



Rapport annuel du SECM

Activités en 2025



Service d'évaluation et de contrôle médicaux

AVANT-PROPOS

Avec ce rapport d'activités, je vous offre un regard essentiel sur notre fonctionnement en 2025, une année intense pour le SECM. Il s'agit d'une version abrégée de notre rapport d'activités traditionnel. Nous mettons cette fois l'accent sur les données déjà disponibles concernant la fraude dans les soins de santé, afin de répondre à la demande générale de disposer plus rapidement des chiffres pertinents. C'est pourquoi ce rapport se limite à nos activités de contrôle et missions nationales.

La récente attention médiatique portée à la fraude commise par des dispensateurs de soins, la légitime indignation publique et les deux auditions parlementaires qui ont suivi ont donné au SECM l'occasion d'expliquer de manière approfondie le travail des inspecteurs.

Il est maintenant clair pour tout le monde qu'un procès-verbal de constat repose sur 75 auditions et 31.310 prestations facturées qui doivent chacune être prouvées comme non conformes ou non effectuées ; que tout cela doit être consigné dans un document comptant pas moins de 1.244 pages. On sait également que le SECM collabore étroitement avec les auditorats du travail. Nous recherchons ensemble la meilleure manière d'aborder les cas de fraude graves.

Il est aussi apparu que le SPF Finances apporte très souvent son concours pour le recouvrement effectif des montants portés à griefs et des amendes.

La réaction du SECM face aux cas de fraude illustre aussi l'engagement multidisciplinaire constant de nos collaborateurs (inspecteurs, juristes, analystes de données et personnel administratif). En raison de l'augmentation de la charge de travail suite aux réductions considérables de personnel, cet engagement n'a plus rien d'évident. Les moyens supplémentaires annoncés suffisent à peine à maintenir le nombre actuel d'inspecteurs. C'est d'autant plus surprenant que la fraude augmente et que chaque inspecteur rapporte au moins deux fois son coût salarial brut. Il est admirable de voir comment ils continuent à assumer leurs responsabilités, souvent dans des conditions très difficiles.

Ce rapport d'activités a pour moi une signification particulière, car je quitterai mes fonctions de médecin-directeur général du SECM le 31 mars 2026. J'ai eu le privilège de diriger le service depuis juillet 2018. J'ai poursuivi la voie déjà engagée vers davantage d'efficacité, un impact juste et une réflexion stratégique à tous les niveaux du service. En tant que président du Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé (EHFCN), je peux facilement comparer avec les pays voisins : le fonctionnement du SECM mérite assurément d'être mis en avant.

Je souhaite donc saisir cette occasion pour remercier chaleureusement tous les collaborateurs du SECM, ainsi que nos partenaires et parties prenantes. Leur engagement, leur implication et leur professionnalisme constituent le fondement de notre service. Ensemble, nous avons accompli beaucoup, et je suis convaincu que le SECM restera à l'avenir un partenaire solide et fiable pour toute personne ayant besoin de soins.

Avec mes salutations chaleureuses et mes remerciements sincères,

Dr Philip Tavernier
Médecin-directeur général du SECM

Mars 2026

Table des matières

Avant-propos.....	2
I. Mission.....	4
II. Personnel.....	5
III. Contrôle et récupérations	7
1. Décisions du médecin-inspecteur général.....	7
2. Concernés	8
3. Évolution 2021-2025	10
4. Suivi des procédures contentieuses	11
5. Lutte contre la fraude	18
IV. Missions nationales	23
1. Facturation d'honoraires pour consultations et visites urgentes par les médecins généralistes.....	23
2. Facturation de téléconsultations par les dentistes.....	24
3. Dépassement des limites de valeurs P.....	25
4. Dépassement des limites de valeurs W	27
5. Facturation de forfaits PET.....	28
6. Facturation de valves endobronchiques unidirectionnelles par des institutions de soins non agréées	29
7. Facturation d'examens duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens par des connexistes non-urologues.....	30
8. Facturation de consultations oncologiques multidisciplinaires dans le cadre d'affections non oncologiques du système nerveux central	31
9. Facturation de l'imagerie médicale lourde par les hôpitaux	33
10. Facturations aberrantes de prestations pharmaceutiques en milieu hospitalier.....	34
Plus d'informations ?.....	36

I. MISSION

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) est un service d'inspection de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Il s'assure que le budget public destiné à l'assurance soins de santé soit utilisé de manière optimale. Il veille à ce que les acteurs concernés remplissent correctement leurs obligations dans le cadre légal et réglementaire. Ces acteurs sont les dispensateurs de soins, les gestionnaires des institutions de soins, les organismes assureurs et les assurés sociaux. Le SECM suit en outre l'évolution des connaissances scientifiques en vue de davantage d'*appropriate care* (soins nécessaires, scientifiquement étayés et efficaces). Le rôle sociétal du SECM est aujourd'hui d'autant plus pertinent : en période d'économies en particulier, il faut préserver un système de soins de santé financièrement accessible et de qualité tel que le nôtre.

Concrètement, nous voulons avoir un impact sur le comportement de facturation¹ et de prescription d'un maximum de dispensateurs de soins. Pour ce faire, nous avons développé une stratégie à plusieurs axes (évaluer, informer, contrôler). Après une analyse du comportement de facturation et de prescription, nous réalisons les actions les plus appropriées, telles que :

- ✦ des campagnes de sensibilisation pour prévenir les infractions ;
- ✦ des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé ou de la réglementation, afin de les rendre plus claires et univoques ;
- ✦ des actions de contrôle pour constater les infractions ;
- ✦ une suspension provisoire du paiement des prestations via le régime du tiers payant.

¹ Par « facturation », nous entendons la facturation (ou attestation) à l'assurance soins de santé.

II. PERSONNEL

Le SECM comptait 211 membres du personnel le 31 décembre 2025. Le tableau ci-dessous présente la répartition des membres du personnel selon leur fonction, leur résidence administrative et leur rôle linguistique.

Tableau 1. Répartition des membres du personnel du SECM le 31 décembre 2025

		Services centraux		Bureaux provinciaux		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant/médecin-directeur général		1				1
Médecins-inspecteurs généraux		1	1			2
Directeurs		1	1	5	2	9
Responsables et coordinateurs		3	2			5
Inspecteurs sociaux :	médecins	3	2	26	22	53
	pharmaciens			3	3	6
	dentistes			1	3	4
	infirmiers			13	15	28
	attachés scientifiques			5	5	10
Juristes		6	6			12
ICT et développement		3	2			5
Analystes de données		2	5			7
Personnel administratif :	attachés et conseillers	4	3	1		8
	experts	2	3	8	2	15
	assistants	5	7	12	13	37
	collaborateurs	3	1	4	1	9
TOTAL		34	33	78	66	211

Le personnel d'inspection, les analystes de données et les juristes ont une mission opérationnelle. Les évolutions numériques et technologiques amènent une diminution de la demande de soutien administratif. C'est pourquoi nous faisons de plus en plus appel au personnel administratif pour réaliser certaines tâches opérationnelles, et non plus uniquement de support.

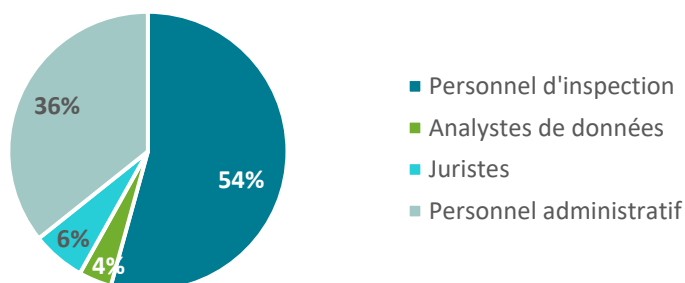


Illustration 1. Répartition des membres du personnel du SECM selon leur fonction en 2025

Pour garantir la continuité du fonctionnement de notre service, nous avons recruté 9 nouveaux collaborateurs en 2025 : des médecins-inspecteurs, des infirmiers-contrôleurs et des agents administratifs. Malgré ces engagements, le nombre de membres du personnel a fortement baissé.

Cela s'explique par les départs à la pension, ainsi que par le transfert d'une partie du personnel vers le Service des soins de santé, à la suite de la création d'une direction Appropriate care. La cellule Audit des hôpitaux, ainsi que d'autres membres du personnel ont été transférés dans cette direction.

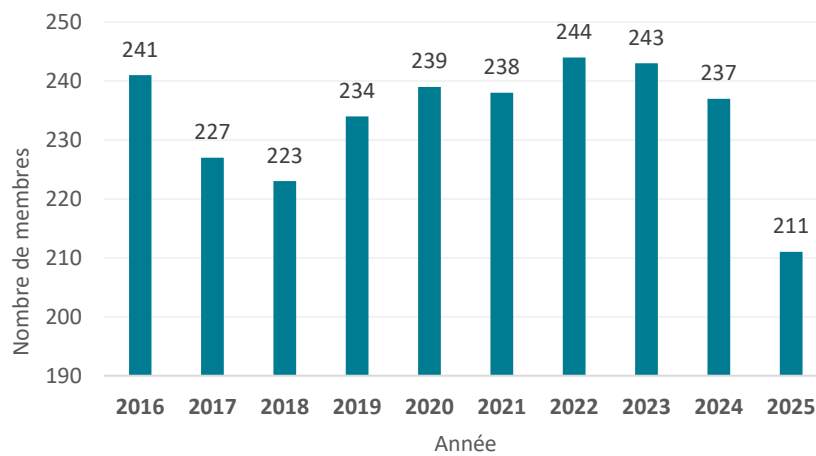


Illustration 2. Évolution du nombre de membres du personnel du SECM

III. CONTRÔLE ET RÉCUPÉRATIONS²

Nos actions de contrôle sont menées soit dans le cadre d'une mission nationale, soit de façon individuelle pour un dispensateur de soins spécifique, à la suite d'un signalement externe ou d'une proposition interne. Elles ont pour objectif de contrôler le respect des dispositions légales par les dispensateurs et institutions de soins.

En 2025, nous avons clôturé 334 actions de contrôle, pour un montant total porté à grief de 15.866.665,58 euros. Dans le cadre de ces actions de contrôle, nous avons constaté 424.953 infractions à la réglementation et établi 208 procès-verbaux de constat.

1. Décisions du médecin-inspecteur général

Le médecin-inspecteur général de la direction Contrôle décide quelle suite sera donnée à une action de contrôle. Le tableau ci-dessous présente les décisions prises pour les actions de contrôle clôturées en 2025.

Tableau 2. Actions de contrôle clôturées en 2025, par décision du médecin-inspecteur général

Décision	Nombre d'actions	%	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
Négatif	10	3	0,00	0,00
Négatif avec constat dans dossier lié	3	1	0,00	0,00
Informatif	0	0	0,00	0,00
Avertissement	50	15	0,00	0,00
Constat sans procédure contentieuse	124	37	8.028.803,10	8.028.803,18
Constat avec procédure contentieuse	69	21	7.116.425,20	2.415.865,46
Sans suite par le SECM	78	23	721.437,28	0,00
TOTAL	334	100	15.866.665,58	10.444.668,64

Explication du tableau 2

- ✦ Négatif : actions de contrôle que nous clôturons sans avoir constaté d'infraction.
- ✦ Négatif avec constat dans dossier lié : actions de contrôle que nous clôturons négativement, mais pour lesquelles un constat a été dressé dans un autre dossier, par exemple quand un dossier est ouvert pour un dispensateur de soins et un autre pour l'institution de soins dans laquelle il travaille.
- ✦ Informatif : actions de contrôle dans lesquelles nous :
 - ✧ relevons une irrégularité limitée, qui ne justifie ni procès-verbal de constat, ni avertissement, ni demande de régularisation, et
 - ✧ informons la personne concernée de la réglementation applicable.
- ✦ Avertissement : actions de contrôle dans lesquelles nous avons relevé une infraction, mais pour laquelle nous n'avons pas dressé de procès-verbal de constat. Nous informons le dispensateur ou l'institution de soins de l'infraction constatée et l'incitons à respecter

² Les résultats de nos actions de contrôle clôturées en 2025 sont basés sur les données disponibles le 7 janvier 2026.

dorénavant la réglementation. Nous lui demandons aussi parfois de régulariser la situation en remboursant directement aux organismes assureurs le montant indûment facturé.

- ✦ Constat sans procédure contentieuse : actions de contrôle pour lesquelles nous n'introduisons pas de procédure devant le fonctionnaire dirigeant ou les juridictions administratives, car le dispensateur ou l'institution de soins a commis une infraction peu importante et a volontairement remboursé la totalité du montant porté à grief. Dans ce cas, nous envoyons un message au dispensateur ou à l'institution de soins en lui confirmant la réception du remboursement volontaire après le procès-verbal de constat et en l'informant que ses facturations pourraient à nouveau faire l'objet d'un suivi à l'avenir.
- ✦ Constat avec procédure contentieuse : actions de contrôle dans lesquelles le dispensateur ou l'institution de soins n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief et actions de contrôle dans lesquelles des infractions importantes et/ou volontaires ont été constatées. Nous pouvons introduire une procédure :
 - ✧ devant le fonctionnaire dirigeant ou
 - ✧ devant la chambre de première instance.
- ✦ Sans suite par le SECM : actions de contrôle qui ne donnent pas lieu à des poursuites au sein du SECM. La suite est donnée par une autre instance, par exemple par :
 - ✧ le Service du contrôle administratif,
 - ✧ l'auditorat du travail,
 - ✧ le parquet du procureur du Roi,
 - ✧ l'Ordre des médecins,
 - ✧ l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

En ce qui concerne les dossiers envoyés à l'auditorat du travail ou au parquet, nos inspecteurs continuent souvent à réaliser des auditions et des actions à la demande des magistrats. Nous nous concertons régulièrement avec ces magistrats afin d'assurer le suivi des dossiers que nous traitons ensemble et de leur présenter les dossiers que nous envisageons de leur confier.

Par ailleurs, si les faits dénoncés donnent lieu à une procédure judiciaire, l'INAMI peut en principe se constituer partie civile en vue de la récupération des montants indûment remboursés par l'assurance soins de santé.

2. Concernés

233 actions de contrôle (sur 334, soit 70 %) portaient sur des dispensateurs de soins individuels, pour un montant total porté à grief de 6.737.532,29 euros (soit 42 % du montant total). L'illustration ci-dessous présente le nombre d'actions de contrôle clôturées par groupe professionnel. 53 % des actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins individuels portaient sur des dentistes.

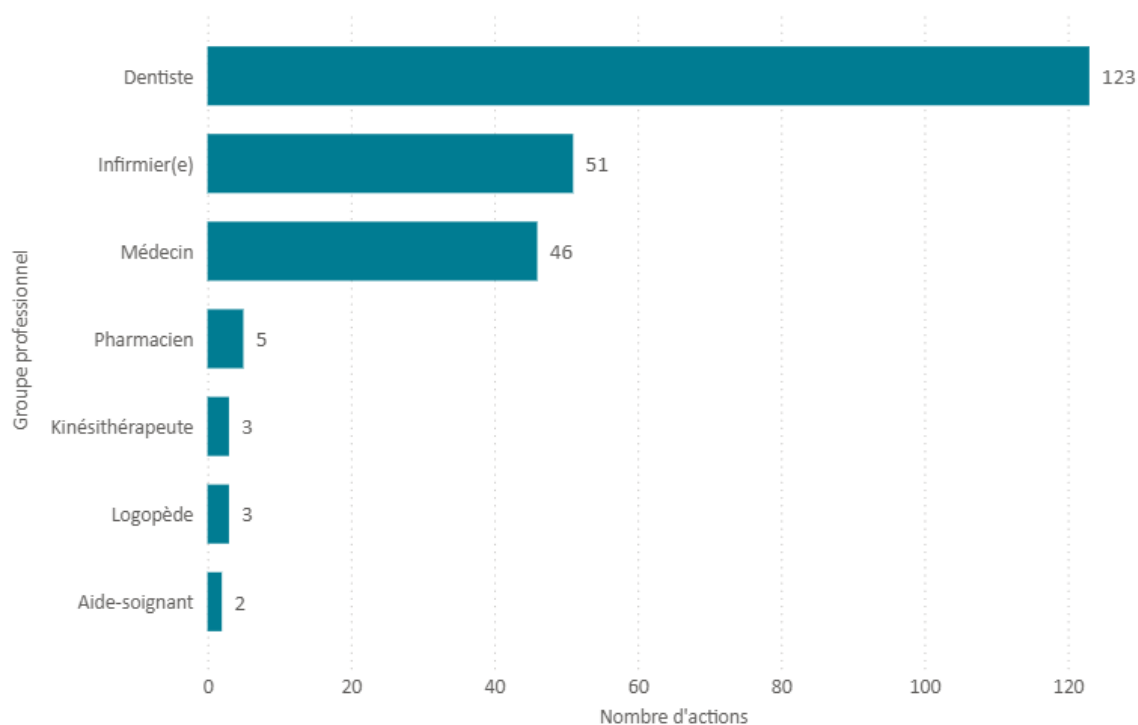


Illustration 3. Nombre d'actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2025, par groupe professionnel

Le montant porté à grief s'élève à 2.577.510,52 euros pour les médecins (soit 38 % du montant total des actions de contrôle relatives à des dispensateurs de soins individuels) et à 2.423.133,64 euros pour les dentistes (soit 36 %).

Tableau 3. Actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2025, par groupe professionnel

Groupe professionnel	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
Dentiste	123	2.423.133,64	940.675,30
Infirmier	51	894.720,18	215.203,57
Médecin	46	2.577.510,52	1.806.787,71
Pharmacien	5	721.437,28	0,00
Logopède	3	99.166,77	0,00
Kinésithérapeute	3	21.563,90	9.944,56
Aide-soignant	2	0,00	0,00
TOTAL	233	6.737.532,29	2.972.611,14

Par ailleurs, 88 actions de contrôle portaient sur des institutions et organisations de soins (dont 79 sur des hôpitaux), pour un montant total porté à grief de 9.077.000,08 euros. Enfin, 13 actions portaient sur des assurés, pour un montant total porté à grief de 52.133,21 euros.

3. Évolution 2021-2025³

En 2025, nous avons clôturé 334 actions de contrôle, pour un montant porté à grief de 15.866.665,58 euros. 10.444.668,64 euros ont été remboursés volontairement. Par rapport aux années précédentes, le nombre d'actions de contrôle clôturées a diminué, mais le montant porté à grief a quant à lui augmenté.

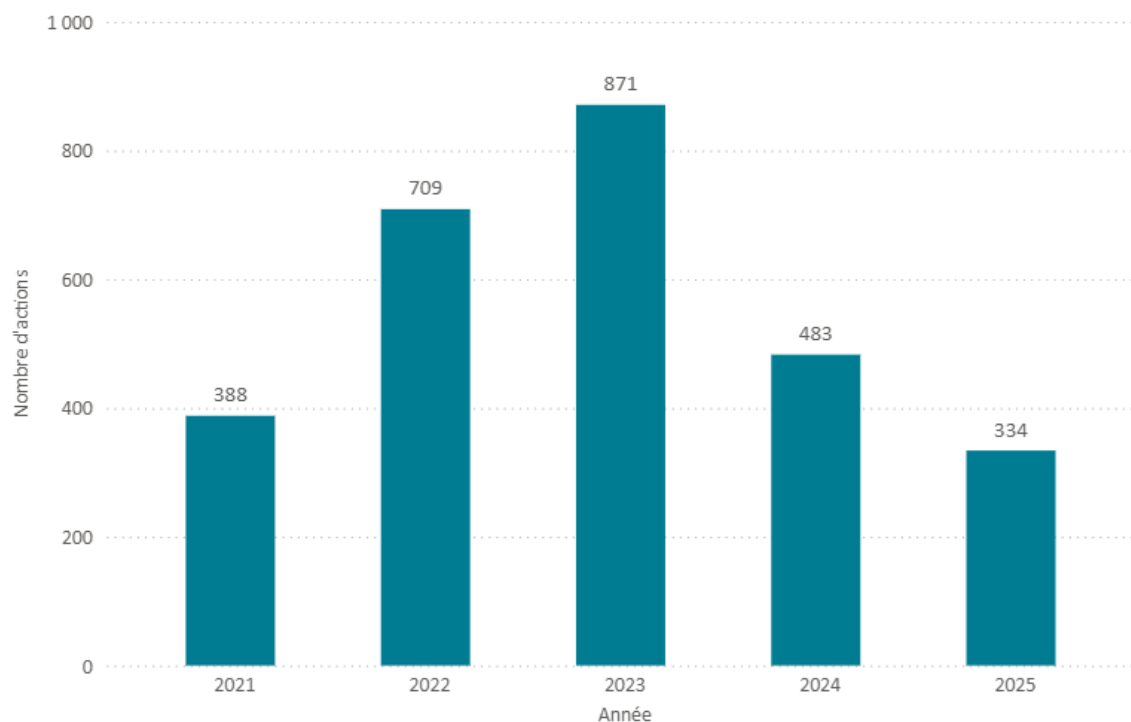


Illustration 4. Évolution du nombre d'actions de contrôle clôturées

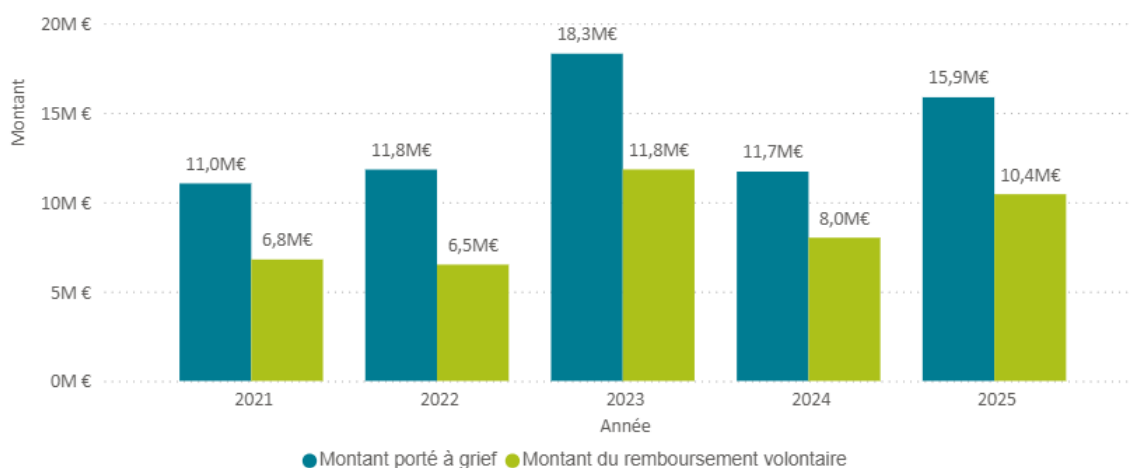


Illustration 5. Évolution des montants portés à grief et des remboursements volontaires

³ Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes.

4. Suivi des procédures contentieuses

a) Introduction des procédures contentieuses

Nous pouvons introduire une procédure contentieuse à l'encontre d'un dispensateur ou d'une institution de soins. Si un dispensateur de soins ne rembourse pas volontairement l'entièreté du montant porté à grief, une procédure sera d'office introduite. Celle-ci peut être introduite auprès du fonctionnaire dirigeant ou de la chambre de première instance. Les dispensateurs et institutions de soins peuvent introduire un recours auprès de la chambre de première instance contre la décision du fonctionnaire dirigeant ou auprès de la chambre de recours contre la décision de la chambre de première instance.

La procédure à suivre est déterminée par plusieurs critères, comme le montre l'illustration ci-dessous : le type d'infraction, le montant porté à grief et la valeur des prestations litigieuses. Nous entendons par « valeur des prestations litigieuses » le montant des prestations indûment facturées que le dispensateur de soins n'a pas encore remboursé au moment où la procédure est introduite.

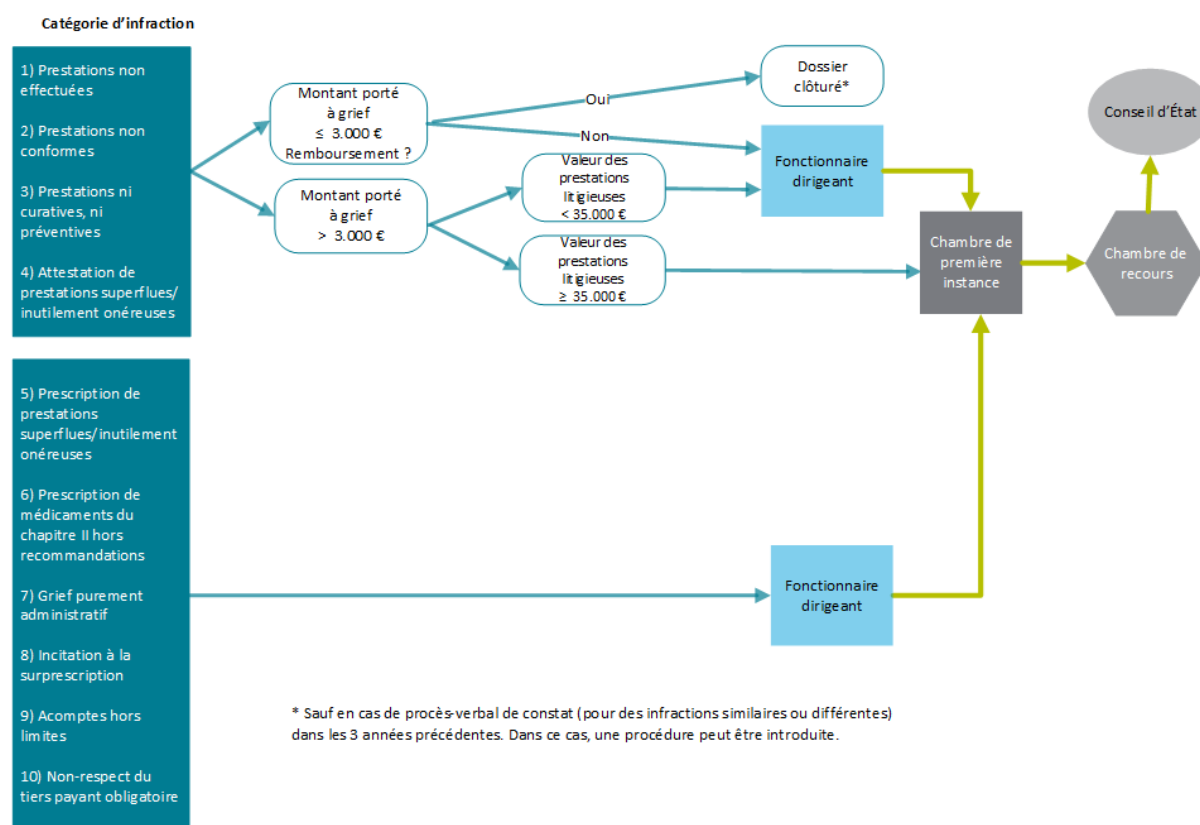


Illustration 6. Procédure suivie en fonction du type d'infraction, du montant porté à grief et de la valeur des prestations litigieuses

Si le montant porté à grief est inférieur ou égal à 3.000 euros et qu'il a été entièrement remboursé dans les 2 mois suivant le jour de la notification du procès-verbal de constat, nous n'introduisons pas de procédure contentieuse, et le dossier est clôturé. Cependant, si le dispensateur de soins avait déjà reçu un procès-verbal de constat (pour des infractions similaires ou différentes) dans les 3 années précédentes, une procédure peut être introduite.

b) Mesures imposées⁴

Lorsqu'une procédure contentieuse est introduite, le fonctionnaire dirigeant, la chambre de première instance et la chambre de recours peuvent imposer les mesures suivantes : le remboursement des montants indûment facturés à l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative correspondant à un pourcentage du montant indu, éventuellement assortie d'un sursis total ou partiel. Ces mesures peuvent être imposées pour la facturation de prestations :

- ✦ non effectuées ;
- ✦ non conformes ;
- ✦ ni curatives, ni préventives ;
- ✦ superflues ou inutilement onéreuses.

Une amende administrative peut aussi être imposée indépendamment de la valeur des prestations litigieuses, dans les cas suivants :

- ✦ prescription de prestations superflues ou inutilement onéreuses ;
- ✦ prescription de médicaments du chapitre II hors recommandations ;
- ✦ non-délivrance des documents réglementaires ou délivrance de documents irréguliers (non-respect des formalités administratives) ;
- ✦ incitation à la surconsommation ou à la surprescription ;
- ✦ acceptation d'acomptes en dehors des limites fixées par les conventions ou accords ;
- ✦ non-respect de l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant.

En outre, la chambre de première instance et la chambre de recours peuvent également prononcer une interdiction de facturer via le régime du tiers payant à l'égard d'un dispensateur de soins ayant fait un usage abusif de ce régime. Cette interdiction peut être imposée pour une durée de minimum 5 jours à maximum 2 ans. Il s'agit d'une mesure complémentaire au remboursement de l'indu et à l'amende administrative.

c) Exécution des mesures imposées

Lorsqu'une décision du fonctionnaire dirigeant, de la chambre de première instance ou de la chambre de recours est devenue définitive – c'est-à-dire lorsqu'elle n'est plus susceptible de recours –, nous disposons d'un titre exécutoire à l'encontre du dispensateur de soins condamné. Si ce dernier ne peut pas rembourser le montant dû en une fois et exécuter la décision prononcée, il peut demander un plan de paiement, établi selon un échéancier et des conditions arrêtés avec nous.

Si le dispensateur de soins ne rembourse pas les montants dus, nous disposons de 2 possibilités pour faire exécuter la décision.

Nous pouvons utiliser la compensation prévue à l'article 206*bis*, § 1^{er}, de la loi SSI⁵. Tout montant qui doit être payé par les organismes assureurs ou l'INAMI à un dispensateur de soins dans le cadre de la loi SSI peut être utilisé pour le remboursement des montants indûment perçus par ce dispensateur de soins ou pour le règlement de toute autre créance due à l'INAMI. Par exemple, un dispensateur de soins ayant encore une dette envers l'INAMI pourrait ne pas recevoir de prime télématique, car elle servirait au remboursement de cette dette.

⁴ Au moment de la rédaction du présent rapport, une modification législative est en préparation. Nous ne présentons ici que les mesures applicables en 2025.

⁵ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Nous pouvons également charger l'Administration générale de la perception et du recouvrement de la récupération des montants dus à l'INAMI. Il s'agit de la possibilité que nous utilisons le plus fréquemment.

d) Suivi des procédures contentieuses en 2025

Les tableaux ci-dessous présentent les décisions devenues définitives en 2025 et les données s'y rapportant, par type de dispensateur ou d'institution de soins.

Tableau 4. Décisions du fonctionnaire dirigeant devenues définitives en 2025, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ⁶ (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ⁷ (€)	Montant total à payer ⁸ (€)
Hôpital général	13	205.447,07	33.659,56	205.447,07	43.092,93	8.268,78	248.540,00
Pharmacie publique	1	190.582,21	190.582,21	190.582,21	95.291,10	190.582,21	285.873,31
Dentiste	4	102.793,70	68.532,92	68.532,95	28.081,18	21.895,89	96.614,13
Médecin	1	36.107,05	20.000,00	36.107,05	68.153,02	0,00	104.260,07
Kinésithérapeute	1	21.925,33	13.925,33	21.925,33	0,00	5.481,33	21.925,33
Technologue orthopédique	1	4.496,35	4.496,35	4.496,35	4.496,35	2.248,17	8.992,70
TOTAL	21	561.351,71	331.196,37	527.090,96	239.114,58	228.476,38	766.205,54

⁶ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

⁷ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

⁸ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

Tableau 5. Décisions de la chambre de première instance devenues définitives en 2025, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ⁹ (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ¹⁰ (€)	Montant total à payer ¹¹ (€)
(Groupement) infirmier	5	1.358.925,80	61.109,56	1.350.042,65	1.357.760,94	125.433,49	2.707.803,59
Médecin	4	465.509,18	61.363,58	432.852,12	161.001,54	273.146,49	593.853,66
Dentiste	2	377.547,81	180.000,00	268.713,46	0,00	13.435,67	268.713,46
Hôpital général	1	166.689,45	4.847,09	166.689,45	41.672,36	0,00	208.361,81
TOTAL	12	2.368.672,24	307.320,23	2.218.297,68	1.560.434,84	412.015,65	3.778.732,52

En 2025, la chambre de première instance a également prononcé une interdiction de facturer via le régime du tiers payant à l'égard d'un infirmier à domicile pour une durée de 2 ans.

⁹ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

¹⁰ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

¹¹ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

Tableau 6. Décisions de la chambre de première instance (en tant que juridiction d'appel) devenues définitives en 2025, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ¹² (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ¹³ (€)	Montant total à payer ¹⁴ (€)
Dentiste	3	123.268,89	110.123,53	123.268,89	75.797,03	47.471,85	199.065,92
Médecin	1	109.421,77	109.421,77	103.702,57	20.740,51	89.962,06	124.443,08
Infirmier	3	87.824,30	37.555,20	87.824,30	23.107,06	10.346,74	110.931,36
Kinésithérapeute	2	40.008,24	0,00	34.677,87	4.450,45	4.219,02	39.128,32
TOTAL	9	360.523,20	257.100,50	349.473,63	124.095,05	151.999,67	473.568,68

¹² Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

¹³ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

¹⁴ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

Tableau 7. Décisions de la chambre de recours devenues définitives en 2025, par type de dispensateur de soins

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé ¹⁵ (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis ¹⁶ (€)	Montant total à payer ¹⁷ (€)
Technologue orthopédique	1	991.518,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(Groupement) infirmier	6	338.043,71	2.832,03	318.095,19	117.715,26	71.579,63	435.810,45
Pharmacien	1	332.100,66	0,00	332.100,66	166.050,34	83.025,16	498.151,00
Kinésithérapeute	1	132.569,02	132.569,02	132.569,02	19.885,35	0,00	152.454,37
Médecin	1	53.414,50	53.414,50	53.414,50	25.657,31	26.707,24	79.071,81
TOTAL	10	1.847.646,49	188.815,55	836.179,37	329.308,26	181.312,03	1.165.487,63

En 2025, la chambre de recours a également confirmé l'interdiction de facturer via le régime du tiers payant prononcée par la chambre de première instance à l'égard d'un dentiste pour une durée de 2 ans.

¹⁵ Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

¹⁶ Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

¹⁷ Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

5. Lutte contre la fraude

Nous travaillons avec d'autres services de l'INAMI, les organismes assureurs et le Collège intermutualiste national (CIN) pour les actions de contrôle en matière de fraude dans le secteur des soins de santé et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude. Seule une petite partie de nos actions de contrôle portent sur la fraude telle qu'elle est définie ci-après.

a) Définition de la fraude

La Commission anti-fraude (CAFC) de l'INAMI a élaboré en 2017 des directives concernant la définition de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77sexies de la loi SSI¹⁸. Ces directives précisent la notion de « fraude » : elle implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers, au détriment de l'assurance soins de santé. De simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion. L'intention frauduleuse est donc un élément essentiel de la fraude.

Tant les dispensateurs et institutions de soins que les assurés peuvent frauder. Si des assurés falsifient par exemple des prescriptions de médicaments, nous pouvons porter un montant à grief. Le Service du contrôle administratif s'occupe du traitement ultérieur de ces dossiers.

Étant donné que des fraudeurs ont par définition l'intention de frauder, nous pouvons nous attendre, dans une plus large mesure, à une récurrence de leur part. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière proactive. Au terme d'une action de contrôle, nous évaluons donc s'il y a des indices clairs de facturation illégale intentionnelle et donc de fraude.

Pour concrétiser le suivi des fraudeurs, nous utilisons la [Waste Typology Matrix](#) du Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans le secteur des soins de santé (EHFCN) pour classer les infractions constatées en différentes catégories. Les dossiers dont la décision est « constat avec procédure contentieuse » ou « sans suite par le SECM » peuvent se voir attribuer l'un des codes suivants en cas de suspicion de fraude ou de corruption.

Tableau 8. Waste typology matrix pour fraude et corruption (EHFCN)

	Prestations non conformes	Prestations non effectuées	Surconsommation médicale (nombre de prestations)	Surconsommation financière (prestations inutilement coûteuses)
Fraude	F1	F2	F3	F4
Corruption (fraude avec implication d'une tierce partie)	C1	C2	C3	C4

La fraude dans le cadre des prestations non conformes (catégorie F1) peut par exemple consister à facturer fréquemment et intentionnellement un supplément d'honoraires pour des prestations effectuées la nuit alors qu'elles ont eu lieu le jour. Si ces prestations facturées ne sont délibérément pas effectuées, nous pouvons classer ces dossiers dans la catégorie F2.

¹⁸ Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) Types de fraude

Sur les 334 actions de contrôle clôturées en 2025, 47 étaient des dossiers concernant la fraude pour un montant total porté à grief de 4.343.878,65 euros. Le montant porté à grief dans ces dossiers pour des prestations non effectuées représente 56 % du montant total porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude.

Tableau 9. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2025, par type de fraude

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
F1 – fraude : non conforme	23	1.930.464,28	555.935,17
F2 – fraude : non effectué	22	2.413.414,37	654.533,71
C1 – corruption : non conforme	2	0,00	0,00
TOTAL	47	4.343.878,65	1.210.468,88

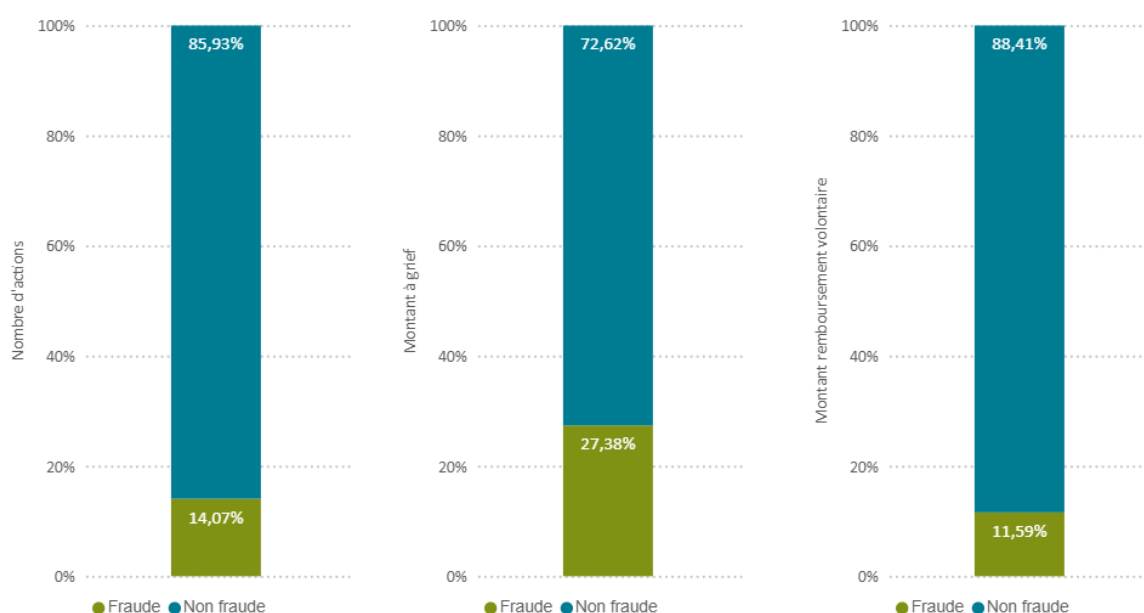


Illustration 7. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées en 2025

c) Concernés

La majorité de nos actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2025 concernaient des dispensateurs de soins individuels (43 actions sur 47, soit 91 %), pour un montant porté à grief de 4.343.878,65 euros (soit la totalité du montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude). 2 actions concernaient des maisons médicales et 2 autres des assurés.

La plus grande partie de nos actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins individuels clôturées en 2025 portaient sur des dentistes (40 %), surtout pour des prestations non conformes. En outre, 26 % des actions portaient sur des infirmiers et 23 % sur des médecins, principalement pour des prestations non effectuées. Ces dispensateurs de soins sont minoritaires au sein de leur groupe professionnel, mais facturent indûment des montants très élevés à l'assurance soins de santé, au détriment de l'accessibilité des soins.

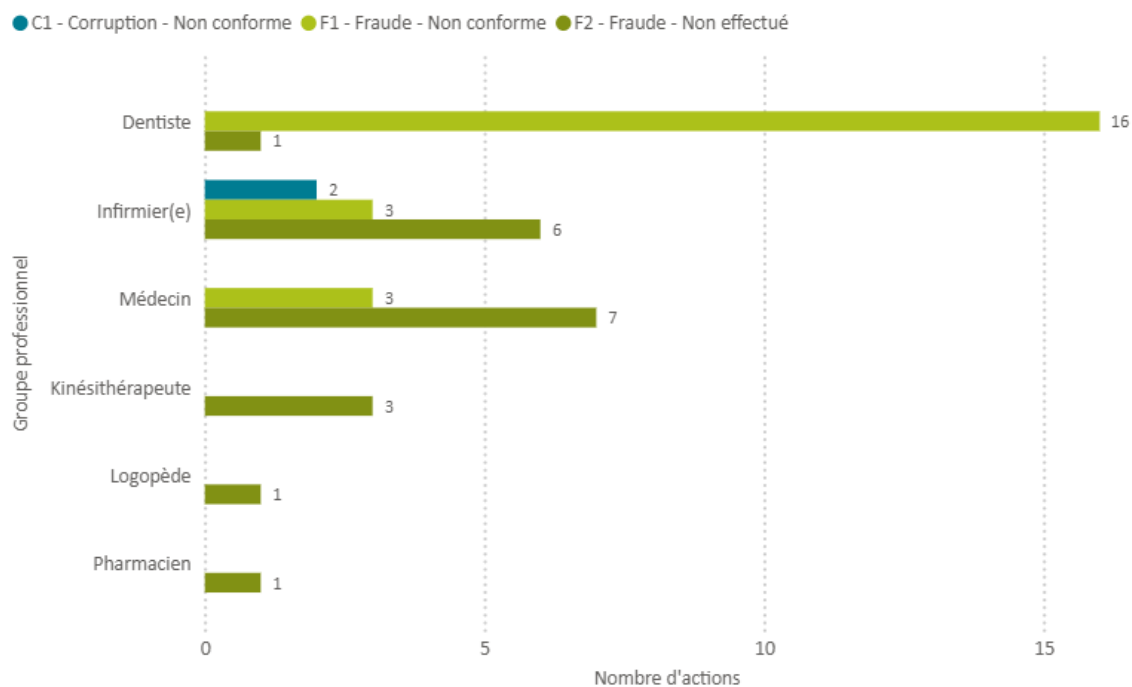


Illustration 8. Nombre d'actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2025, par groupe professionnel et par type de fraude

Le montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2025 s'élève à 1.586.443,66 euros pour les dentistes (soit 37 % du montant total des actions en matière de fraude relatives à des dispensateurs) et à 1.288.135,75 euros pour les médecins (soit 30 %).

Tableau 10. Actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2025, par type de fraude et par groupe professionnel

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
F1 – fraude : non conforme	22	1.930.464,28	555.935,17
Dentiste	16	1.360.809,40	297.440,82
Médecin	3	309.318,54	255.606,89
Infirmier	3	260.336,34	2.887,46
F2 – fraude : non effectué	19	2.413.414,37	654.533,71
Médecin	7	978.817,21	619.222,53
Infirmier	6	366.794,95	25.366,62
Kinésithérapeute	3	21.563,90	9.944,56
Pharmacien	1	721.437,28	0,00
Dentiste	1	225.634,26	0,00
Logopède	1	99.166,77	0,00
C1 – corruption : non conforme	2	0,00	0,00
Infirmier	2	0,00	0,00
TOTAL	43	4.343.878,65	1.210.468,88

d) Évolution 2021-2025¹⁹

En 2025, le nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées a diminué, mais le montant porté à grief a quant à lui légèrement augmenté.

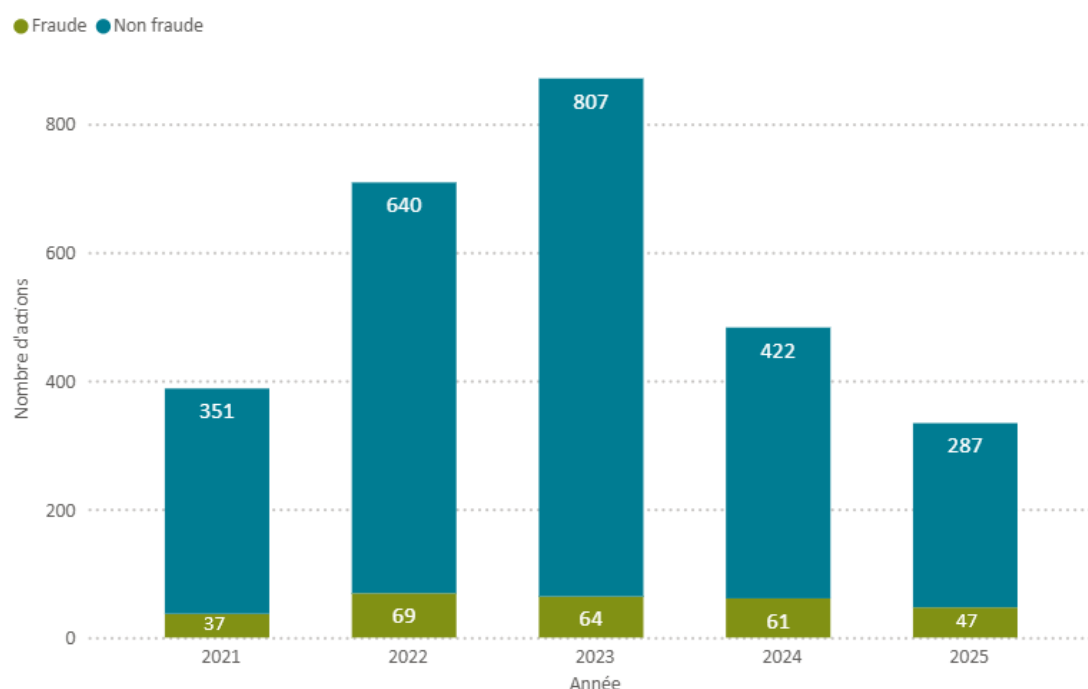


Illustration 9. Évolution du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées

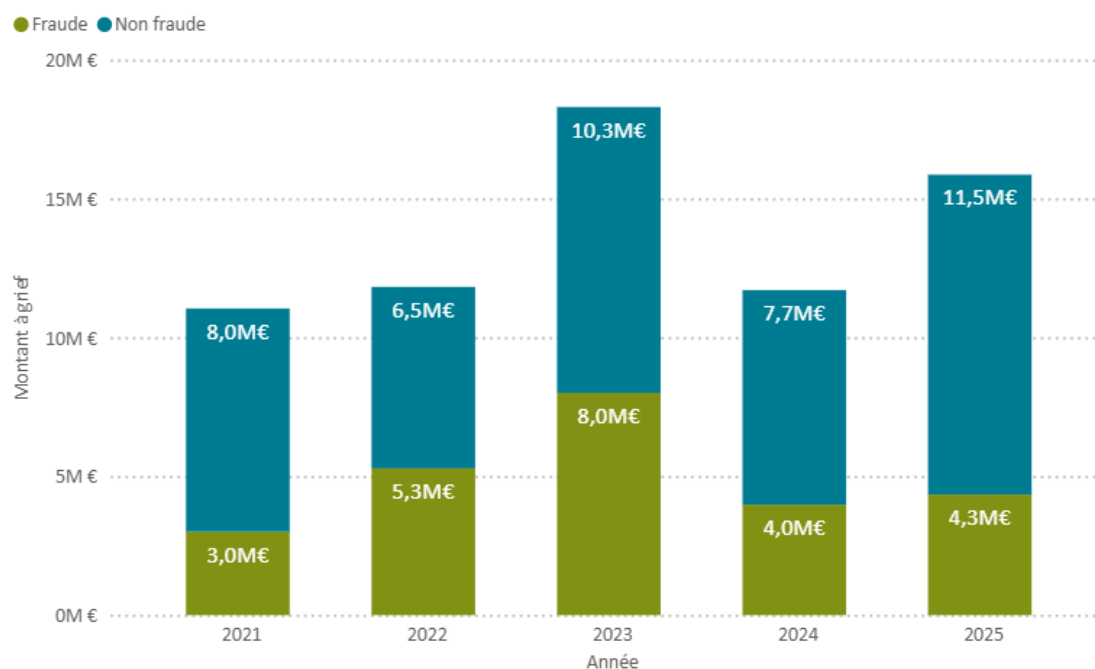


Illustration 10. Évolution du montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées

¹⁹ Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes et de modifications structurelles de notre outil de reporting.

e) Suspension du paiement via le régime du tiers payant

L'article 77*sexies* de la loi SSI permet de suspendre temporairement le paiement de prestations via le régime du tiers payant pour une période maximale de 12 mois, s'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins.

Il s'agit là d'une mesure supplémentaire qui permet de mettre un frein aux fraudeurs obstinés qui abusent du régime du tiers payant, pendant que le personnel d'inspection mène l'action de contrôle sur le fond et formule, le cas échéant, un grief formel.

Si la suspicion de fraude porte sur un groupement infirmier, l'article 77*sexies* est appliqué au numéro de tiers payant du groupement et au numéro INAMI du responsable du groupement (si celui-ci est un dispensateur de soins).

En 2025, le fonctionnaire dirigeant du SECM n'a pas suspendu de numéro de tiers payant.

IV. MISSIONS NATIONALES

Lors de nos missions nationales, nous utilisons une méthodologie uniforme, appliquée à l'ensemble d'un groupe déterminé de dispensateurs ou d'institutions de soins dans toute la Belgique. Nous évaluons simultanément le comportement de facturation et/ou de prescription de ce groupe. En fonction de notre analyse, nous déterminons l'action la plus indiquée : une sensibilisation de l'ensemble du groupe professionnel ou d'une sélection de dispensateurs de soins (*outliers* par exemple), une proposition d'adaptation de la nomenclature auprès de la commission concernée, ou encore une action de contrôle en vue de récupérer les montants indûment facturés. Il peut également s'agir de plusieurs de ces actions, simultanément ou successivement.

Vous trouverez ci-dessous le résumé des missions nationales clôturées et présentées en 2025 au Comité du SECM.

1. Facturation d'honoraires pour consultations et visites urgentes par les médecins généralistes

a) Origine et objectif

En 2021, nous avons mené une action de sensibilisation auprès des médecins généralistes concernant les honoraires d'urgence facturés en 2019. L'objectif était de les sensibiliser à la réglementation et à de possibles erreurs de facturation²⁰.

En 2024, nous avons évalué l'impact de cette action et les honoraires d'urgence facturés par les médecins généralistes en 2022. Parmi ceux ayant facturé le plus d'honoraires d'urgence en 2022, nous avons détecté 119 médecins généralistes qui n'avaient pas reçu de lettre de sensibilisation en 2021. Étant donné qu'ils n'avaient pas encore été sensibilisés et que notre action de 2021 avait eu un effet positif, nous avons mené une nouvelle action de sensibilisation pour ces médecins.

b) Méthodologie

Nous avons analysé le montant total des honoraires facturés pour les consultations et visites urgentes²¹ par les 12.130 médecins généralistes actifs pendant la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022. Nous avons tenu compte du fait que 6 des codes de nomenclature des honoraires précités pour les contacts urgents comprennent, outre le supplément d'urgence, les honoraires de la visite elle-même. Nous avons déduit ces honoraires de base des contacts concernés puisque nous voulions uniquement sensibiliser à la facturation des suppléments.

Sur la base de notre analyse, nous avons distingué 2 groupes :

- ✦ les médecins généralistes ayant facturé entre 10.000 et 20.000 euros d'honoraires d'urgence. Nous les avons informés par courrier de la réglementation et de leur comportement de facturation ;
- ✦ les médecins généralistes ayant facturé plus de 20.000 euros d'honoraires d'urgence. Nous leur avons également envoyé une lettre pour les informer de la réglementation et de leur comportement de facturation. Afin de comprendre leur comportement de facturation, nous leur avons en outre demandé de remplir un questionnaire.

²⁰ Voir *Rapport annuel du SECM. Activités en 2023*, p. 44.

²¹ Codes de nomenclature 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613 et 104635.

Nous avons exclu des 2 groupes les médecins généralistes dont les facturations d'honoraires pour consultations et visites urgentes avaient déjà fait l'objet d'une action de contrôle par le passé ou qui avaient déjà reçu une lettre de sensibilisation en 2021.

c) Résultats

En 2022, le médecin généraliste médian a facturé 980 euros d'honoraires d'urgence. 205 médecins généralistes ont facturé entre 10.000 et 253.747 euros d'honoraires d'urgence. Ils ne représentent ensemble que 1,6 % des médecins généralistes, mais ont facturé 19 % des honoraires d'urgence en 2022.

Sur les 151 médecins généralistes ayant facturé entre 10.000 et 20.000 euros d'honoraires d'urgence, nous en avons exclu 55, car nous les avons déjà contactés dans le cadre d'une action de contrôle ou de l'action de sensibilisation de 2021. Nous avons donc envoyé une lettre à 96 médecins généralistes.

54 médecins généralistes avaient facturé plus de 20.000 euros d'honoraires d'urgence en 2022. Nous en avons exclu 31, car nous les avons déjà contactés précédemment dans le cadre d'une action de contrôle ou de notre action de sensibilisation de 2021. Nous avons donc envoyé une lettre avec un questionnaire à 23 médecins généralistes.

La lettre informait les médecins généralistes de la réglementation et de leur comportement de facturation. Nous leur avons demandé de vérifier s'ils avaient correctement facturé les honoraires d'urgence, si des facturations incorrectes pouvaient être dues à une erreur de leur logiciel de facturation, et de corriger les facturations incorrectes en les remboursant directement aux organismes assureurs. Dans le questionnaire, que nous avons envoyé au second groupe avec la lettre, nous leur avons demandé des informations sur les collaborations, les horaires de travail, la répartition de leurs activités par jour et les habitudes administratives dans leur pratique, afin de comprendre leur comportement de facturation.

Nous avons reçu 13 réactions du premier groupe et 21 réponses du second groupe. Les explications concernant les facturations non conformes étaient les suivantes :

- ✦ des paramètres erronés des logiciels de facturation avaient souvent automatiquement généré à tort des majorations lors de la consultation d'un dossier médical à un certain moment ;
- ✦ la pénurie croissante de médecins généralistes amène beaucoup d'entre eux à travailler plus d'heures qu'auparavant ;
- ✦ un groupe de jeunes médecins généralistes venait de débiter sa pratique et n'avait donc pas encore de facturations lors de notre action de sensibilisation précédente. Cela signifie que nous devons répéter cette action à l'avenir pour suivre leur comportement de facturation.

2. Facturation de téléconsultations par les dentistes

a) Origine et objectif

À la suite d'une analyse des données de facturation, nous avons remarqué que 3 dentistes avaient facturé en 2022 un très grand nombre de téléconsultations²² : 5.719 prestations, soit 20 % de l'ensemble des téléconsultations facturées en 2022, pour un montant total de 114.380 euros, soit 20 % du budget consacré à cette prestation.

²² Pseudo-code de nomenclature 389012 : avis téléphonique avec renvoi éventuel d'un patient pour lequel une demande de soins a été signalée.

Nous avons décidé d'ouvrir une action de contrôle nationale pour ces 3 dentistes *outliers*, en contrôlant s'ils avaient respecté l'obligation de rédiger dans le dossier du patient un bref rapport du contact avec les éléments pertinents, lors de la facturation de téléconsultations du 15 mars 2021 au 26 septembre 2023.

b) Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation des 3 dentistes relatives au pseudo-code 389012 pendant la période du 15 mars 2021 au 26 septembre 2023. Nous avons contrôlé un échantillon aléatoire de 100 dossiers de patients par dentiste, que nous leur avons demandé de nous communiquer.

Pour établir le montant porté à grief, nous avons procédé à une extrapolation du pourcentage de prestations non conformes à l'ensemble des prestations facturées avec le pseudo-code 389012 par chaque dentiste. Nous leur avons envoyé un procès-verbal de constat accompagné d'une invitation au remboursement volontaire.

c) Résultats

Nous avons dressé un procès-verbal de constat aux 3 dentistes pour un montant total de 118.400,49 euros, pour prestations non conformes. 2 dentistes ont volontairement remboursé le montant porté à grief : 9.981,65 euros au total. Nous avons introduit une procédure contentieuse contre le dentiste n'ayant pas procédé au remboursement volontaire.

3. Dépassement des limites de valeurs P

a) Origine et objectif

Les valeurs P ont été introduites en concertation avec le groupe professionnel après que la Commission nationale dento-mutualiste et le SECM ont constaté qu'un groupe de dentistes facturait un nombre irréaliste de prestations. Les prestations dentaires de la nomenclature se sont vues attribuer un coefficient de pondération P en fonction de la charge de travail nécessaire pour les réaliser de manière qualitative.

L'arrêté royal du 2 juin 2015²³ fixe une limite au nombre total de valeurs P que les dentistes peuvent facturer :

- ✦ 5.000 valeurs P par mois,
- ✦ 13.000 valeurs P par trimestre,
- ✦ 46.000 valeurs P par année civile.

L'objectif de cette action de contrôle nationale était d'identifier les dentistes ayant dépassé les limites de valeurs P en 2022 et de récupérer les montants liés à ces dépassements en tant que prestations non conformes.

²³ Arrêté royal du 2 juin 2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

b) Méthodologie

Nous avons contrôlé les prestations dentaires réalisées du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Nous avons calculé les valeurs P sur la base d'un tableau de référence contenant pour chaque code de nomenclature la valeur P correspondante. Sur la base des données Doc P, nous avons sélectionné les dentistes présumés avoir dépassé en 2022 les limites de valeurs P légalement autorisées.

Ensuite, sur la base des données individuelles NewAttest, nous avons calculé pour chacun des dentistes sélectionnés :

- ✦ le nombre total de valeurs P en 2022 ;
- ✦ le montant payé par l'assurance soins de santé pour ce total de valeurs P ;
- ✦ le montant moyen d'une valeur P ;
- ✦ le nombre de valeurs P dépassant la limite mensuelle, trimestrielle et annuelle légalement autorisée ;
- ✦ le montant correspondant à ce total de valeurs P dépassant la limite mensuelle, trimestrielle et annuelle légalement autorisée.

Pour le grief, nous avons retenu la méthode de calcul par année, trimestre ou mois en fonction du dépassement : nous avons pris en compte la plus grande infraction.

c) Résultats

D'après notre première analyse, sur la base des données Doc P, nous avons supposé que 71 dentistes avaient dépassé une des limites de valeurs P (mois, trimestre ou année). Après notre seconde analyse, basée sur les données NewAttest, il s'est avéré que 65 dentistes avaient dépassé au moins une des limites de valeurs P en 2022, pour un montant total de 2.993.974,95 euros :

- ✦ 19 dentistes avaient pour plus grand dépassement celui de la limite mensuelle ;
- ✦ 23 dentistes avaient pour plus grand dépassement celui de la limite trimestrielle ;
- ✦ 23 dentistes avaient pour plus grand dépassement celui de la limite annuelle.

Nous avons clôturé 15 dossiers sans suite par le SECM, car :

- ✦ nous avons déjà initié précédemment une action de contrôle individuelle pour 14 dentistes ;
- ✦ un dentiste n'avait plus de numéro INAMI, ni d'adresse de contact en Belgique.

Nous avons aussi exclu 4 autres dossiers, car les dentistes faisaient déjà l'objet d'une action de contrôle individuelle concernant d'autres infractions.

18 dentistes ont reçu une lettre d'avertissement, car leur dépassement était inférieur au *cut-off* prédéterminé.

Nous avons envoyé un procès-verbal de constat à 28 dentistes pour un montant total porté à grief de 1.185.165,75 euros. 25 dentistes ont volontairement et totalement remboursé le montant porté à grief. Un dentiste a réalisé un remboursement partiel. Au total, un montant de 758.143,61 euros a été volontairement remboursé.

Nous avons introduit une procédure contentieuse contre 8 dentistes en raison de leur refus de remboursement (complet) et/ou d'une infraction antérieure pour des faits similaires.

2 dossiers ont été traités en collaboration avec l'auditorat du travail.

4. Dépassement des limites de valeurs W

a) Origine et objectif

Les valeurs W ont été introduites en concertation avec le secteur des infirmiers à domicile et les organismes assureurs pour limiter les potentiels abus de facturation. Chaque code de l'article 8 de la nomenclature s'est vu appliquer un coefficient de pondération W. Celui-ci a été déterminé en fonction du temps et de la charge de travail nécessaires pour effectuer un soin qualitatif.

L'arrêté royal du 29 septembre 2019²⁴ fixait une limite au nombre total de valeurs W que les infirmiers pouvaient facturer par an, en fonction de leur statut :

- ✦ salarié : maximum 22.000 valeurs W ;
- ✦ indépendant (principal ou complémentaire) : maximum 40.000 valeurs W.

L'objectif de cette mission nationale était d'évaluer l'évolution du dépassement des limites de valeurs W depuis l'envoi d'un courrier de sensibilisation à ce sujet en 2021 et de contrôler si les infirmiers à domicile avaient respecté les limites de valeurs W en 2023.

b) Méthodologie

Nous avons contrôlé les prestations de soins infirmiers dispensées du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023. Les prestations comptabilisées dans le nombre annuel de valeurs W d'un infirmier étaient uniquement celles qu'il avait réalisées lui-même. Une prestation facturée au nom d'un infirmier X, mais réalisée par un infirmier Y, a donc été comptabilisée dans le nombre annuel de valeurs W de l'infirmier Y.

Nous avons calculé les valeurs W à l'aide d'un tableau de référence contenant pour chaque code de nomenclature la valeur W correspondante. Sur la base des données Doc P, nous avons sélectionné les infirmiers présumés avoir dépassé en 2023 les limites de valeurs W légalement autorisées.

Ensuite, sur la base des données individuelles NewAttest, nous avons calculé pour chacun des infirmiers sélectionnés :

- ✦ le nombre total de valeurs W en 2023 ;
- ✦ le montant payé par l'assurance soins de santé pour ce total de valeurs W ;
- ✦ le montant moyen d'une valeur W, propre à chaque infirmier en fonction de sa pratique ;
- ✦ le nombre de valeurs W dépassant la limite légalement autorisée selon le statut de l'infirmier ;
- ✦ le montant correspondant à ce total de valeurs W dépassant la limite légalement autorisée selon le statut de l'infirmier.

Nous avons envoyé en 2025 un courrier d'avertissement aux infirmiers ayant dépassé la limite légalement autorisée de valeurs W. Nous les avons informés du nombre de valeurs W qu'ils avaient facturées en 2023 et, par conséquent, du nombre de valeurs W dépassant la limite légalement autorisée, ainsi que du montant correspondant à ce dépassement. Nous leur avons rappelé la réglementation et demandé de veiller à la respecter dorénavant.

²⁴ Arrêté royal du 29 septembre 2019 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cet arrêté royal était en vigueur pendant la période contrôlée (2023).

Nous nous sommes référés dans ces courriers d'avertissement à l'arrêté royal du 29 septembre 2019, et non à celui du 14 avril 2024²⁵ (qui introduisait à nouveau les valeurs W à partir du 1^{er} janvier 2025), car notre mission concernait les facturations de 2023 et l'arrêté royal était encore en vigueur quand nous avons envoyé ces courriers.

Le 27 mai 2025, après l'envoi des courriers d'avertissement, le Conseil d'État a annulé l'arrêté royal du 29 septembre 2019. Par conséquent, les courriers n'avaient plus de valeur d'avertissement, mais seulement de sensibilisation.

c) Résultats

L'analyse des données de facturation a démontré que 706 infirmiers avaient dépassé en 2023 la limite de valeurs W pouvant être légalement facturées, pour un montant total de 27.168.492 euros. Il s'agit d'une augmentation de 52,81 % du nombre d'infirmiers par rapport à 2020 et de 33,71 % du montant du dépassement²⁶.

Après exclusion de 73 infirmiers pour lesquels une action de contrôle était déjà en cours, nous avons envoyé un courrier d'avertissement (devenu de sensibilisation) à 633 infirmiers. 188 d'entre eux avaient déjà reçu un courrier de sensibilisation lors de notre action précédente en 2021, portant sur le dépassement des limites de valeurs W en 2020.

5. Facturation de forfaits PET

a) Origine et objectif

Dans le cadre d'un examen PET²⁷, le médecin nucléaire peut facturer un forfait pour le radio-isotope (traceur) en plus des honoraires²⁸. Ce forfait²⁹ s'élevait à 170,27 euros le 1^{er} mai 2024. Le nombre de forfaits remboursés est plafonné à 3.400 par an pour les hôpitaux généraux et à 4.600 par an pour les hôpitaux universitaires. Ce remboursement limité vise à lutter contre la surconsommation, comme le prévoit le protocole d'accord³⁰.

Le point de départ de cette action de contrôle nationale était une action nationale précédente au cours de laquelle nous avions contrôlé si les centres PET agréés avaient respecté le quota imposé de forfaits PET remboursés pendant la période de 2019 à 2021³¹. Dans le cadre de cette nouvelle action de contrôle, nous avons vérifié si les centres PET avaient respecté le quota imposé de forfaits PET remboursés en 2022 et 2023.

²⁵ Arrêté royal du 14 avril 2024 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

²⁶ Lors de notre action de sensibilisation de 2021, portant sur le dépassement des limites de valeurs W en 2020, nous avons constaté que 462 infirmiers avaient dépassé la limite de valeurs W pouvant légalement être facturées, pour un montant total de 20.318.630 euros.

²⁷ PET : tomographie par émission de positons.

²⁸ Prévus à l'article 18, § 2, de la nomenclature.

²⁹ Pseudo-code de nomenclature 747913-747924.

³⁰ Protocole d'accord du 24 février 2014 relatif à l'imagerie médicale.

³¹ Voir *Rapport annuel du SECM. Activités en 2023*, p. 48.

b) Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023. Nous avons calculé le nombre de forfaits par centre PET par an et l'avons comparé au quota auquel le centre avait droit. Le dépassement et le montant indu en découlant ont ensuite été calculés.

Nous avons ouvert un dossier de contrôle pour les centres qui avaient dépassé leur quota de forfaits PET. Nous avons dressé un procès-verbal de constat, accompagné d'une invitation au remboursement volontaire.

c) Résultats

8 des 24 centres PET agréés ont dépassé leur quota en 2022 et/ou 2023. Le dépassement au cours de ces 2 années ensemble va de 151 à 5.539 forfaits par centre. Le montant des facturations indues correspondantes varie entre 22.490,56 euros et 926.892,20 euros.

Le montant total porté à grief pour l'ensemble des 8 centres s'élève à 1.936.282,65 euros. Tous les centres PET ont volontairement remboursé les forfaits portés à grief.

Nous avons tout de même introduit une procédure contentieuse contre 4 centres PET, car leur comportement de facturation n'avait pas évolué favorablement depuis l'action de contrôle nationale précédente.

6. Facturation de valves endobronchiques unidirectionnelles par des institutions de soins non agréées

a) Origine et objectif

L'INAMI prévoit 2 codes de prestation pour la facturation des valves endobronchiques et du matériel correspondant : 180773-180784 et 180795-180806³². Seules les institutions de soins agréées à cette fin peuvent facturer ces prestations de matériel.

Nous avons vérifié si seules les institutions de soins agréées à cette fin avaient facturé ces prestations.

b) Méthodologie

Nous avons tout d'abord mené une analyse exploratoire des prestations de matériel facturées du 1^{er} juin 2020 au 31 mars 2023, sur la base des données NewAttest. Nous avons remarqué qu'un hôpital, qui avait été retiré de la liste des institutions de soins agréées depuis le 17 février 2022, avait continué à facturer le matériel après cette date.

Nous avons ensuite demandé à l'Agence intermutualiste (AIM) les données nominatives des 2 prestations de matériel de cet hôpital pour la période du 17 février 2022 au 28 février 2024 et les avons analysées.

³² Arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

c) Résultats

Nous avons constaté qu'un hôpital avait facturé à tort les codes de prestation 180773-180784 et 180795-180806 alors qu'il ne figurait plus sur la liste des institutions de soins agréées à cette fin. Nous avons dressé un procès-verbal de constat pour un montant total de 72.180 euros.

L'hôpital a volontairement remboursé les montants facturés à tort. Nous n'avons pas introduit de procédure contentieuse.

7. Facturation d'examens duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens par des connexistes non-urologues

a) Origine et objectif

Lors d'une action de contrôle nationale précédente, nous avons contrôlé la facturation des examens duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens³³ par les urologues. Il en est ressorti qu'aucun des urologues contrôlés n'avait facturé cette prestation de manière conforme. Il y avait clairement du surcodage³⁴.

Nous avons donc décidé de mener une action de contrôle nationale similaire auprès des autres dispensateurs de soins autorisés à facturer cette prestation, c'est-à-dire auprès des « connexistes non-urologues ». Il s'agit principalement de chirurgiens vasculaires, d'internistes et de cardiologues. Nous avons contrôlé leurs facturations de 2022 et 2023.

b) Méthodologie

Étant donné que l'examen duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens est repris dans la catégorie des échographies cardiovasculaires dans la nomenclature, celle-ci prévoit :

- ✦ une image échographique bidimensionnelle ;
- ✦ et un tracé doppler, avec analyse de fréquence des signaux, documenté par un protocole écrit et un support iconographique.

Nous avons sélectionné les connexistes non-urologues individuels et les hôpitaux sur la base de leurs facturations du code de nomenclature 469755-469766 pour un montant annuel supérieur à un *cut-off* prédéterminé. Pour chacun d'eux, nous avons contrôlé un échantillon aléatoire de 100 prestations facturées avec le code de nomenclature 469755-469766 du 3 janvier 2022 au 31 décembre 2023. Nous avons analysé les images échographiques et les protocoles d'examen.

Pour calculer le montant porté à grief, nous avons extrapolé les résultats de l'analyse de l'échantillon aléatoire à toutes leurs facturations du 3 janvier 2022 au 31 décembre 2023. Si les connexistes non-urologues ou les hôpitaux disposaient d'une image échographique, nous appliquons la règle différentielle³⁵ lorsque c'était possible.

³³ Code de nomenclature 469755-469766.

³⁴ Voir *Rapport annuel du SECM. Activités en 2024*, p. 40.

³⁵ Nous avons calculé la différence entre le montant de l'examen duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens et le montant de l'échographie qui aurait dû être facturée. La différence facturée en trop a été portée à grief.

c) Résultats

Nous avons sélectionné 9 connexistes non-urologues individuels et 11 hôpitaux, où travaillaient 32 chirurgiens vasculaires, sur la base des facturations des examens duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens pour un montant annuel supérieur au *cut-off* prédéterminé.

L'analyse des images échographiques et des protocoles d'examen nous a permis de constater des non-conformités chez 8 des 9 connexistes non-urologues individuels sélectionnés et dans les 11 hôpitaux. Des examens duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens avaient été facturés au lieu d'échographies cardiovasculaires moins coûteuses ou d'autres échographies non liées au suivi de la grossesse. Il s'agissait clairement de surcodage.

Nous avons clôturé l'action de contrôle comme négative pour un dispensateur de soins individuel, car nous n'avons pas constaté d'infraction. Nous avons envoyé une lettre d'avertissement à un connexiste non-urologue.

Nous avons dressé un procès-verbal de constat pour 7 connexistes non-urologues individuels et pour les 11 hôpitaux, pour un montant total de 1.178.312,81 euros.

Les 11 hôpitaux et 5 des 7 connexistes non-urologues ont immédiatement remboursé volontairement un montant total de 1.016.848,8 euros. Nous avons introduit une procédure contentieuse contre un connexiste non-urologue qui a refusé le remboursement. Nous avons retiré le dossier d'un autre connexiste non-urologue de l'action de contrôle nationale et l'avons traité séparément dans une action de contrôle individuelle.

d) Propositions

La description du code de nomenclature 469755-469766 ne semble pas claire pour tous les dispensateurs de soins. Il serait opportun de le définir plus clairement dans la nomenclature.

8. Facturation de consultations oncologiques multidisciplinaires dans le cadre d'affections non oncologiques du système nerveux central

a) Origine et objectif

Les consultations oncologiques multidisciplinaires³⁶ (COM) ne peuvent être facturées que dans le cadre d'une discussion relative à une affection oncologique (maligne).

Étant donné que les dépenses de l'assurance soins de santé pour ces prestations³⁷ avaient fortement augmenté, nous avons vérifié dans quelle mesure les médecins avaient facturé à tort des COM pour des affections non oncologiques du système nerveux central entre le 1^{er} juin 2021 et le 16 avril 2024.

³⁶ Codes de nomenclature 350372-350383, 350394-350405, 350276-350280, 350254-350265, 350475-350486.

³⁷ En 2020, les dépenses conjointes pour la COM s'élevaient à 28.745 190 euros. En 2023, ce montant avait déjà augmenté jusqu'à 35.924 730 euros.

b) Méthodologie

Nous avons tout d'abord demandé les données suivantes aux organismes assureurs, pour tous les patients pour lesquels une première COM avait été facturée en 2021, 2022 ou 2023 et qui présentaient une lésion bénigne ou borderline du système nerveux central :

- ✦ le numéro NISS ;
- ✦ l'emplacement de la lésion ;
- ✦ la nature de la lésion ;
- ✦ le comportement de la lésion (0 = bénigne, 1 = borderline).

Nous avons ensuite analysé les données NewAttest de tous les patients enregistrés auprès des organismes assureurs comme ayant une affection non oncologique du système nerveux central et au nom desquels au moins un code de nomenclature pour une COM avait été facturé. Nous avons analysé les données de facturation de tous les hôpitaux pour la période du 1^{er} juin 2021 au 16 avril 2024.

Nous avons sélectionné les hôpitaux dont le montant de facturations potentiellement indues dépassait le *cut-off* prédéterminé et leur avons demandé les rapports de COM concernant les patients susceptibles de présenter une affection maligne. Nous avons exclu de l'analyse les facturations de COM pour une pathologie maligne.

Sur la base de cette analyse, nous avons envoyé un procès-verbal de constat accompagné d'une invitation au remboursement volontaire.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment décidé de ne plus considérer les tumeurs hypophysaires comme borderline, mais comme malignes. Certains hôpitaux nous ont fourni une liste de patients atteints d'adénome hypophysaire. Nous avons donc retiré les facturations des patients atteints d'adénome hypophysaire de tous nos procès-verbaux de constat.

c) Résultats

Sur la base de notre analyse de données, nous avons présumé que 28 hôpitaux avaient dépassé le *cut-off* prédéterminé pour le montant de facturations potentiellement indues. 248 patients étaient susceptibles de présenter une affection maligne. Après l'analyse des rapports de COM, les facturations indues de 3 hôpitaux tombaient sous le *cut-off*.

Nous avons donc envoyé un procès-verbal de constat à 25 hôpitaux. Après rectification (des facturations relatives aux patients atteints d'adénome hypophysaire), nous avons porté à grief 14.448 prestations pour un montant total de 506.355,43 euros. 5 hôpitaux ont remboursé volontairement un total de 80.355,23 euros.

Nous avons introduit une procédure contentieuse contre les 20 autres hôpitaux qui avaient refusé le remboursement volontaire.

d) Propositions

La facturation des COM doit encore faire l'objet de discussions au Conseil technique médical, pour plusieurs raisons :

- ✦ tant que la nomenclature actuelle sera d'application, un contrôle primaire strict par tous les organismes assureurs restera crucial pour limiter les dépenses en matière de COM ;

- ✦ dans le cadre de la réforme de la nomenclature, il est important de développer des réglementations sans ambiguïté avec des règles claires pour la discussion multidisciplinaire des tumeurs malignes ;
- ✦ compte tenu du contexte budgétaire actuel, une discussion approfondie sur le remboursement éventuel des moments de consultation pour les affections non malignes devient inévitable.

9. Facturation de l'imagerie médicale lourde par les hôpitaux

a) Origine et objectif

Depuis le 3 février 2016, les hôpitaux sont légalement tenus d'enregistrer correctement les appareils d'imagerie médicale lourds (tels que les CT, PET, PET-CT, PET-RMN, SPECT-CT et RMN) dans le cadastre. Ils doivent aussi mentionner le bon numéro de facturation lors de la facturation des examens d'imagerie médicale afin d'éviter les abus et les facturations erronées. En 2022, une analyse de risques a révélé que plusieurs hôpitaux ne respectaient pas toujours ces règles, ce qui entraînait des facturations indues à l'assurance soins de santé.

Dans cette mission d'évaluation nationale, nous avons examiné dans quelle mesure les hôpitaux avaient facturé des examens d'imagerie médicale lourde avec des appareils qui n'avaient pas été correctement enregistrés. Sur la base des résultats de l'analyse, nous avons demandé aux organismes assureurs, dans le cadre de notre surveillance de leur contrôle primaire, de régulariser les facturations indues d'examen d'imagerie médicale par les hôpitaux. Enfin, nous souhaitons également sensibiliser les hôpitaux à leurs obligations légales.

b) Méthodologie

Nous avons analysé les données de facturation du 1^{er} octobre 2020 au 28 février 2023 de tous les hôpitaux effectuant des examens d'imagerie médicale lourde. Notre évaluation a concerné les appareils suivants : CT, PET, PET-CT, SPECT-CT.

Nous avons distingué 3 types d'erreurs dans le cadre de la facturation de l'imagerie médicale lourde :

- ✦ le numéro de l'appareil n'était pas inscrit dans le registre officiel ;
- ✦ la facturation avait été réalisée avant que l'appareil ne soit officiellement enregistré ;
- ✦ la facturation avait été réalisée après que l'appareil ait été officiellement mis hors service.

Nous avons sélectionné les hôpitaux qui avaient facturé des prestations hors de la période de validité de l'appareil et dépassé le *cut-off* prédéterminé. Nous avons demandé à ces hôpitaux des informations supplémentaires sur leurs facturations indues. Nous avons ensuite établi une liste par organisme assureur du nombre de prestations facturées indûment et du montant correspondant.

Nous avons demandé par circulaire aux organismes assureurs de régulariser les facturations indues du 1^{er} février 2022 au 28 février 2023 (c'est-à-dire de récupérer les montants indus auprès des hôpitaux).

Nous avons également envoyé une lettre de sensibilisation à tous les hôpitaux pour leur rappeler leurs obligations légales concernant l'enregistrement et la facturation des examens d'imagerie médicale lourde.

c) Résultats

La plupart des erreurs étaient dues à un enregistrement incorrect ou tardif des appareils. Dans d'autres cas, il s'agissait de l'utilisation d'appareils dont le numéro n'était pas (ou plus) valide.

L'assurance soins de santé a récupéré un montant total de 1.718.707 euros avec les régularisations des organismes assureurs et les remboursements spontanés des hôpitaux après la circulaire.

10. Facturations aberrantes de prestations pharmaceutiques en milieu hospitalier

a) Origine et objectif

La facturation des prestations pharmaceutiques hospitalières repose encore partiellement sur des encodages manuels, susceptibles de générer des erreurs à différentes étapes du processus, de la prescription au remboursement par les organismes assureurs. Malgré les contrôles internes des hôpitaux et le contrôle primaire exercé par les organismes assureurs, certaines erreurs persistent et peuvent conduire au remboursement de prestations non effectuées.

C'est pourquoi nous avons à nouveau mené une action de contrôle nationale afin d'identifier les erreurs d'encodage résiduelles concernant l'ensemble des prestations pharmaceutiques remboursables, à l'exception des implants, et de récupérer les montants indûment facturés pendant la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2024, tant pour les patients hospitalisés qu'ambulants. Pour ce faire, nous avons recherché les facturations « aberrantes » (valeurs extrêmes), caractérisées par des quantités ou des montants s'écartant significativement des moyennes nationales ou par des répétitions systématiques d'une même prestation.

b) Méthodologie

Nous avons utilisé les bases de données pseudonymisées ADH³⁸, SHA³⁹ et les documents PH relatifs à la facturation des médicaments. Pour chaque prestation identifiée par son code CNK⁴⁰, les quantités et montants facturés pendant la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2024 ont été comparés aux moyennes nationales. Les seuils retenus pour analyse complémentaire concernaient les 2 % de valeurs les plus extrêmes et un montant total supérieur à 10.000 euros par hôpital.

Afin de tenir compte d'éventuelles corrections postérieures à la transmission initiale des données, nous avons également analysé les données NewAttest. Les hôpitaux concernés ont ensuite été contactés pour confirmer le caractère erroné des facturations. Les montants indûment facturés ont été portés à grief dans des procès-verbaux de constat, accompagnés d'une invitation au remboursement volontaire.

c) Résultats

L'analyse a permis d'identifier des facturations aberrantes de spécialités pharmaceutiques dans 9 hôpitaux. Parmi ceux-ci, 4 avaient déjà procédé à des corrections, soit dans le cadre de leur contrôle interne, soit à la suite du contrôle primaire des organismes assureurs. Ces corrections ont été

³⁸ ADH : hospitalisations de jour anonymisées.

³⁹ SHA : séjours hospitaliers anonymisés (hospitalisations classiques).

⁴⁰ Code CNK : pseudo-code de la nomenclature.

confirmées par les données NewAttest et les notes de crédit transmises. Aucune suite n'a donc été donnée pour ces hôpitaux.

En revanche, des erreurs de facturation persistantes ont été confirmées dans 5 hôpitaux. Nous avons porté à grief un montant total de 80.765,62 euros pour des prestations pharmaceutiques non effectuées, représentant 10.008 unités indûment facturées. Les erreurs concernaient principalement des écarts importants entre le nombre d'unités réellement administrées et celles encodées, souvent liés à des confusions d'unité ou à des erreurs de saisie.

Les 5 hôpitaux ont volontairement remboursé le montant porté à grief, sans qu'il soit nécessaire d'engager une procédure contentieuse.

Le montant total porté à grief est inférieur à celui de nos actions de contrôle nationales similaires précédentes. Cette évolution s'explique à la fois par le périmètre ciblé de cette action, limitée aux spécialités pharmaceutiques, et par une amélioration des contrôles internes au sein des hôpitaux. Une part croissante des erreurs est en effet corrigée en amont, avant nos actions de contrôle nationales.

PLUS D'INFORMATIONS ?

Avez-vous des questions à propos de cette publication ?

Contactez-nous : com.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be