

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 14 SEPTEMBRE 2020

Concerne : **Monsieur A.**
Kinésithérapeute
BRS/F/20-005
Et BVBA (S.P.R.L.) « B. »

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEF FORMULE

Un grief a été formulé (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Infraction aux dispositions de l'article 7, § 19 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) dans la mesure où le nombre de valeurs M attestées pour l'année 2016 dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M.

1.1. Base légale et réglementaire

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Art 7 §19 de la NPS :

L'intervention de l'assurance est subordonnée aux deux conditions suivantes :

- pour une période donnée de trois mois, un maximum de 40.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire;

- pour une période donnée d'une année civile, un maximum de 156.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire.

1.2. Prestations en cause

NPS Art. 7, § 1

1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

560011 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

560055 Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

560313 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

560350 Lorsque la séance 560313 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

560652 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

I. c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

561013 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, A, du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

563010 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

563312 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563356 Lorsque la séance 563312 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.

I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

563614 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563651 Lorsque les séances 563614, 564270 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans

laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

564270 Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

563916 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

564336 Lorsque les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

563953 Lorsque les séances 563916, 564336 et 639715 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

639715 Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes

M 36

IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.

564093 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes

M 24

7° Prestation dispensée aux « patients palliatifs à domicile » conformément au § 14bis du présent article.

Prestation effectuée au domicile du bénéficiaire.

564211 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

1.3. Argumentation

Concernant la période du 1/1/2016 au 31/12/2016 (dates de prestation) correspondant à la période de réception aux organismes assureurs (OA) du 08/01/2016 au 21/11/2017, le SECM constate que, pour 2016, un total de 187.280 valeurs M a été porté en compte (voir la liste de prestations). Le plafond annuel de 156.000 valeurs M a donc été dépassé de 31.280 valeurs M.

Le calcul du montant indu résulte du calcul du prix moyen d'une valeur M en 2016. Ce montant moyen est multiplié par le nombre de valeurs M en 2016 qui excèdent le plafond annuel. Chez Monsieur A., une valeur M est égale à 0,747 EUR (139.849,37/187.280). En conséquence, le montant qui a indûment été porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans la période mentionnée vaut donc $0,747 \times 31.280 = 23.358,01$ EUR.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 23.358,01 euros.

Monsieur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 05/03/2020.

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

- M. A. explique qu'actuellement il refuse certains patients afin de ne pas se voir infliger d'amende. Il signale que la crise due au Covid 19 l'a rapproché de son fils et lui a fait prendre l'habitude d'alléger son horaire afin de se consacrer à sa famille.

- M. A. se réfère aussi à son audition cf. point 4.4. de la Note de synthèse :

Il insiste sur le fait que toutes les prestations comptabilisées ont été réellement effectuées. Il certifie ne pas avoir fraudé. Il travaille énormément et explique qu'il pensait que les quotas à ne pas dépasser correspondaient à une pratique de 20 patients par jour. Il pensait être resté approximativement dans cette fourchette et donc ne pas enfreindre la réglementation. Il affirme que les gens sont très demandeurs de soins et qu'il ne sait pas refuser ces demandes alors qu'il le fait au détriment de sa vie privée (notamment par rapport à son fils qu'il voit peu). Il accepte aussi de travailler dans des quartiers mal famés, contrairement à beaucoup de kinés. S'il réduit son activité, ce sont les patients qui vont être pénalisés. Il estime faire plus que de la kiné. Pour lui, il s'agit d'accompagnement social.

2.2. Fondement du grief

Le dispensateur reconnaît la validité du grief et a remboursé les sommes indûment perçues.

En l'espèce, les diverses constatations effectuées lors de l'enquête montrent que Monsieur A. a contrevenu aux dispositions de l'article 7 §19 de la Nomenclature des prestations de santé dans la mesure où le nombre de valeurs M attestées pour l'année 2016 dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que, selon les éléments de l'enquête, l'audition de Monsieur A. et ses moyens de défense, il apparaît que des prestations non-conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En conséquence, le grief est établi.

2.3. Quant à l'indu

Les faits reprochés ne sont pas contestés par le prestataire.

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 23.358,01 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Monsieur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa t", 2°, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 23.358,01 euros. Cependant, c'est la S.P.R.L. « B. » qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, la S.P.R.L. « B. » doit être condamnée solidairement avec M. A. au remboursement des sommes indûment perçues, soit 23.358,01 euros.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que l'indu a été remboursé par la S.P.R.L. « B. » au-delà de la somme due. En effet, la S.P.R.L. « B. » a remboursé 23.366,16 euros soit 8,15 euros excédentaires.

2.4. Quant à l'amende administrative

2.4.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 08/01/2016 au 21/11/2017.

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1^{er}, 2° de la même loi, c'est-à-dire, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% de l'indu.

2.4.2. Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

En effet, les dispensateurs de soins doivent être considérés comme des collaborateurs de l'assurance obligatoire. En cette qualité, ceux-ci sont tenus, dans le cadre de leurs activités, à un devoir de rigueur et de probité qui fait manifestement défaut.

En l'espèce, le plafond annuel de 156.000 valeurs M a donc été dépassé de 31.280 valeurs M. sur une période infractionnelle de 12 mois.

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Par ailleurs, M. A. a un antécédent pour des faits similaires:

Enquête CENEC IP024 Flowdos E/... :

infraction à l'article 7, § 19 de la NPS. Avoir porté en compte un nombre moyen par jour de prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée, supérieur au maximum autorisé fixé à 20. L'indu s'élevant à 3.462,93 EUR a été totalement remboursé.

Le SECM ne peut que constater que M. A. n'a pas modifié son comportement nonobstant une décision susmentionnée pour des faits similaires.

En conséquence, eu égard à l'antécédent de M. A., à son expérience (diplômé en 1997) et au remboursement total de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

une amende administrative s'élevant à 100% du montant des prestations indues (23.358,01 euros), dont 50% en amende effective (11.679 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (11.679 euros), (article 142, §1er, 2°, et 157 de la loi ASSI coordonnée).

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- Déclare le grief établi ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la S.P.R.L. « B. » à rembourser la valeur des prestations indues, soit 23.358,01 euros et constate que la S.P.R.L. « B. » a remboursé de manière excédentaire la valeur des prestations indues puisque 23.366,16 euros ont été remboursés, soit 8,15 euros de trop ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% du montant des prestations indues (23.358,01 euros), dont 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (11.679 euros), l'amende effective s'élevant à 11.679 euros (article 142, §1er, 2°, et 157 de la loi ASSI coordonnée) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles.

Le Fonctionnaire-dirigeant f.f.,