

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU SERVICE D'ÉVALUATION ET
DE CONTRÔLE MÉDICAUX DE L'INAMI - 24 JUIN 2009
BRS/F/09/004

En cause: **Monsieur A.**
Médecin spécialiste en radiologie

1. GRIEFS FORMULÉS.

Trois griefs ont été formulés concernant le Docteur 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:

1.1. *Avoir permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées.*

Les prestations tombent sous le coup de l'article 141 § 5, 4^e alinéa a) de la Loi ASSI coordonnée le 14.07.94 tel qu'il était en vigueur avant le 15.05.2007.

Base réglementaire : article 17, § 1^{er}, 6°, de la nomenclature des prestations de santé (NPS)

Prestations en cause

5110 454016 454020 Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés N
200

Argumentation

Lors de l'examen du dossier de l'assurée avec le Docteur A., celui-ci déclare que l'attestation de ce code résulte d'une erreur.

Position et justifications du dispensateur de soins

Il admet le constat, reconnaissant l'erreur (PVA du 27/08/2001).

Conclusion

Le grief est formulé pour une prestation 454016 du 23/12/99 pour une assurée.

L'indu pour ce grief est de **91,75 €**

1.2. Avoir permis que soient portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car l'acte effectué correspondait à une autre prestation, de valeur moindre.

Les prestations tombent sous le coup de l'article 141 § 5, 4e alinéa b) de la Loi ASSI coordonnée le 14.07.94 tel qu'il était en vigueur avant le 15.05.2007.

Base réglementaire du grief: article 17, § 1^{er}, 6°, de la nomenclature des prestations de santé (NPS)

Prestations en cause :

5110 454016 454020 Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, des deux incidences différentes, minimum 5 clichés N 200

5111 454031 454042 Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés N 250

Argumentation

Ces codes ont été attestés lors de la réalisation d'un examen artériel de l'aorte et de ses branches ; pour la facturation des clichés de l'aorte dans le cadre de l'examen angiographique cérébral le code à utiliser est le 453235-453346 (Radiographie de l'aorte thoracique et ou abdominale et de ses branches).

Le grief concerne une phase de l'exploration d'angiographie cérébrale.

Dans ce type d'exploration, il n'y a pas d'examen standard mais la majorité des examens réalisés examine dans un premier temps les gros vaisseaux : l'aorte, la sous clavière et l'origine des vaisseaux à destination céphalique, par injection au niveau de l'aorte, il s'agit de clichés de repérage qui vont servir à l'examen proprement dit qui explore par cathétérisme les carotides (g et dr), les vertébrales (droite et gauche) ; les carotides internes sont explorées seules ou parfois sont explorées avec les carotides externes.

Les codes NPS utilisés dépendant du nombre d'incidences et du nombre de clichés, ainsi que de la localisation de l'examen.

Le grief est formulé pour 14 prestations (6 x 454031, 3 x 454042, 5 x 454020) concernant 14 assurés et pour la période 09/09/99 au 28/09/2000).

Les prestations querellées auraient pu être attestées sous le n°

453235-453346 Radiographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches, minimum trois clichés (non cumulable avec la prestation n° 453294-453305, effectuée le même jour) N 160

L'indu correspondant est un indu différentiel.

(a) N 250 - N160 en ce qui concerne la prestation 454031 454042

(b) N 200 – N160 en ce qui concerne la prestation 454016 454020

Soit (a) = 56,32 € => indu de 9 x 56,32 = 506,88 €

(b) = 33,14 € => indu de 5 x 33,14 = 165,7 €

Indu différentiel pour ce grief = **672,58 €**.

1.3. Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car les ne correspondant pas au libellé de la nomenclature.

Les prestations tombent sous le coup de l'article 141 § 5, 4^e alinéa b) de la Loi ASSI coordonnée le 14.07.94 tel qu'il était en vigueur avant le 15.05.2007.

Base réglementaire du grief: article 17, § 1^{er}, 6°, de la nomenclature des prestations de santé (NPS)

Prestations en cause :

454016 - 454020 Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes minimum 5 clichés N 200.

5111 454031 454042 Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés N 250

Argumentation

Ces codes ont été portés en compte pour un examen étudiant la carotide interne et la carotide externe du même côté, alors que la nomenclature mentionne expressément: *Angiographie cérébrale carotidienne*. Il s'agit d'un seul examen intéressant la même région homolatérale, il n'y avait lieu que d'attester un seul de ces codes.

Le Service se base notamment sur l'avis du CTM à qui il avait adressé une question relative à la facturation des examens angiographiques ; cette question a été formulée sur base d'un dossier complet comprenant les règles interprétatives existantes, les questions réponses au collège des médecins directeurs et l'argumentation suivie par les prestataires.

La réponse du Conseil Technique est la suivante :

02/M/687/17.

Angiographies cérébrales.

Votre note susmentionnée a été examinée par le Groupe de travail Interprétation du Conseil technique médical.

Il s'agit de deux questions.

1. Cathétérisation bilatérale des artères carotidiennes et vertébrales, avec repérage par injection aortique.

Votre conclusion est valable. Il y a lieu de tarifer :

2 x 454016-454020 N 200 ou 2 x 454031-454042 N 250 (angiographie cérébrale carotidienne)

2 x 454053-454064 N 160 ou 2 x 454075-454086 N 250 (angiographie cérébrale par voie vertébrale).

1 x 453235-453246 N 160 (radiographie de l'aorte).

Pour pouvoir attester l'aortographie (453235-453246 N 160), il faut répondre au libellé et donc visualiser toute l'aorte thoracique et ses branches et pas simplement la crosse.

2. Injection sélective de toutes les artères carotides (primitive, interne, externe) :

un seul examen (par côté exploré) peut être attesté (454016-454020 N 200 ou 454031-454042 N 250 selon le cas).

Dès lors, il ressort des éléments du dossier, (examen de la nomenclature ainsi que la réponse formulée par le CTM), qu'il ne peut y avoir facturation conjointe d'une carotide interne et d'une carotide externe pour le même côté.

Le code 454042 a été porté en compte à deux reprises pour un examen étudiant la carotide interne et la carotide externe du même côté, alors que la nomenclature mentionne expressément "angiographie cérébrale carotidienne". Il s'agit d'un seul examen intéressant la même région homolatérale, il n'y avait lieu que d'attester un seul de ces codes.

La règle interprétative n'envisage qu'un élément ponctuel de l'examen : ici la carotide externe.

Dans l'examen des cas, il n'a pas été fait grief d'une facturation de la carotide externe seule, mais bien des cas où il était porté en compte conjointement une facturation de carotide interne et externe.

Il apparaît que le radiologue monte un cathéter sélectivement dans la carotide primitive à partir de là fait un Cathétérisme sélectif dans la carotide interne, retire ensuite son cathéter dans la carotide primitive et ensuite fait un Cathétérisme de la carotide externe. Il reste donc techniquement dans ses manœuvres au niveau de la carotide. Il s'agit d'une angiographie carotidienne, ce qui correspond à l'énoncé du libellé NPS art. 17 § 1, 6°

5110454016454020 Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés N 200

5111 454031 454042 Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale plus de deux incidences, minimum 8 clichés..... N 250

Le fait qu'une règle interprétative autorise à porter en compte la carotide externe sous le code 454016-454020 ou 450031 - 454042 n'autorise pas a priori de porter en compte ces codes conjointement pour la carotide interne et pour la carotide externe. Ce qui signifierait que 4 carotides seraient portées en compte au cours de la même séance et donc qu'il y aurait fractionnement artificiel d'un examen en différentes composantes.

On notera par ailleurs que le Docteur A. a questionné le Service des soins de santé au sujet de l'attestation des codes d'angiographie cérébrale ; ce service lui répond le 27/02/2003.

Le grief est formulé pour 1 prestation 454020 du 27/04/2000 concernant 1 assurée.

Indu total pour ce grief = **93,13 €**.

* * *

Indu total pour les 3 griefs = **857,46 €**

Il n'y a pas eu de remboursement de l'indu.

2. DISCUSSION.

2.1. Attendu que le Docteur A. ne conteste plus le 1^{er} grief, qu'il invoque une divergence d'interprétation de la NPS pour ce qui concerne le 2^{ème} grief (qu'il conteste) et qu'il prend acte de l'avis du CTM confirmant la position du SECM à propos du 3^{ème} grief ;

Que les 1^{er} et 3^{ème} griefs, non contestés, sont donc établis.

2.2. Attendu que concernant le 2^{ème} grief, le Docteur A. a attesté un code 454016-454020 ou 454031-454042 alors qu'un examen de l'aorte a été réalisé et qu'un code spécifique d'étude de l'aorte et ses branches existe (453235 – 453246) ;

Qu'en outre, dans la facturation globale des cas, d'autres codes d'angiographie cérébrale carotidienne ou cérébrale globale ont été portés en compte ;

Qu'au vu des éléments susmentionnés, le Docteur A. n'a pas rapporté la preuve contraire aux faits figurant dans le procès-verbal de constat ;

Que les faits contestés reposent sur des éléments objectifs, à savoir les constatations du médecin-inspecteur.

2.3. Attendu que l'interprétation donnée par le Docteur A. quant aux soins donnés ne recouvre pas celle précisée par la nomenclature.

Qu'au sujet de l'interprétation du texte de la nomenclature, il convient de rappeler que la NPS est d'ordre public et d'interprétation stricte (voy. : Cass., 28 décembre 1988, JTT, 1989, p 23 ; Cass., 24 avril 1989, Pas., 1989, I, 877 ; Cour trav Mons, 3 mai 1998, BI Inami, 1998, n°3, p. 387 ; Cour trav Mons, 26 juin 1998, BI Inami, 1998, n°3, p. 388 ; Cour trav d'Anvers, section d'Anvers, 13 février 2001, RG 970366, B.I. Inami, 2001/2, p. 238 ; Cour trav Bruxelles, 10 avril 2003, RG 40.091, B.I. Inami, 2003/3, p. 343 et Cour trav Mons, 18 avril 2003, RG 17.311, INAMI / B. D., B.I. Inami, 2003/3, p. 345.) ;

Que le Conseil d'Etat a jugé "*que savoir si la disposition visée au moyen doit être adaptée en vue de tenir compte des particularités de travail des médecins urgentistes relève de l'opportunité et échappe, dès lors, à la compétence du juge administratif; (qu') il n'appartenait pas aux prestataires de soins, sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet*" (C.E., REYNAERT Marc c. Inami, arrêt n°130.202, 09.04.2004; C.E., JACQUET Luc c. Inami, arrêt n°130.203, 09.04.2004; C.E., MOULIN Didier c. Inami, arrêt n°130.204, 09.04.2004; C.E., LATERRE Pierre-François c. Inami, arrêt n°130.207, 09.04.2004; C.E., CLEMENT DE CLETY Stephan, arrêt n°130.208, 09.04.2004; C.E., MAHIEU Paul c. Inami, arrêt n°130.209, 09.04.2004) ;

Que le comportement du Docteur A. constitue un manquement aux obligations qui pèsent sur un dispensateur de soins lorsque celui-ci délivre des attestations de soins ;

Que le dispensateur de soins doit en effet être vigilant sur la manière d'attester les soins qu'il dispense ;

Que les faits cités à grief sont établis.

2.4. Attendu qu'il y a prescription pour l'amende car le procès-verbal de constat est daté du 13.09.2001 (l'ancien article 141, §7, de la loi ASSI coordonnée prévoyant le prononcé des amendes dans les 3 ans du constat) ;

Quant à la récupération de l'indu, l'article 174, al 4 de la loi ASSI coordonnée prévoit que la prescription court à partir de la date où intervient une décision définitive du Fonctionnaire-dirigeant, de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours ;

Qu'il n'y a donc pas prescription s'agissant de la récupération de l'indu en l'espèce (857,46 €).

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) 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 les trois griefs établis;
- Condamne le Docteur A. au remboursement de la totalité de l'indu, soit **857,46 €**;

Ainsi décidé à Bruxelles par le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général