

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 21 MARS 2017
BRS/F/17-008-art.77**

Concerne : **Monsieur A.**
Kinésithérapeute

EXPOSE DES FAITS

1. Données Soins de Santé

Nom de la personne : **Monsieur A.**

2. Données RN + BCE

NRN du prestataire : ...

NE (BCE) : ...

3. Antécédents liés aux dossiers

Juridique :

Monsieur A. a déjà fait l'objet de plusieurs enquêtes :

Dans le cadre d'une première enquête, il a été constaté que Monsieur A. attestait des prestations de kinésithérapie sur la base de fausses prescriptions (E/... – PVC du 29/08/2003, 01/12/2003 et 18/03/2005).

La chambre de Recours, juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI, a condamné Monsieur A. à rembourser l'indu au titre des prestations non conformes (121.333,79 €) et à payer une amende administrative de 100% du montant des prestations indûment attestées (dont 90% avec sursis de 3 ans et 10% effective, soit une amende effective de 12.133,379 €) (*pièce n°6*). Il n'a, à ce jour, remboursé que 3.467,17 € (dont 467,17 € obtenus par les domaines).

Dans le cadre d'une deuxième enquête (E/...), un procès-verbal de constat du 22/05/2008 a été notifié à Monsieur A. en raison de prestations non conformes pour un montant indu de 46.659,52 euros. Le dossier a été transmis au parquet de ... le ... : qui a classé sans suite le Monsieur A. n'a pas remboursé l'indu relatif à ce dossier.

Dans le cadre de la troisième enquête (E/...), Monsieur A. s'est vu notifier deux procès verbaux de constat des 20 mars 2014 et 16 novembre 2015 pour avoir attesté, d'une part, des prestations de kinésithérapie qui ne répondaient pas aux dispositions de la nomenclature, à savoir le dépassement du nombre maximum de prestations par jour, pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute était exigée (indu de 9.169,02 €), et d'autre part, des prestations de kinésithérapie qui ne répondaient pas aux dispositions de la nomenclature, à savoir le dépassement du nombre maximum de prestations par jour (indu différentiel d'un montant de 5.654,80 €). Par décision du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux du 04/08/16, Monsieur A. a été condamné à rembourser l'indu (14.823,82 €) et à payer une amende administrative effective de 150% du montant des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé, soit 22.235,73 € (*pièce n°5*). Il n'a, à ce jour, rien remboursé.

Profils (*pièce n°1*)

En 2015, Monsieur A. a facturé pour 94.135,42 EUR dont 88,39% en tiers-payant.

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

Monsieur A. a fait l'objet de plusieurs enquêtes de la part du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ayant donné lieu à des procès-verbaux d'infraction à la législation ASSI et sa réglementation. Les deux premiers dossiers avaient révélé que Monsieur A. attestait des prestations sur base de fausses prescriptions.

Les différentes condamnations dont il a fait l'objet n'ont donné lieu qu'à un remboursement minime de sa part.

Le courrier de ... du ... adressé à Monsieur A. montre que ce dernier a facturé à l'assurance soins de santé 104 prestations au nom de Monsieur B., alors que ce dernier a indiqué à son organisme assureur n'avoir été qu'à 7 séances de kinésithérapie.

Or, une grande proportion des prestations de Monsieur A. est actuellement facturée en tiers-payant (en 2015 : 88,39%) et son profil est assez important.

Tous ces éléments constituent des indices graves, précis et concordants de fraude permettant d'envisager la suspension des paiements du numéro de tiers payant de Monsieur A.

1 DISCUSSION

Le 27/02/2017, le SECM a reçu les moyens de défense de Monsieur A.

Ce dernier indique :

- « En 2016, j'ai effectivement effectué quelques prestations pour Monsieur B.;
- J'ai soigné une autre famille C, Monsieur D., avec ses deux fils, qui sont tous les trois beaucoup venus en 2016.
- Sans doute, mes prestations ont elles été erronément enregistrées au nom de Monsieur B., alors qu'elles auraient dû être enregistrées au nom de Monsieur D. et de ses deux fils ».

Il en conclut qu'il n'y a pas d'indices graves, précis et concordants de fraude dans son chef.

Si les faits étaient aussi simples que ce que Monsieur A. le prétend, il est permis de s'étonner et de s'interroger sur les raisons de son absence de réponse au courrier de En outre, en 2016, pour Monsieur B., Monsieur A. a introduit au remboursement auprès de l'organisme assureur six attestations de soins.

Toutes ces attestations de soins ont été manifestement écrites par la même personne.

Les prescriptions médicales du Dr E. accompagnant les attestations de soins ont toutes été établies au nom de Monsieur B., et non au nom d'une autre personne. Il ne peut donc pas s'agir de soins qui auraient été effectués par Monsieur A. au profit de Monsieur D. ou de son fils F.

Les séances de kinésithérapie dont Monsieur B. a indiqué avoir bénéficié en 2016 de la part de Monsieur A. (sept séances en août et septembre 2016) figurent sur deux attestations de soins différentes et sont mêlées avec des prestations non effectuées. Sur une de ces deux attestations de soins, a été collée une vignette au nom de Monsieur B. Sur l'autre attestation de soins, le volet relatif à l'assuré a été rempli à la main, de sorte qu'il est manifeste que les soins ont été sciemment attestés au nom de Monsieur B.

Tous ces éléments factuels et précis recueillis auprès de ... ne permettent donc pas de confirmer la position de Monsieur A. dans ses moyens de défense.

Par ailleurs, en donnant une explication qui ne correspond pas à la réalité, Monsieur A. n'a, à tout le moins, pas fait preuve de sérieux et de professionnalisme, compte tenu de l'importance de la

...

question et des suspicions de fraude pesant sur lui. Il serait même permis de s'interroger sur le point de savoir s'il n'a pas tenté de dissimuler la réalité, ce qui constituerait un indice supplémentaire de fraude.

Vu la gravité des éléments évoqués ci-dessus, le Fonctionnaire dirigeant estime qu'une suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à Monsieur A. (N° de tiers payant : ...) pour la période maximale de douze mois prévue à l'art. 77*sexies*, est justifiée.

PAR CES MOTIFS,

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

- Déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé et indemnités en tiers payant de Monsieur A. (n°INAMI : ...) ;
- Ordonne la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant à Monsieur A. (n° INAMI : ...) pour la période de 12 mois prévue à l'art. 77*sexies* de la loi ASSI ;

Ainsi décidé à Bruxelles, le 21/03/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général