

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 15 DECEMBRE 2020

Concerne : Monsieur A.
Licencié en kinésithérapie
BRS/F/20-012

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 (NPS)

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. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.

560114 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.

560501 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.

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.

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

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

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

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

Circulaire OA n° 2008/139 du 25 mars 2008

Pseudo-codes de nomenclature pour la comptabilisation des dépenses « spécifiques » pour le maximum à facturer en ce qui concerne la facturation à 100% (revenus 2014) :

781616 maximum à facturer - ménages ayant des revenus \leq 17.719,92 euros

781631 maximum à facturer - ménages ayant des revenus à partir de 17.719,93 euros jusqu'à 27.241,07 euros

781653 maximum à facturer - ménages ayant des revenus à partir de 27.241,08 euros jusqu'à 36.762,25 euros

781756 maximum à facturer - bénéficiaires d'allocations familiales majorées

1.3. Argumentation

Ce dossier fait suite à une enquête thématique kiné sur le dépassement des valeurs M pour l'année 2016.

Concernant la période du 1/01/2016 au 31/12/2016 (dates de prestation) correspondant à la période de réception aux organismes assureurs (OA) du 25/01/2016 au 28/12/2017, le SECM constate que, pour 2016, un total de 180.384 valeurs M a été porté en compte (voir la liste de prestations figurant au procès-verbal de constat). Le plafond annuel de 156.000 valeurs M a donc été dépassé de 24.384 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 0,593 euros (107.047,94/180.384). 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 $0,593 \times 24.384,00 = 14.459,71$ euros.

1.4. Conclusion

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 14.459,71 euros.

Le dispensateur ne conteste pas la validité du grief. L'invitation au remboursement volontaire a été signée par son administrateur de biens.

Monsieur A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

Maître B. a été désigné comme administrateur des biens de M. A. par ordonnance du ... du juge de paix du canton de ... publiée au Moniteur belge du ...

Monsieur A. est en faillite et Maître C. a été désigné comme curateur par jugement du Tribunal de l'entreprise ... (division ...) du ... publié au Moniteur belge du ...

2 DISCUSSION

Le grief est formulé pour la période du 01/01/2016 au 31/12/2016 (dates de prestation) correspondant à la période de réception aux OA du 25/01/2016 au 28/12/2017. L'infraction est reprochée pour 24.384 valeurs M.

Monsieur A. ne conteste pas les faits cités à grief.

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 2015 dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que Monsieur A. ne conteste pas le grief et que, selon les éléments de l'enquête, il apparaît que des prestations non-conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En conséquence, le grief est établi.

2.2. Quant à l'indu

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 14.459,71 €.

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 1^{er}, 2^o, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 14.459,71 €.

2.3. Quant à l'amende administrative

2.3.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative, l'article 142, §1^{er}, 2^o de la loi SSI prévoit, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

2.3.2. Une sanction s'impose afin de rappeler à Monsieur A. les obligations qui s'imposent à lui en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

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.

En l'espèce, le plafond annuel de 156.000 valeurs M a donc été dépassé de 24.384 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.

En conséquence, eu égard à l'expérience de Monsieur A. (indépendant en activité principale diplômé en 1991), à l'absence d'antécédent et à l'absence de remboursement de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

une amende administrative s'élevant à 25% du montant des prestations indues (3.614,92 euros), (article 142, §1er, 2° de la loi SSI 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 Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 14.459,71 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 25% du montant des prestations indues, (3.614,92 euros) (article 142 §1er, 2° de la loi SSI) ;
- 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,