

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 10 JANVIER 2023
BRS/F/22-016**

Concerne : **Madame A.**
Kinésithérapeute

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 Madame 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.

Bases légale et réglementaire

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.

Article 7 §19 de l'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).

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.

Prestations en cause

Article 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

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

561050 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11
M 12

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

563054 Lorsque la séance 563010 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

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

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

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

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

Circulaire OA n° 2008/139 du 25 mars 2008

Pseudo-codes de nomenclature pour la comptabilisation des dépenses « normales » pour le maximum à facturer (hormis la facturation à 100%) (revenus 2014) :

781896 maximum à facturer - ménages ayant des revenus à partir de 17.719,93 EUR jusqu'à 27.241,07 EUR

781955 maximum à facturer - bénéficiaires d'allocations familiales majorées

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 10.689,84 euros.

Mme A. a procédé au remboursement total de l'indu le 14 mars 2022.

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

Mme A. considère « *l'application des dispositions complexe et inadaptée à la profession, de surcroît en contrariété au principe de libre concurrence* ».

Sa conscience professionnelle ne pouvait l'autoriser à refuser des soins sous prétexte qu'elle avait dépassé le quota des prestations de kinésithérapie.

Ensuite, opposer un refus de soins à un patient a des conséquences directes sur la patientèle future.

Elle travaille régulièrement 10 heures par jour et les deux matinées du week-end.

Refuser des patients aurait eu « *des conséquences immédiates sur sa responsabilité et ce compte tenu de la pénurie de la profession de kinésithérapie* ».

Mme A. demande à ne pas se voir infliger d'amende ou à se voir infliger une amende minimale proportionnée avec sursis vu la qualité de son travail, sa bonne foi et le dépassement de 14.544/156.000, soit de 10 % à peine.

Elle a toujours veillé à apporter des soins de qualité et produit 35 attestations de patients qui insistent sur la qualité de ses soins.

2.2. Décision

Concernant la complexité de la réglementation et son inadaptation à la profession, les maximums de valeurs M pouvant être portés en compte à l'assurance par un prestataire sont visés au §19 de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé tel que modifié par l'arrêté royal du 21 février 2014 (M.b., 13.03.2014) qui est entré en vigueur le 1^{er} mai 2014.

La complexité éventuelle de cette réglementation, qui existe depuis près de 9 ans, ne peut être invoquée pour justifier dans le chef de Mme A. le dépassement du plafond annuel de valeur M. En cas de doute sur la réglementation applicable, il appartient au dispensateur de soins concerné de se renseigner auprès des autorités compétentes (voy. en ce sens : C.E., arrêt n°100.814 du 14.11.2001 et C.E., arrêt n°130.202, 09.04.2004, conseildetat.be).

Par ailleurs, cette réglementation a été élaborée en concertation avec les représentants de la profession concernée qui siègent au Conseil technique de la kinésithérapie, à la Commission de convention kinésithérapeutes – organismes assureurs et au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut.

En tout état de cause, il n'appartient pas au S.E.C.M., en sa qualité d'autorité administrative, d'apprécier l'opportunité ou l'inadaptation éventuelle de la nomenclature des prestations de santé qui est une réglementation d'ordre public (Chambre de première instance FA-008-13 du 27 juin 2014, pp. 12 et 13, FA-013-13, 21 janvier 2015, p. 5, , FA-017-14 du 2 juin 2015, pp. 3 et 4, FA-016-14 du 2 juin 2015, p. 4, www.inami-fgov.be/Professionnels/Infractions; Cass., 28 décembre 1988, *J.T.T.*, 1989, p. 23 ; Cass., 24 avril 1989, *Pas.*, 1989, I, p. 877 ; C. trav. Mons, 8 mai 1998, RG n° 13949, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Anvers, sect. Anvers, 13 février 2001, *B.I.*, 2001/2, p. 238 ; C. trav. Bruxelles, 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 18 avril 2003, *B.I.*, 2003/3, p. 345 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Bruxelles, 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

Concernant la libre concurrence, Mme A. ne précise pas en quoi il y aurait « *contrariété à la libre concurrence* » en l'espèce alors même que les plafonds maximums de valeurs M visent indifféremment tous les kinésithérapeutes dont les prestations sont remboursées par l'assurance soins de santé.

Quant aux attestations produites par Mme A., celles-ci concernent la qualité des soins et sont donc sans incidence sur l'infraction reprochée.

Quant au fondement du grief, il s'agit de l'attestation en 2019 d'un nombre de valeurs M qui dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M visé à l'article 7 §19 de la nomenclature des prestations de santé.

Concernant la période du 01/01/2019 au 31/12/2019 (date de prestations), le Fonctionnaire-dirigeant constate qu'un total de 170.544 valeurs M a été porté en compte.

Le plafond annuel de 156.000 valeurs M a été dépassé de 14.544 valeurs M. Le calcul du montant indu résulte du calcul du prix moyen d'une valeur M en 2019. Ce montant moyen est multiplié par le nombre de valeurs M en 2019 qui excèdent le plafond annuel. Pour Mme A., une valeur M est égale à 0,735 EUR (125.306,39 € / 170.544 valeur M). En conséquence, le montant qui a indûment été porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans la période mentionnée est de 10.689,84 euros.

En conséquence, le grief est établi.

2.3. 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 10.689,84 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Mme A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 10.689,84 euros et de constater que cette somme a été totalement remboursée en date du 14 mars 2022.

2.4. Quant à l'amende administrative

2.4.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 07/01/2019 au 29/04/2021.

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

2.4.2. Le Fonctionnaire-dirigeant estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Mme 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.

En l'espèce, l'infraction est reprochée pour 14.544 valeurs M non conformes attestées 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 Mme A. (indépendante en activité principale depuis 1993), à un antécédent pour des faits similaires (cf. pages 2 et 3 de la note de synthèse) et au remboursement total de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

une administrative s'élevant à 100% du montant des prestations indues (10.689,84 euros), dont 50% en amende effective (5.344,92 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (5.344,92 euros), soit une amende effective de 5.344,92 euros (articles 142, §1^{er}, 2° et 157 de la loi SSI).

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 Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 10.689,84 euros et constate que cette somme a été totalement remboursée;
- Condamne Madame A. à payer une amende de à 100% du montant des prestations indues (10.689,84 euros), dont 50% en amende effective (5.344,92 euros) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (5.344,92 euros), soit une amende effective de 5.344,92 euros (articles 142, §1er, 2° et 157 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 (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,