



Réponse de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale à la question parlementaire n° 7056 de l'honorable Député Monsieur Mars Di Bartolomeo au sujet de la lutte de la Caisse nationale de santé (CNS) contre les abus et la fraude

1) Quelles ont été les priorités de la CNS en la matière et quelles seront les priorités futures ?

La lutte contre les abus et la fraude (ci-après « LAF ») de la CNS est un axe d'action ciblant la prévention, la détection et, le cas échéant, la sanction de l'erreur, des non-conformités, des abus et de la fraude en ce qui concerne les prestations à charge de la CNS. La clé du succès est de faire évoluer les comportements tout en favorisant le respect des bonnes pratiques en responsabilisant les acteurs.

La LAF est alimentée par plusieurs sources, dont essentiellement :

- la détection interne suite à des anomalies et déviations statistiques,
- des contrôles aléatoires, et
- le signalement externe par d'autres institutions ou des personnes morales et physiques.

Le service LAF est amené à traiter des demandes quotidiennes internes et externes, tout comme les priorités fixées annuellement par les personnes en charge du service LAF et la Direction de la CNS. Ces priorités sont déterminées en fonction de comportements détectés ayant des conséquences importantes sur les fonds de la CNS et souvent également sur la qualité des soins.

Les années 2020 et 2021 ont ainsi été marquées par des enquêtes et investigations dans le domaine de la facturation des soins de kinésithérapie (cf. question parlementaire N°3272) alors qu'en 2022, le focus a été porté notamment, mais pas exclusivement, sur la facturation des soins infirmiers.

Chaque constat de comportement litigieux est censé mener à des actions concrètes comme une sensibilisation par rapport aux bonnes pratiques, la saisine de la Commission de surveillance, la prononciation d'amendes d'ordre, voire même des actions pénales (transfert du dossier aux instances compétentes).

Les priorités stratégiques de la LAF sont formulées autour des trois axes suivants :

- Prévenir : Informer sur les règles applicables et rappeler les bonnes pratiques ;
- Contrôler : Détection efficace à l'entrée des demandes d'indemnisation et contrôle puissant a posteriori ;
- Sanctionner : Donner des suites juridictionnelles/administratives aux cas de transgressions significatives (amendes d'ordre, Commission de surveillance de la sécurité sociale, actions pénales).

Par ailleurs, au cas où le service LAF constaterait via le traitement des dossiers lui confiés une nécessité de procéder à des adaptations au niveau du cadre normatif, il émet des recommandations en vue de remédier à ces situations tout en suivant de près la mise en œuvre de ces remèdes.

2) Quelle était l'évolution des dossiers au cours des cinq dernières années ?

2018 : Ouverture de 207 dossiers

2019 : Ouverture de 135 dossiers



2020 : Ouverture de 151 dossiers

2021 : Ouverture de 220 dossiers

2022 : Ouverture de 179 dossiers (état au 14 novembre 2022)

Depuis 2019, un accent particulier est mis sur des dossiers ayant une ampleur financière importante.

Tel qu'il ressort également du tableau relatif aux actions pénales repris sous le point 4, il est constaté que l'envergure des dossiers – documentée notamment via les préjudices détectés et évités – est également en croissance importante.

3) Quelle était la nature des dossiers, quelle a été l'étendue des abus/fraudes et quels étaient les acteurs concernés ?

- Les dossiers ouverts par le service LAF concernent tout type d'acteur, à savoir :

Acteurs concernés	2020	2021	2022
Assurés	30	51	84
Employeurs	1	8	13
Professionnels de santé	118	155	75
Réseaux d'aides et de soins à domicile	0	0	2
Etablissements de soins à séjour continu	0	2	0
Etablissements hospitaliers	1	2	2
Transport de malades	1	2	3
Total	151	220	179

- Nature des dossiers : Les problématiques majeures sur lesquelles portent les enquêtes instituées par le service LAF en matière d'abus et de fraudes peuvent être catégorisées comme suit :
 - Utilisation abusive de cartes européennes d'assurance maladie, usurpation d'identité :
 - ➔ 2020 : 14 dossiers
 - ➔ 2021 : 9 dossiers
 - ➔ 2022 : 15 dossiers
 - Escroquerie à subvention (exemples : facturation d'actes non réalisés, facturation d'actes plus onéreux que ceux effectivement réalisés – sociétés-écrans créées afin de pouvoir bénéficier de prestations de sécurité sociale, affiliations de complaisance) :
 - ➔ 2020 : 40 dossiers
 - ➔ 2021 : 71 dossiers
 - ➔ 2022 : 90 dossiers
 - Faux et usage de faux (falsification de documents, de signatures et/ou de cachets afin de pouvoir bénéficier indûment de prestations de sécurité sociale) :
 - ➔ 2020 : 11 dossiers
 - ➔ 2021 : 19 dossiers



- 2022 : 24 dossiers
- Exercice illégal d'une profession de santé :
 - 2020 : 5 dossiers
 - 2021 : 8 dossiers
 - 2022 : 2 dossiers
- Dépassement de l'utile et du nécessaire (volumes anormalement élevés constatés au niveau de l'un ou l'autre prescripteur, respectivement facturier, compérage entre des professionnels de santé prescripteurs et exécutants) :
 - 2020 : 5 dossiers
 - 2021 : 8 dossiers
 - 2022 : 11 dossiers
- Non-respect des règles de facturation, respectivement de prescription :
 - 2020 : 66 dossiers
 - 2021 : 80 dossiers
 - 2022 : 25 dossiers
- Autres :
 - 2020 : 10 dossiers
 - 2021 : 25 dossiers
 - 2022 : 12 dossiers

4) Quelles ont été les suites données aux dossiers ?

Comme expliqué sous le point 1, la prévention joue un rôle primordial dans le cadre des actions intentées par le service LAF.

Dans cette logique, le service LAF considère que les circulaires à destination d'un ensemble d'acteurs concernés par une thématique constituent un moyen efficace afin d'informer sur les règles applicables et de rappeler les bonnes pratiques. Dans ce contexte particulier, mais aussi de manière générale, le service LAF s'efforce à entretenir des relations transparentes avec les différents groupements représentatifs des professions de santé.

En ce qui concerne les suites répressives réservées par le service LAF aux dossiers d'abus et de fraude en matière de sécurité sociale, celles-ci peuvent majoritairement être résumées comme suit :

- Lettres d'avertissement adressées aux prestataires et assurés ;
- Amendes d'ordre prononcées à l'encontre des assurés via des décisions présidentielles ;
- Saisines de la Commission de surveillance de la sécurité sociale (Prestataires de soins de santé) :

Année	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre	13	6	2	1	10



Le tableau renseigne par année le nombre de saisines en vertu de l'article 73 du Code de la sécurité sociale de la Commission de surveillance de la sécurité sociale.

- Dénonciations / Plaintes en vertu de l'article 23 du Code de procédure pénale :

Année	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre	9	29	12	22	15

Le tableau renseigne par année le nombre de dossiers pour lesquels le service LAF a, conformément à l'article 23 du Code de procédure pénale, déclaré des faits potentiellement litigieux au Parquet.

Luxembourg, le 22 novembre 2022

Le Ministre de la Sécurité sociale

Claude Haagen