

**DECISION DU FONCTIONNAIRE – DIRIGEANT 23 MAI 2012
BRS/F/12-005**

Madame A.

Accoucheuse praticien de l'art infirmier – Infirmière brevetée

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 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 d' :

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 14/07/1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées.

Base légale et réglementaire :

Loi coordonnée 14 juillet 1994

Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

1° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires visés dans la présente loi ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies;

Nomenclature des prestations de santé, art 8

Prestations en cause

425272 : forfait A semaine

425670 : forfait A WE et fériés

425294 : forfait B semaine

425692 : forfait B WE et fériés

425272

Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W 3,825

425670

Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) W 5,71

426635

Soins infirmiers à domicile : 1ère prestation de base attesté pour : a) patients non-palliatifs : le forfait A, pour le forfait B (425294, 425692)

426731 :

Soins infirmiers à domicile : a) patients non-palliatifs : prestations 425110, 425515 et 425913 attestés pour le forfait A (425272, 425670 et 426075), pour le forfait B (425294, 425692 et 426090)

425294

Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W 7,371

425692

Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:

- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et
- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) W 10,944

Il ressort des éléments recueillis lors de l'enquête et des auditions de la prestataire que les prestations de soins de forfait A (425670 et 425272) et forfait B (425294 et 425692) attestées n'ont pas été réalisées.

Les assurés entendus affirment ne pas avoir reçu les soins attestés.

Pour le grief, l'indu total a été évalué à 8.213,38 €.

Un remboursement partiel a été effectué pour un montant de 1.812,55 €.

2. DISCUSSION

Ce grief concerne deux cas d'assurées.

Cas n°1.

Pour le premier cas, un procès-verbal de constat a été dressé le 25 novembre 2009.

Conformément à l'article 142 § 3 2° de la loi du 14 juillet 1994, les contestations qui relèvent de la compétence du fonctionnaire-dirigeant doivent être tranchées par lui dans les deux ans du procès-verbal de constat.

Ce délai étant dépassé, le premier cas est prescrit.

L'indu qui s'y rapporte a été payé par Madame A., malgré le fait que cette dernière contestait formellement la déclaration de l'assurée. Ayant perdu son agenda 2008, sa défense devenait incertaine. De plus, elle pensait, erronément, que par ce paiement volontaire, elle mettait fin à toute réclamation ultérieure. Le montant de 933,04 € devra donc lui être remboursé.

Cas n°2.

Il ressort des éléments recueillis lors de l'enquête que Madame A. n'a pas réalisé une partie des prestations portées en compte à l'assurance. Les témoignages recueillis sont ceux de l'assurée elle-même et de son médecin traitant.

La patiente est autonome dans la gestion du quotidien.

Madame A. reconnaît qu'elle a erronément facturé des prestations durant ses congés. Elle a expliqué qu'il s'agissait d'une erreur d'encodage qui ne procédait pas d'un acte volontaire. L'infirmière a d'ailleurs remboursé l'indu afférent à cette période pour un montant de 879,51 €.

D'autre part, l'assurée ne conteste pas que Madame A. venait à son domicile, le jeudi.

Vu cet élément, il convient d'admettre une prestation hebdomadaire, le jeudi, et ce, durant toute la période litigieuse. En décomptant les 5 jeudis portés en compte pendant les vacances de la prestataire et en accordant les prestations pour 42 jeudis, il convient donc de retrancher un montant de 1087,38 € de l'indu.

3. MONTANT ET REMBOURSEMENT DE L'INDU

Dans la note de synthèse, l'indu total du dossier s'élève à 8.213,38 €.

Suite à l'examen des griefs, ce montant doit être revu :

8.213,38 €
- 933,04 € (1^{er} cas prescrit)
-1.087,38 € (décompte des 42 jeudis du 2^{ème} cas)

6 .192,96 €

Quant au montant restant à rembourser, il doit se calculer comme suit :

6.192,96 €

- 933,04 € (remboursement volontaire du 1^{er} cas)

- 879,04 € (remboursement volontaire de la période de vacances erronément tarifée du 2^{ème} cas)

**-----
4.380,41 €**

4. AMENDE ADMINISTRATIVE

Conformément à l'article 142,§ 1^{er},1° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, une amende comprise entre 50% et 200% du montant de l'indu peut être prononcée lorsque le dispensateur a porté en compte des prestations non effectuées.

D'une part, Madame A. n'a pas d'antécédent et a effectué un remboursement volontaire partiel.

D'autre part, la prestataire a commis des erreurs dans la tarification de ses prestations à l'assurance.

Son statut de collaborateur de l'assurance obligatoire lui donne des droits mais lui impose également des devoirs notamment 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 strictement à la nomenclature des prestations de santé en vigueur.

Par ses agissements, Madame A. a porté atteinte à la légitime confiance que devraient pouvoir lui accorder les autorités et les assurés sociaux.

Eu égard à ces éléments, il s'indique de prononcer une amende administrative s'élevant à 100% de l'indu (6.192,96 €) mais celle-ci peut être assortie d'un sursis de trois ans pour la moitié, soit une amende effective de 50% de l'indu (3.096,48 €).

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 en son deuxième cas sauf en ce qui concerne les prestations effectuées le jeudi;

Condamne Madame A. à rembourser le solde de la valeur des prestations indues soit un montant de 4.380,41 €;

Condamne Madame A. à payer une amende administrative fixée à 100% du montant de l'indu (6.192, 96 €), dont la moitié assortie d'un sursis de trois ans, l'amende effective s'élevant donc à 3.096,48 €.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 23 mai 2012

Le Fonctionnaire-Dirigeant

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général