SECM a donc analysé les données de facturation de 104 hôpitaux belges pour vérifier si les mé-

decins facturent correctement les codes de nomenclature relatifs au monitoring cardiaque ambulatoire. *"Les fraudes sont surtout liées à une méconnaissance de la nomenclature en*

*place, ce n'est pas une fraude intentionnelle ici."*

**LES DISPENSATEURS** ne peuvent utiliser ces codes que dans la mesure où ils effectuent une surveillance cardiaque dans les locaux d'un service d'urgence agréé.

Les données de facturation établies du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 30 novembre 2017 révèlent que la moitié des hôpitaux belges n'ont pas attesté les codes selon les conditions de la nomenclature pour ce qui concerne le monitoring cardiaque ambulatoire.

Au total, ils ont attesté plus de 1,5 million d'euros de trop.

Presque tous les hôpitaux ont coopéré de manière constructive à cette enquête et sont prêts à rembourser. D'ailleurs, la moitié du montant a entre-temps été remboursée.

L. J.