

Concerne : **Madame A.**

Praticiens de l'art infirmier Infirmie(ère)s - Infirmières brevetées

1. EXPOSE DES FAITS

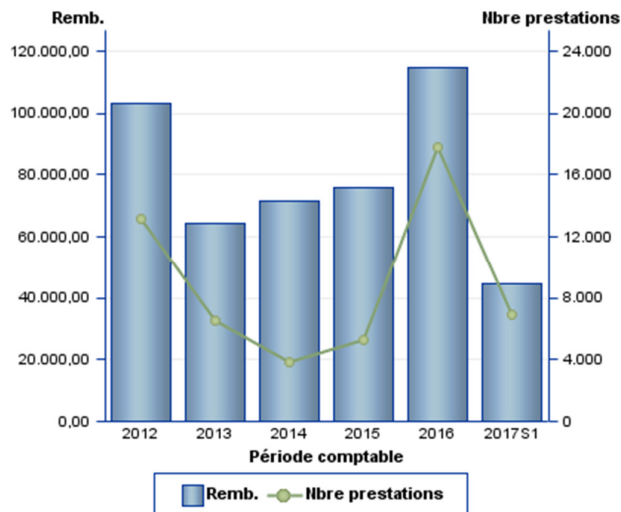
1.1. Données Soins de Santé

MADAME A.

Profils

Tableau anonymisé

Résumé des prestations du dispensateur



1.2. Données RN + BCE

N° BCE de la SPRL B (dont Mme A. est la gérante depuis septembre ...)

1.3. Données OA

Les organismes assureurs ont transmis au Service d'évaluation et de contrôle médicaux des données authentifiées conformément à l'art. 138 de la loi ASSI, relatives à la facturation introduite par Mme A. du 1^{er} septembre 2016 au 31/08/2017 et sur base des quelles le Service a pu notifier les procès-verbaux de constat des 15 et 16 janvier 2018 notifiés le 26/01/2018 (pièces n°5 et 6).

1.4. Antécédents liés aux dossiers

1.4.1. Dans le cadre de l'enquête E/..., Mme A. s'est vue reprocher des griefs pour des prestations non effectuées et non conformes : 64.584,77 € (prestations non effectuées) et 2.640,2 € (prestations non conformes).

Par une décision du 06/08/2015, la Chambre de recours, juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI (*pièce 16*), a condamné Mme A. :

- solidairement avec la SPRL B. à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 67.224,97 €
- au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % des prestations indues, soit à la somme de 67.224,97 €, en précisant qu'il sera sursis au 19/20ème du paiement de cette amende pendant un délai de trois ans.

Elle n'a jusqu'à présent remboursé que 15.000 €.

1.4.2. Dans le cadre de l'enquête E/..., au terme d'un procès-verbal de constat daté du 30/01/2017 et notifié le 07/02/2017, établi pour la période infractionnelle s'étendant du 01/12/2014 au 31/08/2016 (*pièce 4*), Mme A. s'est vue reprocher des griefs pour des prestations non effectuées (34.281,83 €) et non conformes (17.391,49 €).

La saisine de la Chambre de première instance interviendra prochainement, conformément à l'article 142 §3, 3° de la loi ASSI.

1.4.3. Suite au procès verbal de constat daté du 30/01/2017 portant sur la période d'introduction aux OA du 01/12/2014 au 31/08/2016 (*pièce 4*), et aux données recueillies auprès des OA pour la période de septembre 2016 à mars 2017, le Fonctionnaire-Dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité a lancé une procédure en vue de la suspension des paiements en tiers payant par les organismes assureurs et pris une décision le 11/05/2017 (*pièce 17*) au terme de laquelle il :

- a déclaré qu'il existait des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de Mme A. ;
- a ordonné, conformément à l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à Mme A. pour une période de 12 mois.

1.4.4. Dans le cadre d'une nouvelle enquête (E/...), deux procès-verbaux de constat en date des 15/01/2018 et 16/01/2018 (*pièces 5 et 6*) et une invitation au remboursement volontaire ont été notifiés par courrier recommandé à Mme A. le 26/01/2018. Les griefs reprochés portent sur :

- des prestations non effectuées (indu de 10.780,88 €) ;
- des prestations non conformes (indu de 7.467,44 €).

1.5. Indices graves, précis et concordants en vue de la suspension des paiements du n° tiers payant

1.5.1. Depuis la mesure de suspension des paiements en tiers payant par les organismes assureurs prise par le Fonctionnaire dirigeant du SECM en date du 11/05/2017, les prestations de Madame A. sont introduites au remboursement auprès des organismes assureurs par des attestations de soins donnés établies au nom des assurés.

Il ressort des données de facturation à l'assurance soins de santé, introduites par Mme A., depuis septembre 2016 jusqu'au 31/08/2017 que 20 assurés pour lesquels Mme A. s'est vue reprocher des prestations non effectuées dans le procès-verbal de constat daté du 30/01/2017 et notifié le 07/02/2017 (*pièce 4*) se retrouvent de nouveau dans les deux procès-verbaux de constat notifiés le 26/01/2018 (*pièces 5 et 6*).

Il s'agit des assurés Monsieur C. , Madame D., Monsieur E., Madame F., Madame G., Monsieur H., Madame I., Monsieur J., Madame K., Madame L., Madame M., Madame N., Monsieur O.,

Monsieur P., Madame Q., Monsieur R., Madame S., Madame T., Madame U. et Monsieur V. qui ont été entendus en janvier 2017 lors de l'enquête E... ayant conduit à la décision du Fonctionnaire-dirigeant de suspension des paiements en tiers-payant par les organismes assureurs.

Compte tenu des éléments recueillis pendant l'enquête et ayant conduit à la notification de deux procès-verbaux de constat le 26/01/2018 (*pièces 5 et 6*), les prestations facturées à l'assurance soins de santé au nom de ces huit assurés dans la période comprise entre septembre 2016 et août 2017 pour un montant total de 10.780,88 € sont toujours non effectuées.

1.5.2. Le nom de deux assurés visés au procès-verbal de constat daté du 30/01/2017 et notifié le 07/02/2017 (*pièce 4*) apparaît également dans les deux procès-verbaux de constat notifiés le 26/01/2018 (*pièces 5 et 6*) pour l'infraction de prestations non conformes. Il s'agit des assurées Madame W. et Madame X., pour lesquelles Mme A. attestait déjà des prestations non conformes (déclassement d'un forfait en toilette simple). Au terme des deux procès-verbaux de constat le 26/01/2018 (*pièces 5 et 6*), une partie des prestations facturées au nom de ces deux assurées depuis septembre 2016 pour un montant de 7.467,44 € sont non conformes.

1.5.3. Il ressort de l'audition du 09/01/2018 de Mme A. (*pièce 7*) qu'elle reconnaît avoir indûment facturé des toilettes pour l'assurée Madame Q. et qu'elle déclare avoir introduit des attestations de soins donnés en avril 2017 pour des soins qui auraient été effectués deux ans auparavant au nom de Mme W. (l'assurée avait été déclassée de forfait B à toilette simple par l'enquêtrice au terme du PVC du 30/01/2017 et Mme A. a attesté en avril 2017 au nom de cette même assurée des soins complexes pour des soins de stomies ce qui est visé aux PVC des 15 et 16 janvier 2018).

Par ailleurs, les déclarations de Mme A. au sujet de trois assurés (Madame M., Madame F. et Madame X.) ne sont pas corroborées par celles des médecins prescripteurs (Dr Y. (*pièce 8*), Dr Z. (*pièces 9, 10 et 11*), Dr AA' (*pièce 12*)). Par exemple, au sujet de l'assurée Madame F., le Dr AB' déclare l'avoir rencontrée pour la première fois le 12/01/2018 et aurait accepté de régulariser deux prescriptions (toilettes et plaies) datées du 01/12/2017 et du 01/01/2018 (*pièces n° 13 et 14*). Le Dr AB' pense avoir changé les dates de ces prescriptions pré-remplies et signées a posteriori. Lors de son audition du 16/01/2018, le Dr AB' déclare avoir vu un pansement au pied de Mme F. mais ne pas avoir examiné la plaie.

1.5.4. Enfin, le profil « fixe par années comptables » de Mme A., c'est-à-dire le volume des prestations introduites au remboursement de l'assurance soins de santé n'intégrant plus de nouvelles données après la clôture théorique de la période comptable, qui était d'un montant de plus de 66.000,00 € pour le premier semestre de 2016, a atteint la somme considérable de plus de 114.000,00 € pour toute l'année 2016 (*pièce 15*).

Cependant, le profil « dynamique par année de prestations », c'est-à-dire le volume des prestations introduites au remboursement de l'assurance soins de santé continuant d'intégrer les nouvelles données après la clôture théorique de la période comptable, indique que Mme A. a continué à introduire de la facturation tiers-payant pour l'année 2016. En effet, le profil « dynamique par année de prestations » de Mme A. atteint actuellement plus de 130.000,00 € en 2016 (*pièce 15*).

En comparant son nombre de prestations par an avec son nombre de jour de prestation, nous pouvons définir le nombre moyen de prestations par jour de Mme A.. En 2015, elle réalisait 17,39 prestations par jour tandis qu'en 2016, elle réalisait 55,71 prestations par jour, soit une augmentation de 320%.

L'analyse de ses profils de remboursements indique également qu'en 2016, elle se plaçait au-dessus du percentile 95% pour dix codes de nomenclature (424513, 424351, 424373, 424535, 423275, 423076, 425412, 425014, 424491 & 424336).

1.5.5. Il ressort de l'ensemble de ces éléments que les indices de fraude qui ont conduit le SECM à lancer une procédure de suspension des paiements en tiers payant par les organismes assureurs (loi ASSI, art. 77*sexies*) en 2017 ont perduré et ont été confirmés par les

deux procès verbaux de constat des 15 et 16 janvier 2018 notifiés par recommandé postal le 26/01/2018 pendant la période de suspension des paiements en tiers-payant (*pièces n°5 et 6*), ce qui amène le Fonctionnaire-dirigeant à envisager de prendre une nouvelle mesure provisoire de suspension des paiements en tiers payant par les organismes assureurs conformément au dernier alinéa du même article.

2. DISCUSSION

Les éléments évoqués ci-dessus constituent des indices graves, précis et concordants de fraude qui motivent la suspension des paiements en tiers payant à Mme A. (n°48526526408) par les organismes assureurs et qui, entrant dans le cadre de l'art. 77sexies, alinéa 7 de la loi ASSI, permettent au Fonctionnaire-dirigeant du SECM de prolonger la mesure décidée le 11/05/2017.

Le 5 avril 2018 a été remise aux services de la Poste la lettre de demande des moyens de défense adressée à Mme A. par recommandé. Le 17/04/2018, l'envoi a été distribué.

Mme A. avait jusqu'au 30 avril 2018 pour communiquer des moyens de défense au Service qui n'a rien reçu à ce jour.

Vu la gravité des faits, vu les éléments évoqués ci-dessus et vu le fait que les sommes en jeu sont des deniers publics, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM estime qu'une nouvelle suspension totale des remboursements en tiers payant à Mme A. pour la période maximale de douze mois prévue à l'art. 77sexies, est justifiée.

PAR CES MOTIFS,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de Mme A. ;- Ordonne, conformément à l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à Mme A. pour une nouvelle période de 12 mois. ; |
|---|

Ainsi décidé à Bruxelles, le 08/05/2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Jo Maebe
Médecin-directeur général f.f.