

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 3 SEPTEMBRE 2013
BRS/F/13-011**

Monsieur A...

médecin - spécialiste en radio-diagnostic

Clinique B...

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 concernant le Docteur A... et la Clinique B..., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il leur est reproché :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution ou dans les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.

Des prestations interventionnelles percutanées (*NPS, art. 34, a*) ont été portées en compte de l'assurance soins de santé indemnités le même jour que des prestations visées à l'article 17 de la NPS (notamment d'angiographie diagnostique), alors qu'il n'est pas possible de les cumuler au cours de la même séance (*NPS, art. 34*).

Les prestations citées tombent sous l'application des dispositions de l'article 73bis , 2° de la loi coordonnée le 14/07/1994.

Les prestations ont été réalisées à la Clinique B...

1.1. Base réglementaire

NPS art. 34 §1

A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)

CHAPITRE VIII. PRESTATIONS INTERVENTIONNELLES PERCUTANÉES SOUS CONTRÔLE D'IMAGERIE MÉDICALE.

§ 1er. **Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification du médecin visé au § 2 :**

a) Traitements percutanés transluminaux vasculaires:"

(...)

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589050 - 589061 Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les artères coronaires | 800

589072 - 589083 Honoraires supplémentaires lors de la prestation n° 589050 - 589061, pour la dilatation d'une ou plusieurs sténose(s) complémentaire(s) d'un autre axe artériel, pour les artères autres que les coronaires, maximum par séance opératoire I 400

589094 - 589105 Dilatation endovasculaire percutanée sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les artères autres que les coronaires au cours d'une intervention chirurgicale, maximum par séance opératoire I 450

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 25.7.1994" (en vigueur 1.11.1994)

La prestation n° 589094 - 589105 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 459071 - 459082 et 459115 - 459126, 469070 - 469081 et 469114 - 469125 lors de la même séance opératoire.

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589116 - 589120 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques par des moyens physiques et chimiques, dans la région encéphalique ou médullaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation I 1000

"A.R. 12.6.2008" (en vigueur 1.8.2008)

La prestation 589116 - 589120 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie.

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589131 - 589142 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation I 600

"A.R. 12.6.2008" (en vigueur 1.8.2008)

"La prestation 589131 - 589142 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie."

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)

589411 - 589422 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région des membres, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du cathéter d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel d'embolisation I 600

La prestation 589411-589422 ne peut pas être portée en compte pour le traitement des varices veineuses des membres inférieurs."

"A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

589470 - 589481 Test d'occlusion percutanée avec protocole neurologique, sous contrôle d'imagerie médicale, de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques, par des moyens physiques ou chimiques, dans la région encéphalique, y compris les manipulations et contrôles pendant le test et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé(s), des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation I 1000

La prestation 589470 - 589481 ne peut être portée en compte que si le protocole neurologique fait apparaître l'impossibilité de réaliser une embolisation thérapeutique."

"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589352 - 589363 Réalisation d'un shunt porto-systémique par voie transjugulaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement, à l'exclusion du matériel de dilatation et du ou des stent(s) | 850

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)

589153 - 589164 Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant la dissolution d'un ou de plusieurs caillots, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux coronaires | 450

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589175 - 589186 Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant à la recanalisation d'une occlusion vasculaire documentée, par fibrinolyse, par recanalisation mécanique, par utilisation d'énergie (thermique, laser, radiofréquence) et par aspiration, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion des cathéters d'angioplastie, des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires | 400

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589433 - 589444 Extraction percutanée d'une électrode chez un patient ayant un stimulateur cardiaque implanté ou un défibrillateur cardiaque implanté ou extraction percutanée d'un corps étranger libre intracardiaque, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel disponible | 300

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589190 - 589201 Plastie endovasculaire percutanée de la valve aortique, d'une malformation congénitale de l'aorte, de la valve pulmonaire, de la valve mitrale, de la valve tricuspide ou fulguration d'une valve, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire | 2250

"A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.1.2000)

589455 - 589466 Fermeture du defect du septum auriculaire, du defect du septum ventriculaire, du canal artériel persistant ou fenestration du septum auriculaire ou fermeture d'une fistule coronaire ou fenestration ou septation dans le septum auriculaire ou le septum interventriculaire ou dilatation de vaisseaux intra-thoraciques (sténose pulmonaire périphérique, voies veineuses péricardiques, coarctation de l'aorte), y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, du matériel d'occlusion, des implants et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire | 2250

La prestation 589190 - 589201 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par séance opératoire.

Les prestations 589190 - 589201 et 589455 - 589466, réalisées lors d'une même séance opératoire ne sont cumulables qu'une seule fois et la prestation supplémentaire est honorée à 50 % de sa valeur.

Si lors d'une même séance opératoire, la prestation 589190 - 589201 n'est pas portée en compte, la prestation 589455 - 589466 peut être portée en compte au maximum 2 fois et la prestation supplémentaire est honorée à 50 % de sa valeur."

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589212 - 589223 Mise en place endovasculaire percutanée d'un filtre dans la veine cave, y compris la cavographie de contrôle | 300

Les prestations n°s 589013 - 589024 et 589035 - 589046 ne sont pas cumulables avec la prestation n° 589153 - 589164.

Les prestations n°s 589050 - 589061, 589094 - 589105, 589116 - 589120, 589131 - 589142, 589175 - 589186 et 589411 - 589422 ne sont pas cumulables entre elles."

"A.R. 7.6.1995" (en vigueur 1.10.1995) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

589374 - 589385 Plastie endovasculaire percutanée de la veine pour sténose veineuse à la suite d'un traitement chronique par hémodialyse ou pour compression de la veine cave supérieure ou inférieure de la veine sous-clavière ou de la veine iliaque par processus expansif, y compris les manipulations et les contrôles au cours du traitement et/ou le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, des produits pharmaceutiques et de contraste et du ou des stent(s) éventuel(s) I 600

"A.R. 18.3.2009" (en vigueur 1.9.2009)

"Prestations pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte et/ou iliaque :

589595 - 589606 Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme aortique abdominal infrarénal abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère iliaque de plus de 3 cm, sans collet iliaque proximal, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste I 2250

(...)

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 18.3.2009" (en vigueur 1.9.2009)

"Les prestations visées en ce point a) ne sont pas cumulables avec les angiographies de diagnostic ou les examens sans produit de contraste, au cours de la même vacation à l'exclusion des angiocardiographies effectuées."

NPS art. 17 §1 (texte en vigueur pour la période du 01/08/2010 au 31/12/2011)

§ 1er. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiodiagnostic (R) :

5° Système vasculaire :

453154 - 453165 Artériographie viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine N 300

453176 - 453180 Artériographie viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, quel que soit le nombre d'artères N 350

453235 - 453246 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

453272 - 453283 Radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs (minimum 6 clichés ou 3 clichés d'un mètre) N 250

453294 - 453305 Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés N 140

453316 - 453320 Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés N 160

453390 - 453401 Phlébographie viscérale sélective après cathétérisme d'une veine viscérale à partir de son origine N 300

6° Neurologie :

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

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

454053 - 454064 Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés N 160

454075 - 454086 Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés N 250

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les angiographies.

NPS art. 17 §1 (texte en vigueur à partir du 01/01/2012)

§ 1er. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiodiagnostic (R):

5° Système vasculaire : *A.R. 26.10.2011" (en vigueur au 1.1.2012)*

453154 - 453165 Artériographie digitale viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine N 300

453176 - 453180 Artériographie digitale viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, quel que soit le nombre d'artères N 350

453235 – 453246 Angiographie digitale de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec la prestation n° 453294-453305, effectuée le même jour) N 160

453272 - 453283 Angiographie digitale de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs N 250

453294 - 453305 Artériographie digitale d'une ou des artères d'un membre N 140

453316 - 453320 Angiographie digitale de la veine cave et/ou phlébographie viscérale N 160

6° Neurologie :

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

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

454053 - 454064 Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés N 160

454075 - 454086 Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés N 250

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les angiographies.

1.2. Prestations en cause

Les prestations en cause concernent 12 prestations pour 10 assurés :

2 prestations effectuées avant le 1^{er} janvier 2012, 453246, N 160, 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)

3 prestations effectuées avant le 1^{er} janvier 2012, 453283, N250, radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs (minimum 6 clichés ou 3 clichés d'un mètre)

2 prestations effectuées après le 1^{er} janvier 2012, 453283, N250, Angiographie digitale de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs

3 prestations effectuées avant le 1^{er} janvier 2012, 453305, N140, Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés

2 prestations effectuées après le 1^{er} janvier 2012, 453305, N 140, Artériographie digitale d'une ou des artères d'un membre

1.3. Argumentation

Le grief porte sur l'attestation de prestations d'artériographie, d'angiographie et de radiographie effectuées lors d'une même séance de radiologie interventionnelle alors que, suivant la Nomenclature, ces prestations ne peuvent pas être portées en compte le même jour.

Le Docteur A... a réalisé, au sein de la Clinique B..., des traitements percutanés transluminaux vasculaires ; ces prestations sont reprises au chapitre VIII de la nomenclature des prestations

de santé intitulé : « prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale - Article 34 §1, a) ».

Si les prestations percutanées de l'article 34 sont réalisées sous contrôle d'imagerie médicale lors de la même vacation, cette dernière est incluse dans la prestation et ne peut être portée en compte de l'assurance soins de santé.

En effet, l'article 34 de la Nomenclature des prestations de santé dispose que :

"Les prestations visées en ce point a) ne sont pas cumulables avec les angiographies de diagnostic ou les examens sans produit de contraste, au cours de la même vacation à l'exclusion des angiocardiographies effectuées."

Il existe donc plus précisément une interdiction de cumul entre :

- d'une part, les prestations interventionnelles percutanées de l'article 34 a) portées en compte par le Docteur A...,
- et, d'autre part, les prestations d'artériographie, d'angiographie et de radiographie visées sous les codes de la nomenclature 453283, 453305, 453246 réalisées lors de la même séance, au sein de la Clinique B..., et également portées en compte.

Dans ces conditions, les prestations visées sous les codes de la nomenclature 453283, 453305, 453246 ne pouvaient pas être portées en compte par le Docteur A....

Or, il est de jurisprudence constante que la Nomenclature des prestations de santé est d'ordre public et doit être interprétée strictement (*Chambre de recours, rôle n°FB-001-07 et FB-003-07, décisions du 01/03/2012, <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2012/20120301F01FR.pdf> et <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2012/20120301F02FR.pdf>*).

Ainsi, le dispensateur n'est pas habilité à effectuer une interprétation téléologique de la Nomenclature des prestations de santé. Il doit l'appliquer strictement : il ne peut pas se prévaloir du changement de la réglementation opéré par la suite et correspondant à la pratique qu'il avait adoptée pour tenter de se justifier (*Chambre de première instance, rôle n°FA-002-10, décision du 29/03/2012, <http://inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2012/20120329F01FR.pdf>*) :

« Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte (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. C..., 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. D..., sect. D..., 13 février 2001, B.I., 2001/2, p. 238 ; C. trav.E..., 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. C..., 18 avril 2003, B.I., 2003/3, p. 345 ; C. trav. F..., sect. F..., 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. E., 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

Le Conseil d'Etat a rappelé à maintes reprises qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fut-ce 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., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.203 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.204 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.207 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.208 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.209 du 9 avril 2004, inédit) ».

En conclusion, le grief est établi, le Docteur A... ayant bien porté en compte des prestations interventionnelles percutanées (NPS, art. 34, a) le même jour que des prestations visées à l'article 17 de la NPS (notamment d'angiographie diagnostique), alors qu'il n'est pas possible de les cumuler au cours de la même séance (NPS, art. 34).

1.4. Montant de l'indu

Le grief concerne 12 prestations pour 10 assurés (cf paragraphe 1.2). Ces prestations n'auraient pas dû être attestées.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 1.266,75 €

Le Docteur A... et la clinique B... ont procédé au remboursement total de l'indu le 26/06/2013.

2. DISCUSSION

2.1. Fondement du grief

Il ressort du dossier que les éléments matériels constitutifs de ce manquement sont réunis et prouvés.

Dans la réponse à la demande des moyens de défense, la Clinique B..., par l'intermédiaire de son avocat, et le Docteur A... ont formulé une contestation de principe sans avancer d'argument.

Les Docteurs G., A..., H... et le chef de service radiologie à la clinique B..., le Docteur I... avaient, par courrier en date du 24 novembre 2012 (*pièces n°98 à 102 – remarques concernant PVC du 12/11/2012*), adressé une contestation argumentée du procès-verbal en date du 12 novembre 2012 qui venait de leur être notifié (*pièces n°54 à 82 – PVC du 12/11/2012 de A... et notification du PVC*).

Il en ressort que selon eux :

- l'artériographie diagnostique peut être nécessaire le jour du geste endovasculaire et est un acte à part entière, de la même manière que s'il avait été exécuté dans une séance différente. Il n'est pas systématiquement recouru à la réalisation d'une artériographie diagnostique en supplément du geste interventionnel : cela est décidé en fonction des situations.
- le fait de cumuler les codes litigieux n'a pas un but lucratif, car la grande majorité des actes de radiologie interventionnels sont sous-financés, en raison du retard de la nomenclature belge dans la prise en charge de pathologies par rapport à l'état d'avancement international des recherches. Il s'agit plutôt d'un « scénario de survie d'une offre de soins aux patients ». Les prestations que les radiologues interventionnels attestent sont effectuées, afin de permettre d'éviter des actes plus pénibles pour le patient et plus coûteux pour la collectivité.
- le cumul des prestations litigieuses dans le présent dossier est un « grand classique » depuis de très nombreuses années et a fait l'objet d'une tolérance bienveillante.
- la différence de traitement entre la cardiologie et la radiologie interventionnelles est à dénoncer.

- enfin, ils listent plusieurs exemples qui conduiraient à des situations absurdes s'ils appliquaient la nomenclature.

Leur argumentation ne peut pas être retenue pour les raisons suivantes.

D'abord, l'infraction qu'ils ont commise est purement réglementaire. Les Docteurs G..., A..., H... avaient manifestement connaissance de l'état de la réglementation et de l'interdiction de cumul pour une même vacation des prestations litigieuses (*cf pièce n°100 – remarques concernant PVC du 12/11/2012*).

Ainsi qu'il a été vu ci-dessus (*cf paragraphe 1.3*), le dispensateur doit appliquer strictement la Nomenclature et ne peut pas décider de l'aménager en fonction de ses besoins.

Ensuite, la prétendue « tolérance bienveillante » dont ils se prévalent ne peut pas constituer une cause d'exonération, dans la mesure où l'absence de contrôle d'un dispensateur sur une période donnée n'emporte nullement acquiescement des prestations qu'il atteste.

Par ailleurs, le prétendu caractère obsolète de la Nomenclature belge dans le domaine de la radiologie ne peut pas être retenu au regard de la nouvelle modification intervenue par l'Arrêté royal du 26 octobre 2011, modifiant les articles 17, § 1er, 17ter, A et B, 20, § 1er, e), 24, § 2, 25, §§ 1er et 3, 26, §§ 9 et 12, et 34, § 1er, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*M.b. 25/11/2011*).

En outre, les propositions de modification de la Nomenclature émanent soit du comité de l'assurance soins de santé au sein duquel siègent des représentants des dispensateurs et des gestionnaires d'établissements hospitaliers, soit du Ministre (*art. 21 et 22 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994*). Les codes de la nomenclature sont le fruit de discussions au sein de commissions et ont été adoptés en toute connaissance de cause entre autre par les représentants des dispensateurs de soins concernés.

En tout état de cause, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'est pas l'instance compétente pour traiter de la nécessité ou non de modifier la réglementation.

Enfin, invoquer une différence de traitement entre la cardiologie et la radiologie interventionnelle n'est pas fondé.

En effet, si l'article 34 traite de la radiologie interventionnelle, il n'en demeure pas moins que les prestations contenues à l'article 34 sont accessibles tant aux radiologues qu'aux autres spécialistes, en rapport avec leurs compétences, ainsi que le prévoit l'article 34 §2 :

*« Les prestations reprises au présent article sont **accessibles aux médecins spécialistes en radiodiagnostic et aux autres médecins spécialistes pour autant que la pathologie traitée soit du domaine de leur spécialité.***

Les prestations prévues au présent article ne peuvent être attestées que dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire qui prend la responsabilité pour la continuité du traitement pendant la mise au point, l'intervention et son suivi.

Les prestations reprises au présent article doivent donner lieu à un protocole décrivant la procédure utilisée, le déroulement de l'acte, ses aléas éventuels, ainsi que le résultat obtenu ».

Aussi, un cardiologue qui réalise des dilatations de vaisseaux périphériques (*art. 34*) sera soumis aux mêmes règles que le radiologue : il ne pourra pas facturer l'angiographie diagnostique réalisée au cours de la même séance que la procédure interventionnelle.

Un chirurgien qui réalise des dilatations vasculaires et pose des stents (*art. 34*) ne pourra également pas facturer l'angiographie conjointement à sa procédure de dilatation.

Pour un même code interventionnel de l'article 34 et donc pour une même prestation, il n'y a pas de traitement différent selon la spécialité du prestataire.

Il en est de même pour la coronographie et la dilatation coronarienne : les radiologues peuvent réaliser des coronographies et des dilatations aux mêmes conditions que les cardiologues.

Contrairement à ce que prétendent les Docteurs G..., A... et H..., il n'y a donc pas d'inégalité de traitement entre radiologue et cardiologue pour l'attestation de prestations semblables.

L'argumentation des Docteurs G..., A... et H... ne peut pas être retenue et le grief à l'encontre du Docteur A... et de la clinique B... est incontestablement établi.

2.2. Quant à l'indu

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

code	libellé	coef	date du code	nb	montant
453246	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)	N160	01-11-1992	2	177,71
453283	Radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs (minimum 6 clichés ou 3 clichés d'un mètre)	N250	01-04-1985	3	414,57
453283	Angiographie digitale de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs	N250	01-01-2012	2	283,06
453305	Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés	N140	01-04-1985	3	232,89
453305	Artériographie digitale d'une ou des artères d'un membre	N140	01-01-2012	2	158,52
Total				12	1266,75

L'indu total est donc évalué à 1.266,75 €.

Eu égard au fait que le grief est déclaré fondé, le Docteur A... et la Clinique B... sont solidairement tenus par le remboursement de l'indu, en application des articles 142 §1^{er}, 2° et 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 1.266,75 €.

Le Fonctionnaire dirigeant constate que le remboursement de l'indu est intervenu en date du 26 juin 2013 pour un montant de 1.266,75 €.

En raison de ce remboursement de l'indu et en l'absence d'antécédents, le Fonctionnaire dirigeant décide de ne pas prononcer d'amende administrative.

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 solidairement le Docteur A... et la clinique B... à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 1.266,75 €
- Prend acte du remboursement de la totalité du montant de 1.266,75 € .

Ainsi décidé à Bruxelles, le 03-09-2013

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général