

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 26 OCTOBRE 2017
BRS/F/17-014**

Concerne : **Docteur A.**
Médecin généraliste

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 GRIEFS FORMULES

Quatre griefs ont été formulés concernant Dr 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 Grief n° 1 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession, au sens de l'article 73bis 1° de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnité coordonnée le 14-07-1994.

En l'espèce il s'agit de prestations de l'article 2 de la nomenclature, portées en compte au nom des 23 assurés cités ci-après.

1.1.1 Prestations en cause.

Article 2, de la nomenclature des prestations de santé :

CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS.

Art. 2. (...)

"B. Consultations au cabinet"

101076 Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité N 8 +Q 30

102771 Supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) par un médecin généraliste, à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434) avec l'accord écrit du patient N 8,415

102793 Honoraire pour la gestion du dossier médical global sans utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet : prolongation du dossier médical N 8,415

Le DMG peut être réalisé une fois par année civile.

Le DMG comprend les données socio-administratives du patient, ses antécédents, une liste des problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques, et un module de prévention se composant d'une liste de contrôle reprenant les différents items du module de prévention et les items qui seront suivis pour le patient. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global.

La gestion du dossier médical global comprend entre autres l'ouverture et sa mise à jour régulière.

La demande expresse et/ou l'accord écrit du patient, pour la gestion du dossier médical global, figure(nt) dans le dossier. Si le patient n'est pas à même d'exprimer cette demande expresse ou de donner cet accord personnellement, l'identification du membre de la famille

ou du proche qui fait cette demande ou donne cet accord à la place du patient, figure dans le dossier.

Le médecin généraliste qui gère le dossier s'engage, moyennant accord du patient, en cas de renvoi ainsi que sur simple demande du médecin spécialiste traitant, à communiquer à ce dernier toutes les données pertinentes du dossier médical global.

En fonction des recommandations internationales et de l'âge, le module de prévention porte au minimum sur les thèmes suivants :

1° conseils relatifs au mode de vie : tels qu'alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress,...;

2° anamnèse et examen clinique axés sur le système cardiovasculaire;

3° examens de dépistage entre autres du cancer colorectal, et chez la femme, également des cancers du col de l'utérus et du sein en fonction de l'âge;

4° vaccination entre autres contre la diphtérie et le tétanos, grippe et pneumocoque en fonction de l'âge;

5° dosages biologiques : glycémie, créatinine et protéinurie (pour les groupes à haut risque), cholestérol en fonction de l'âge.

Un modèle de check-list peut être établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui formule sa proposition après avis du Conseil national de la promotion de la qualité.

La check-list est conservée par le médecin généraliste dans le dossier médical global. Dans ce dossier médical global, le médecin généraliste tient à jour toutes les informations concernant les items de la check-list qui sont suivis pour le patient."

103132 Visite par le médecin généraliste N 5,6 + D 4 +E 1

104215 Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste N 5,6 + D 11,99 + E 1

104230 Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste N 5,6 + D 33,99 + E 1

101113 Supplément de permanence porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21h réservé aux médecins inscrits auprès d'un service de garde organisé

1.1.2 Base légale.

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la loi coordonnée le 14/07/1994 qui dispose :

« (...) Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature. (...) »

1.1.3 Fondement du grief.

Le grief se fonde sur :

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.
- l'examen des données (délivrances pharmaceutiques) établi au nom des assurés,

- l'examen des documents de facturation du Dr A., saisis auprès des organismes assureurs
- l'analyse des profils du Dr A., reprenant tous les remboursements par l'ensemble des organismes assureurs (OA) ;
- l'audition des assurés ou d'un proche

1.1.4 Déclarations de portée générale du Dr A. sur la facturation.

Le Dr A. déclare le 25/10/2016 (Pièces 136 à 148 et 153 à 164) :

« (...) vous me dites que sur les 21 auditions de mes assurés que vous avez réalisées, 2 assurés ont déclaré me remettre une vignette de mutuelle par contact/patient, et 13 assurés vous ont déclaré de façon univoque que je demande pour chaque contact médical deux vignettes de mutuelle. Vous me demandez quel objectif je poursuis par cette collection.

Je demande en effet deux vignettes par consultation. La seconde vignette est destinée aux demandes labo, demandes d'avis spécialisé, BF, kiné, soins infirmiers, etc ..

Cette vignette sert encore pour porter en compte les prestations que j'effectue à la demande d'un patient pour un membre de sa famille, lequel ne se présente pas à la consultation. Par exemple, une demande de labo, une prescription de médicament, la pilule pour la fille. Dans ce cas, je dois ouvrir le dossier, rédiger la papier pour l'infirmière pour des injections, etc... Aussi, je tarifie une consultation par tiers-payant que j'introduis au nom du patient en cause au moyen de la vignette dont j'ai fait une résetrve. (...)

Vous me proposez d'aborder chaque cas, un à un. J'y renonce et vais m'exprimer sur les différents griefs que vous exprimez.

Globalement, je simplifie ma tarification. Pour les assurés ordinaires, je porte en compte des consultations, et je tarifie des visites pour les autres assurés (PIVO et autres statuts spéciaux). Cela par paresse administrative.

Vous me parlez de prestations « non effectuées ». Vous me dites que, selon votre approche, je porte en compte globalement deux prestations pour un seul contact avec le patient. Cela s'explique, comme je vous l'ai déjà exprimé : à l'occasion de ce contact, je suis invité par mon patient à effectuer un acte médical pour un tiers, membre de la famille de ce patient. Aussi, n'ayant à ma disposition que la vignette de ce patient, je l'utilise pour attester la prestation du tiers. De plus, dans une même famille, les patients peuvent relever de mutualités » différentes. Et parfois, les membres de cette famille ne sont pas en ordre d'assurabilité et donc n'ont pas e vignette. Ces situations expliquent ma tarification à vos yeux généreuse. Il m'arrive aussi de porter en compte deux prestations au nom du même assuré à l'occasion d'un seul contact, par exemple lorsque le patient reçoit un avis négatif pour le BF par recours à un formulaire inadéquat. Je dois dans ces cas renvoyer à la mutuelle un formulaire correct téléchargé par internet. Toutes prestations que je me fais rembourser par l'attestation d'une prestation. (...)

Mes 1/3 payant sont réalisés le dernier jour du mois, avant mon départ. Je poste à la date du premier du mois suivant. J'ai une enveloppe par semaine. J'ai simplifié ma tarification. Je ne recours qu'à trois codes 101076, 103132, 104215. Plus rarement le 104230, plus exceptionnel. Mes dates de prestation sont fictives. Je les inscris chronologiquement selon l'insertion des vignettes dans l'enveloppe (...) »

1.1.5 Remarques générales relatives aux cas retenus

Remarque 1 :

Les prestations retenues à grief sont précisées dans l'annexe au procès verbal intitulée « **Annexe aux PVC n° E/...** », par la mention « **NE** » ou « **NE df** » en dernière ligne de chaque item mentionné selon que la date de prestation non effectuée peut être formellement identifiée ou est choisie de façon aléatoire.

Remarque 2 :

L'examen des ASD met en évidence dans tous les cas l'apposition sur ces dernières d'une vignette d'authentification de l'assuré.

Remarque 3 :

La chronologie des dates de prestations portées en compte pour les seules attestations relevées dans le cadre de cette investigation n'est pas, dans un grand nombre de cas, concordante avec la numérotation croissante des attestations de soins donnés. Il en va de même pour les dates d'introduction au remboursement des factures du Dr A. Ceci n'est pas étonnant après lecture des déclarations de portées générales du Dr A. quant à la non-fiabilité des dates de prestations indiquées sur les attestations de soins introduites par lui en tiers payant.

1.1.6 Déclaration de portée générale du Dr A. sur sa responsabilité.

Le Dr A. déclare le 25/10/2016 : (Pièces 136 à 148)

« (...) Si il y a des erreurs dans ma tarification, ce n'est pas poussé par un esprit de lucre. Ce n'est pas une démarche vénales. Cela ne relève pas d'une machination machiavélique. Il s'agit d'une interprétation erronée de la nomenclature.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à me soustraire à votre contrôle et à ses conséquences. Ma démarche de ce jour en témoigne : je me présente en vos locaux dès votre appel téléphonique, sans en reculer l'échéance alors que je pars à l'étranger sous peu, et cela définitivement.

Vous m'expliquez la suite possible de vos interventions.

Je souhaite régulariser ma situation et vivre sans avoir de « casserole ». Je souhaite rembourser l'assurance maladie et éteindre l'action administrative de ce fait. Vous me précisez le devenir probable de ce dossier. Vous ajouter qu'il ne m'appartient pas d'interpréter la nomenclature, ni de tarifier pour un tiers avec lequel je n'ai pas eu de contact personnel. Vous m'expliquez encore ce qu'est la prestation « avis ». Je ne connaissais pas cette prestation.

Nous évoquons le montant que j'ai perçu indûment au regard de votre pro-justitia. Il y a des gens qui gagnent le gros lot. Moi, je perds 13.000 euros. Je choisis de les rembourser. Je ne cherche pas à échapper à mes responsabilités. (...) »

L'indu des prestations retenues à grief a été remboursé en totalité pour l'ensemble des cas.

Conclusions pour le grief n° 1.

1.1.6.1.1 Par prestation :

Étiquettes de lignes	Nombre de Prest	Libellé	Somme de €
☐ 101076 Consult	42		881,16 €
20,48	35		716,80 €
23,48	7		164,36 €
☐ 103132 Visite	191		6.331,05 €
27,76	25		694,00 €
33,89	153		5.185,17 €
34,76	13		451,88 €
☐ 104215 Visite soir	90		3.959,63 €
32,3	2		64,60 €
33,03	1		33,03 €
44	2		88,00 €
44,4	85		3.774,00 €
☐ 104230 visite nuit	5		389,35 €
77,87	5		389,35 €
Total général	328		11.561,19 €

1.1.6.1.2 Par assuré :

Tableau anonymisé.

Soit à grief 43% des prestations étudiées.

1.2 Grief n° 2.

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 présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, en ce que s'agissant de visites spéciales de soirée et de nuit, les conditions d'heures d'appel et d'urgence n'étaient pas remplies, en violation de l'article 2, F de la NPS

Il s'agit de visites de soir (104215) et de visites de nuit (104230) portées en compte au nom de 10 bénéficiaires pour lesquelles les conditions requises par l'article 2F de la nomenclature n'étaient pas remplies.

Toutefois, toutes les prestations en cause sont concernées, à titre principal, par le grief n° 1. Dès lors, le présent grief est formulé à titre subsidiaire et n'a aucune incidence sur le calcul de l'indu.

1.2.1 Base légale

1.2.1.1 Nomenclature des prestations de santé.

Art. 2

F. - Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104812, 104834, 104856 et 104871 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés ou quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient."

1.2.1.2 Jurisprudence

SECM contre monsieur D.W. – N° de Rôle – ...

Chambre de première instance - décision prononcée le 06/01/2011

« (...) Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux formule un grief à l'égard de Monsieur D. Ce grief consiste à avoir porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités des consultations ou visites de soir, de nuit ou de week-end alors que ces prestations ne revêtaient aucun caractère d'urgence mais relevaient de la convenance personnelle.

Or, selon l'article 2 de la Nomenclature des prestations de santé, les prestations en cause ne peuvent être portées en compte « que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés ou quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient ». (...)

La réalité du grief

9. La Chambre relève que Monsieur D. ne conteste pas réellement la réalité du grief qui lui est adressé.

Il n'indique en effet pas que tout ou partie des prestations en cause étaient justifiées par l'urgence ou la nécessité mais l'ensemble de ses déclarations confirme au contraire que c'est sa propre organisation du travail, c'est-à-dire des motifs de convenance personnelle – même s'il va de soi que ses patients pouvaient également y trouver leur compte et que son dévouement n'est pas en cause, qui l'amenait à accomplir de très nombreuses prestations de soir, de nuit et de week-end. Il

peut ainsi être noté que le docteur D. était, pour les années 2007 et 2008, le numéro un en Belgique pour ce type de prestations. (...)

12. Il y a lieu de faire droit à la demande de constat de cet indu de (...) euros et de condamner Monsieur D. à le rembourser à l'INAMI. (...) »

1.2.2 Prestations en cause.

NPS Art. 2,

104215	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures	N	5,6	+
		D	11,99	+
		E	1	
104230	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	33,99	+
		E	1	
103132	Visite, au domicile du malade, par le médecin généraliste agréé	N	5,6	+
		D	4	+
		E	1	

1.2.3 Fondements du grief.

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

les auditions de bénéficiaires ;

l'examen des ASD originales saisies dans les O.A.

l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;

1.2.4 Déclaration de portée générale du Dr A. sur la facturation

Le Dr A. déclare le 25/10/2016 (Pièces 144 et 161) :

« (...) Vous me parlez des prestations « prestations non conformes ».

Je reconnais avoir interprété la nomenclature à propos des heures de prestations. Si j'avais un contact le soir avec un patient, je portais en compte une prestation du soir. Vous m'expliquez la nomenclature à ce propos. J'ignorais ces dispositions, et sur base de celles-ci, je reconnais en cette matière mes erreurs. Toutefois, pour les patients qui venaient à ma consultation après 21 heures, je ne portais pas en compte une visite de nuit, mais une visite du soir. Je tarifie ce qui pour moi est nécessaire.

J'apporte une plu value à mes consultations, par mes conseils de psychodécoration lié au feng shui occidental et la médecine ayurvédique. Cette plu value l'est au bénéfice de l'assurance maladie puisqu'elle me permet de diminuer la consommation de psychotrope antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, ... Cela autorise également une moindre consommation médicale chez les lombalgiques. Chez les enfants turbulents, le port de vêtement, le changement de place du lit, et d'autres mesures, on se passe de Rilatine®.

Je reconnais mon manque d'attention au côté administratif de mon métier. Je tente de simplifier ma tarification pour libérer du temps que je souhaite consacrer à des activités d'apprentissage non médicales. (...) »

1.2.5 Remarques générales relatives aux cas retenus.

Remarque 1 :

Les prestations retenues à grief sont précisées dans l'annexe au procès verbal intitulée « **Annexe aux PVC n° E/...** », par la mention « **NC 2** » en dernière ligne de chaque item mentionné.

Remarque 2 :

Tous les cas cités au présent grief sont déjà développés au sein du grief n° 1 avec présentation des prestations portées en comptes, des auditions utiles ainsi que des prestations retenues comment litigieuses sur base du grief n° 1.

Ne sont donc présentés ici que les tableaux relatifs au calcul de l'indu différentiel potentiel au regard du grief n° 2.

1.2.6 Déclaration de portée générale du Dr A. sur sa responsabilité

Elle est reprise au point 1.2.4. ci-dessus.

Le Dr A. a déclaré le 25-10-2016 qu'il ignorait les dispositions de l'article 2F de la nomenclature des prestations de santé et qu'il reconnaissait avoir commis des erreurs lors de sa facturation.

Il déclare cependant avoir surfacturé ses prestations afin d'être honoré pour le temps consacré à :

- à dispenser des conseils de psychodécoration en matière de FENG SHUI OCCIDENTAL ;
- à consacrer à la médecine AYURVEDIQUE

1.2.7 Conclusions pour le grief n° 2.

Le récapitulatif des indus différentiels pour les 10 cas retenus s'établit comme suit :

Prestations attestées				Prestations attestables				Indu par différence
NC 2 subsidiaire				NC 2 subsidiaire				
	valeur	Nbr	Total	autorisé	valeur	Nbre	Total	
104215 Visite soir	33,03		- €	103132 Visite	23,90 €	0	- €	
104215 Visite soir	44,40	54	2.397,60 €	103132 Visite	33,89 €	54	1.830,06 €	
104230 visite nuit	77,87	3	233,61 €	103132 Visite	33,89 €	3	101,67 €	
		57	2.631,21 €			57	1.931,73 €	699,48 €

1.3 Grief n° 3.

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 présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, en ce que des visites ont été attestées en lieu et place de consultations au cabinet.

Il s'agit de 9 cas de bénéficiaires au nom desquels des visites (103132 et 1042015) ont été portées en compte en lieu et place de consultations (101076)

A noter que certaines prestations en cause sont déjà concernées par le grief n° 1. Dès lors, pour ces prestations, le présent grief est formulé à titre subsidiaire et elles n'ont pas d'incidence sur le calcul de l'indu.

1.3.1 Base légale**Art.2**

A. Consultations au cabinet du médecin et visites au domicile du malade :

(...)

Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent

l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation.

Par visite, il faut entendre l'examen fait au domicile ou à la résidence du malade, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la visite comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette visite.

1.3.2 Prestations en cause.

NPS

Art. 2, A

103132	Visite, au domicile du malade, par le médecin généraliste agréé	N	5,6	+
		D	4	+
		E	1	
104215	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures	N	5,6	+
		D	11,99	+
		E	1	
101032	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé	N	8	

1.3.3 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

les auditions de bénéficiaires ;

l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;

les déclarations du Dr A.

1.3.4 Déclaration de portée générale du Dr A. sur la facturation

Le Dr A. déclare le 25/10/2016 (Pièces 144 et 161) :

« (...) Vous me parlez des prestations « prestations non conformes ».

Je reconnais avoir interprété la nomenclature à propos des heures de prestations. Si j'avais un contact le soir avec un patient, je portais en compte une prestation du soir. Vous m'expliquez la nomenclature à ce propos. J'ignorais ces dispositions, et sur base de celles-ci, je reconnais en cette matière mes erreurs. Toutefois, pour les patients qui venaient à ma consultation après 21 heures, je ne portais pas en compte une visite de nuit, mais une visite du soir. Je tarifie ce qui pour moi est nécessaire.

J'apporte une plu value à mes consultations, par mes conseils de psychodécoration lié au feng shui occidental et la médecine ayurvédique. Cette plu value l'est au bénéfice de l'assurance maladie puisqu'elle me permet de diminuer la consommation de psychotrope antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, ... Cela autorise également une moindre consommation médicale chez les lombalgiques. Chez les enfants turbulents, le port de vêtement, le changement de place du lit, et d'autres mesures, on se passe de Rilatine®.

Je reconnais mon manque d'attention au côté administratif de mon métier. Je tente de simplifier ma tarification pour libérer du temps que je souhaite consacrer à des activités d'apprentissage non médicales. (...) »

1.3.5 Remarques générales relatives aux cas retenus.

Remarque 1 :

Les prestations retenues à grief sont précisées dans l'annexe au procès verbal intitulée « **Annexe aux PVC n° E/...** », par la mention « **NC 3 princ** » en dernière ligne de chaque

item mentionné pour l'expression du grief à titre principal et « **NC 3 subs** » en dernière ligne de chaque item mentionné pour l'expression du grief à titre subsidiaire.

Remarque 2 :

Tous les cas cités au présent grief sont déjà développés au sein du grief n° 1 avec présentation des prestations portées en comptes, des auditions utiles ainsi que des prestations retenues comment litigieuses sur base du grief n° 1.

Le grief est formulé à propos des prestations de visites (simples et/ou spéciales), lesquelles auraient pu, le cas échéant être portées en compte sous le code 101076 (consultation) compte tenu des déclarations des bénéficiaires.

Il est exprimé à titre subsidiaire pour les prestations retenues par ailleurs au grief 1 des prestations non effectuées ; Il est exprimé à titre principal pour les prestations non citées aux griefs précédents

Ne sont donc présentés ici que les tableaux relatifs au calcul de l'indu différentiel pour les prestations reprises à titre principal et de l'indu différentiel potentiel pour les prestations reprises à titre subsidiaire.

1.3.6 Déclaration de portée générale du Dr A. sur sa responsabilité

Elle est reprise au point 1.3.4. ci-dessus.

Le Dr A. déclare le 25-10-2016 avoir surfacturé ses prestations afin d'être honoré pour le temps consacré à :

- à dispenser des conseils de psychodécoration en matière de FENG SHUI OCCIDENTAL ;
- à consacrer à la médecine AYURVEDIQUE

Il ne conteste pas les faits et a remboursé intégralement l'indu de 1.560,01 € imputé aux prestations retenues à titre principal sur base du grief n° 3.

1.3.7 Conclusions pour les grief n° 3

Le récapitulatif des indus tant à titre principal qu'à titre subsidiaire s'établit de la manière suivante :

Prestations attestées				Prestations attestables				Indu par différence
NC 3 princ				NC 3 princ				
	valeur	Nbre	Total	autorisé	valeur	Nbre	Total	
103132 Visite	23,90	1	23,90 €	101076 Consult	20,48 €	1	20,48 €	
103132 Visite	27,76	15	416,40 €	101076 Consult	20,48 €	15	307,20 €	
103132 Visite	33,89	131	4.439,59 €	101076 Consult	23,48 €	131	3.075,88 €	
103132 Visite	34,76		- €	101076 Consult	23,48 €		- €	
104215 Visite soir	44,40	4	177,60 €	101076 Consult	23,48 €	4	93,92 €	
		151	5.057,49 €			151	3.497,48 €	1.560,01 €
Prestations attestées				Prestations attestables				Indu par différence
NC 3 subs				NC 3 subs				
	valeur	Nbre	Total	autorisé	valeur	Nbre	Total	
103132 Visite	27,76	25	694,00 €	101076 Consult	20,48 €	25	512,00 €	
103132 Visite	33,89	88	2.982,32 €	101076 Consult	22,98 €	88	2.022,24 €	
103132 Visite	34,76		- €	101076 Consult	13,48 €		- €	
104215 Visite soir	32,3	2	64,60 €	101076 Consult	18,48 €	2	36,96 €	
104215 Visite soir	33,03	5	165,15 €			5		
104215 Visite soir	44,4	26	1.154,40 €			26		
104230 visite nuit	77,87	1	77,87 €	101076 Consult	23,48 €	1	23,48 €	
		147	5.138,34 €			147	2.594,68 €	2.543,66 €

1.4 Grief n° 4.

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 présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, au sens de l'article 73bis 2°, en ce sens que s'agissant de bénéficiaires cohabitants, sont attestées des visites pour chaque bénéficiaire, en lieu et place de visites simultanées (effectuées au cours d'un même déplacement, à un domicile commun).

Le grief est formulé pour 3 bénéficiaires domiciliées à la même adresse (une mère et ses deux filles) examinées simultanément lors des visites du Dr A. et pour lesquelles aucune visite simultanée n'est jamais portée en compte.

A noter que certaines prestations en cause sont déjà concernées par le grief n° 1. Dès lors, pour ces prestations, le présent grief est formulé à titre subsidiaire et elles n'ont pas d'incidence sur le calcul de l'indu.

1.4.1 Bases légales du grief.

1.4.1.1 La nomenclature des prestations de santé.

Art. 2, A Visite par le médecin généraliste agréé à plusieurs bénéficiaires, à l'occasion d'un même déplacement:

103412	deux bénéficiaires, par bénéficiaire	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,5	
103434	trois bénéficiaires ou plus, par bénéficiaire	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,33	

1.4.1.2 Règle interprétative.

Numéro de l'IR : 02/08

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester l'examen d'un second patient au cours d'une visite à domicile demandée le jour, mais qui n'est effectuée que le soir ou la nuit pour des raisons propres au médecin?

REPONSE

Lorsque la demande de visite a été faite le jour, mais que pour des raisons propres au médecin, celui-ci ne l'effectue que le soir ou la nuit, cette prestation est considérée comme une visite ordinaire.

Si, à l'occasion de cette visite, le médecin est appelé à examiner un second patient, il y a lieu de tarifier deux fois 103213 (ou deux fois 103412 selon la qualification du médecin).

Date du moniteur : 13/03/2002

Date de prise d'effet : 13/03/2002

1.4.1.3 Jurisprudence.

SECM contre monsieur P.M. – N° de Rôle – ...

Chambre de première instance - décision prononcée le 28/01/2011

« (...) Dans sa requête, le SECM sollicite que la Chambre de première instance :

(...)

constate que les griefs suivants, basés sur l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, formulés à l'égard de Monsieur P. M. et détaillés dans la note de synthèse, sont établis : (...)

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, en ce sens que, s'agissant de couples de bénéficiaires, sont attestées des visites pour chaque bénéficiaire, en lieu et place de visites simultanées (effectuées au cours d'un même déplacement, à un domicile commun), en violation de l'article 2 F de la nomenclature des prestations de santé (...)

Le grief repose sur les déclarations des assurés (ou de témoins privilégiés), lesquelles sont formelles et concordantes.

Monsieur P. M. a reconnu le grief lors de son audition du 30 janvier 2008 : « (...) Je me suis rendu compte de mon erreur suite à un courrier reçu et j'utilise le bon n° de code c'est-à-dire le code de visite pour 2 bénéficiaires lors du même déplacement (...) Sur question, je reconnais mon erreur et je suis prêt à rembourser l'assurance maladie le trop perçu (...) ».

Le 6 avril 2009, Monsieur P. M. a versé la somme de (...) €, de manière à rembourser l'indu visé notamment par le grief dont question.

Indépendamment des aveux et du remboursement de Monsieur P. M., le dossier fait apparaître que les faits sont établis. (...) »

1.4.2 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

les auditions de bénéficiaires ;

l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents OA conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ;

les déclarations du Dr A.

1.4.3 Déclaration de portée générale du Dr A. sur la facturation

Le Dr A. déclare le 25/10/2016 (Pièces 144 et 161) :

« (...) Mes 1/3 payant sont réalisés le dernier jour du mois, avant mon départ. Je poste à la date du premier du mois suivant. J'ai une enveloppe par semaine. J'ai simplifié ma tarification. Je ne

recours qu'à trois codes 101076, 103132, 104215. Plus rarement le 104230, plus exceptionnel. Mes dates de prestation sont fictives. Je les inscris chronologiquement selon l'insertion des vignettes dans l'enveloppe (...)

Je reconnais mon manque d'attention au côté administratif de mon métier. Je tente de simplifier ma tarification pour libérer du temps que je souhaite consacrer à des activités d'apprentissage non médicales. (...) »

Le Dr A. méconnaît donc systématiquement les codes qui doivent être utilisés en cas de visites simultanées au domicile des bénéficiaires.

1.4.4 Remarques générales relatives aux cas retenus.

Remarque 1 :

Les prestations retenues à grief sont précisées dans l'annexe au procès verbal intitulée « **Annexe aux PVC n° E/...** », par la mention par la mention « **NC 4 princ** » en dernière ligne de chaque item mentionné pour l'expression du grief à titre principal et « **NC 4 subs** » en dernière ligne de chaque item mentionné pour l'expression du grief à titre subsidiaire.

Remarque 2 :

Les 3 cas cités au présent grief sont déjà développés au grief n° 1 avec présentation des prestations portées en compte ainsi que celles retenues à grief sur base du grief n° 1.

Les déclarations de la mère B., et de ses 2 filles C. et D. figurent au point 4.1.18.2. Elle est formelle quant au caractère simultané des visites effectuées habituellement 1 x /mois par le Dr A.

Le grief est formulé à propos des prestations de visites (simples et/ou spéciales), lesquelles auraient pu, le cas échéant être portées en compte sous le code 103434 (visite simultanée à 3 bénéficiaires) compte tenu des déclarations des bénéficiaires.

Il est exprimé à titre subsidiaire pour les prestations retenues par ailleurs au grief 1 des prestations non effectuées ; Il est exprimé à titre principal pour les prestations non citées au grief 1 .

Ne sont donc présentés ici que les tableaux relatifs au calcul de l'indu différentiel pour les prestations reprises à titre principal et de l'indu différentiel potentiel pour les prestations reprises à titre subsidiaire.

1.4.5 Déclaration de portée générale du Dr A. sur sa responsabilité

Elle est reprise au point 1.4.4. ci-dessus.

Le Dr A. déclare le 25-10-2016 ne jamais faire usage des codes spécifiques relatifs aux visites simultanées.

Il ne conteste pas les faits et a remboursé intégralement l'indu de 520,20 € imputé aux prestations retenues à titre principal sur base du grief n° 4.

1.4.6 Conclusions pour le grief n° 4.

Le récapitulatif des indus tant à titre principal qu'à titre subsidiaire s'établit de la manière suivante :

Prestations attestées				Prestations attestables				Indu par différence
NC 4 princ				NC 4 princ				
	valeur	Nbre	Total	autorisé	valeur	Nbre	Total	
103132 Visite	27,76		- €	(visite simult	26,24 €	0	- €	- €
103132 Visite	33,89	68	2.304,52 €	visite simult	26,24 €	68	1.784,32 €	520,20 €
103132 Visite	34,76		- €	visite simult	26,24 €	0	- €	- €
104215 Visite soir	33,03		- €	visite simult	26,24 €	0	- €	- €
104215 Visite soir	44,40		- €	visite simult	26,24 €	0	- €	- €
		68	2.304,52 €			68	1.784,32 €	520,20 €
Prestations attestées				Prestations attestables				Indu par différence
NC 4 subs				NC4 subs				
	valeur	Nbre	Total	autorisé	valeur	Nbre	Total	
103132 Visite	27,76		- €	(visite simult	26,24 €	0	- €	- €
103132 Visite	33,89	46	1.558,94 €	visite simult	26,24 €	46	1.207,04 €	351,90 €
103132 Visite	34,76		- €	visite simult	26,24 €	0	- €	- €
104215 Visite soir	33,03		- €	visite simult	26,24 €	0	- €	- €
104215 Visite soir	44,40	10	444,00 €	visite simult	26,24 €	10	262,40 €	
104230 nuit	77,87	2	155,74 €	visite simult	26,00 €	2	52,00 €	103,74 €
		58	2.158,68 €			58	1.521,44 €	463,73 €

2 Tableau synoptique

A titre principal

Griefs	Références	Codes NPS	Dates de prestations		Dates d'intro à l'OA		Nbre prestations	Nbre bénéf	Indu(€)	RV
			du	au	du	au				
Grief 1 : NE	Art. 2 NPS	101076	20-10-2014	27-07-2016	07-11-2014	01-08-2016	42	23	881,16	oui
		103132	25-09-2014	28-07-2016	06-01-2015	01-08-2016	191		6.331,05	
		104215	27-08-2014	24-06-2016	26-11-2014	01-07-2016	90		3.959,63	
		104230	22-12-2014	31-03-2016	19-01-2015	01-04-2016	5		389,35	
									11.561,19	
Grief 3 : NC-visites pour consult	Art. 2 NPS	103132	25-09-2014	28-07-2016	06-01-2015	01-08-2016	147	9	1.476,33 (différence)	oui
		104215	27-08-2014	24-06-2016	26-11-2014	01-07-2016	4	2	83,68 (différence)	
									1.560,01 (différence)	
Grief 4 : NC-visite pour visite simultanée	Art. 2 NPS	103132	25-09-2014	28-07-2016	06-01-2015	01-08-2016	68	3	520,20 (différence)	oui
TOTAL							547		13.641,40	oui

A titre subsidiaire

Grief 2 : NC-visites spéciales	Art. 2 NPS	104215	27-08-2014	24-06-2016	26-11-2014	01-07-2016	54	8	699,48 (différence)	non
		104230	22-12-2014	31-03-2016	19-01-2015	01-04-2016	3			
Grief 3 : NC-visites pour consult	Art. 2 NPS	103132	25-09-2014	28-07-2016	06-01-2015	01-08-2016	113	8	2543,66 (différence)	non
		104215	27-08-2014	24-06-2016	26-11-2014	01-07-2016	33	5		
		104230	22-12-2014	31-03-2016	19-01-2015	01-04-2016	1	1		
Grief 4 : NC-visite pour visite simultanée	Art. 2 NPS	103132	25-09-2014	28-07-2016	06-01-2015	01-08-2016	46	3	351,9 (différence)	non
		104215	27-08-2014	24-06-2016	26-11-2014	01-07-2016	5	2	90,8 (différence)	
		104230	22-12-2014	31-03-2016	19-01-2015	01-04-2016	2	2	194,06 (différence)	

Pour ces quatre griefs, l'indu total a été évalué à **13.641,40 euros**

Le Dr A. a procédé au remboursement total de l'indu le 17/08/2017.

3 DISCUSSION**3.1 QUANT AU FONDEMENT DU GRIEF**

Le Dr A. n'a pas contesté les griefs.

Les griefs sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.

3.2 QUANT A L'INDU

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 13.641,40 euros.

Le Dr A. n'a pas contesté le montant de l'indu fixé par le SECM

Le montant tel que calculé par le SECM doit donc être déclaré fondé.

Il y a lieu d'ordonner que le Dr A. procède au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de 13.641,40 euros.

Le Fonctionnaire-dirigeant f.f. constate que ce montant a été intégralement remboursé par le Dr A.

3.3 QUANT À L'AMENDE**3.3.1 Quant au régime juridique de l'amende administrative**

L'article 142, §1^{er}, 1° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non effectuées (grief 1), une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

L'article 142, §1^{er}, 2° de la loi ASSI prévoit, pour les prestations non conformes (griefs 2 à 5), une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

3.3.2 En l'espèce

Des sanctions s'imposent afin de rappeler au Dr A. les obligations qui s'imposent à lui en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et la connaissance de la réglementation qui leur est applicable.

Les règles de la nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des formalités administratives 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.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Le grief de prestations non effectuées est le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins.

M. A. a avoué utiliser des vignettes de ses patients pour porter en compte des soins pour des personnes non assurées ou pour des membres de leur famille qu'il ne voyait pas.

Cette façon de faire est inadmissible.

De plus, le volume des prestations non effectuées est important puisqu'il se monte à 11.561,19 euros.

En ce qui concerne les griefs de non-conformité à la réglementation (griefs 2 à 4), le Dr A. fait preuve d'un manque total d'égards pour celle-ci. Il déclare ne pas connaître les règles de la nomenclature en cas de visites multiples ou de visites de nuit. Il avoue également se faire rémunérer pour les conseils de psychodécoration en matière de Feng-shui qu'il dispense ou de médecine ayurvédique.

En conséquence, le fonctionnaire-dirigeant estime que des sanctions très sévères doivent être infligées au Dr A.

Il faut néanmoins tenir compte du fait que le Dr A. n'a pas d'antécédent et a remboursé la totalité de l'indu.

Il convient donc de condamner le Dr A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations reprochées au premier grief (11.561,19 €), soit 17.341,78 euros, et une amende de 100 % du montant des prestations reprochées aux griefs 2 à 5, soit 2.080,21 euros.

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 f.f. du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare les griefs établis ;
- Condamne le Dr A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 13.641,40 euros et constate que ce montant a déjà été remboursé en date du 17/8/2017 ;
- Condamne le Dr A. à payer une amende de 150 % du montant des prestations reprochées au premier grief (11.561,19 euros), soit une amende de 17.341,78 euros ;
- Condamne le Dr A. à payer une amende de 100 % des prestations reprochées aux griefs 2 à 5, soit une amende de 2.080,21 euros ;
- 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 26/10/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Jo MAEBE
Médecin-directeur général f.f.