

Concerne : Monsieur A.
Infirmier

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 M. 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 :

Grief : prestation non conforme : surévaluation de forfait de dépendance

Base légale : article 73bis 2° de la loi coordonnée du 14/07/1994 et article 8 N.P.S.

Argumentation

Il s'agit de 1 cas pour lequel la déclaration de la bénéficiaire, de son médecin-traitant et l'évaluation du degré de dépendance effectuée par le Service ainsi que les déclarations pour le moins convergentes de M. A. ont démontré une surévaluation de la dépendance physique de l'assurée, ayant entraîné de ce fait une facturation de forfaits B non conformes alors qu'un honoraire forfaitaire de type A aurait dû être facturé.

Le grief se base sur la conjonction des critères de dépendance physique du bénéficiaire tels qu'ils sont définis à l'article 8, § 5, 1° de la NPS avec les libellés des prestations correspondant aux honoraires forfaitaires tels qu'ils figurent à l'article 8, § 1^{er} de la NPS et qui exigent, pour les forfaits B, une cotation de dépendance de 3 ou 4 pour le critère se laver, le critère s'habiller, le critère transfert et le critère aller à la toilette ainsi que 3 ou 4 pour le critère continence et/ou le critère manger.

Les prestations ont été attestées du 01/03/2007 au 07/09/2008 et introduites au remboursement après le 15/05/2007. Monsieur A. a porté en compte au nom de cet assurée 93 honoraires forfaitaires de type B (54 x 425294 et 39 x 425692).

L'indu pour l'assurance est de 1.423,05 euros.

La déclaration de remboursement volontaire signée le 15/03/2010 faisait clairement mention d'une échéance de paiement au 15/04/2010.

Cependant, le remboursement de l'indu n'a pas eu lieu.

2 DISCUSSION

1. Remboursement de l'indu

Les déclarations convergentes de la bénéficiaire, de son médecin traitant sur les scores attribués par le service aux différents items établissant le degré de dépendance de la bénéficiaire ainsi que les déclarations du dispensateur de soins montrent que le grief est établi. En outre, lors des auditions du 23 novembre 2009 et du 15 mars 2010, Monsieur A. n'a ni démenti le bien-fondé du grief formulé à son encontre, ni apporté la preuve contraire de ce qui apparaît du dossier. Ainsi, la surévaluation de l'échelle de Katz pour la période incriminée est démontrée.

Le grief a entraîné un débours indu dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Le montant total de l'indu s'élève à 1.423,05 euros.

Puisqu'aucun montant n'a été remboursé, il y a lieu d'ordonner le remboursement de 1.423,05 euros.

2. Amende administrative

L'infraction reprochée à Monsieur A. est passible de sanction.

Monsieur A. est un collaborateur de l'assurance obligatoire.

Ce statut de collaborateur de l'assurance obligatoire lui donne des droits mais lui impose aussi des devoirs, notamment de respecter la réglementation pour éviter de mettre en péril l'équilibre financier du système collectif d'assurance soins de santé.

Le dispensateur de soins doit attester ses prestations en se conformant à la nomenclature des prestations de santé en vigueur.

Par ses agissements, Monsieur A. a porté atteinte à la légitime confiance que devraient pouvoir lui accorder non seulement les autorités mais également les assurés sociaux.

D'autres éléments sont cependant à prendre en considération pour l'évaluation de la sanction.

Ainsi, Monsieur A. n'a pas d'antécédent au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Eu égard à tous ces éléments, il s'indique de prononcer une amende administrative s'élevant à 100% du montant de l'indu mais celle-ci peut être assortie d'un sursis de trois ans pour la moitié, soit une amende effective de 50 % de l'indu, c'est-à-dire 711,52 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 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 1.423,05 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% dont la moitié avec un sursis d'une durée de trois ans, l'amende effective s'élevant à 711,52 euros.

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de première instance dans le mois à compter de la notification de la décision. Ce délai commence à courir le jour de l'expédition de la lettre recommandée à la poste, le cachet de la poste faisant foi. Le recours ne suspend pas l'exécution de la décision.

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

Fait à Bruxelles le 26 mai 2011.

Le Fonctionnaire – dirigeant,
Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général