

DECISION DU FONCTIONNAIRE DIRIGEANT DU 4 AOUT 2016
BRS/F/16-007

Concerne : **Monsieur 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 concernant Monsieur A. , kinésithérapeute, 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 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.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Attestation de prestations de kinésithérapie qui ne répondent pas aux dispositions de la Nomenclature des prestations de santé, à savoir le dépassement du nombre maximum de prestations par jour.

Attestation de prestations de kinésithérapie qui ne répondent pas aux dispositions de la Nomenclature, à savoir le dépassement du nombre maximum de prestations par jour, pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

1.1 Base réglementaire :

Article 7 de la Nomenclature des prestations de santé qui dispose :

« (...) **§ 7.** Par "apport personnel du kinésithérapeute", il faut entendre le temps qui est personnellement et exclusivement consacré par le kinésithérapeute au traitement ou à l'évaluation du bénéficiaire concerné.

La "durée globale moyenne" d'apport personnel s'évalue sur un terme qui ne peut être inférieur à 3 mois pour l'ensemble des prestations concernées et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

§ 19. Par dispensateur, il ne peut être porté en compte en moyenne par journée que 30 prestations, dont maximum 20 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

Ces nombres moyens journaliers s'évaluent sur une période d'activité effective qui ne peut être inférieure à 90 jours et qui tient compte des journées d'activité effective comme inscrit dans les dossiers kinésithérapeutiques et/ou le registre pour l'ensemble des prestations et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

Pour la détermination du nombre moyen de prestations par journée, les prestations d'une durée de, respectivement, minimum 60 et 120 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute valent deux et

quatre prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. La prestation d'une durée de 45 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute vaut 1,5 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.(...) ».

1.2 Argumentation

Données chiffrées pour la période concernée : 01/04/2012 au 31/12/2012 inclus.

<u>J</u>	<u>NT</u>	<u>MT</u>	<u>N</u>	<u>MN</u>	<u>Nmax</u>	<u>N trop</u>	<u>M</u>	<u>m</u>	<u>M-m</u>	<u>Montant indû</u>
211	7.479	85.879,05	7.479	85.879,05	4.220	3.259				14.823,82
						1.149	7,98			9.169,02
						2.110	7,98	5,3	2,68	5.654,80

J = jours : nombre de jours prestés

NT = nombre total de prestations, toutes les prestations, tant les prestations de 30 ou 20 minutes que les prestations non limitées dans le temps

MT = montant total de toutes les prestations

N : nombre de prestations de 30 ou 20 minutes

MN : montant total des prestations de 30 ou 20 minutes

N max : le nombre de prestations de 30 ou 20 minutes que le dispensateur de soins pouvait attester = nombre de jours prestés x 20 = 20J

N trop : nombre de prestations limitées dans le temps qui ne pouvaient pas être attestées = N-20J (N-Nmax)

M : montant moyen de remboursement des prestations de 30 ou 20 minutes

m : montant moyen de remboursement des prestations non limitées dans le temps ; il s'agit d'une simulation : toutes les prestations limitées dans le temps (avec les différents remboursements par assuré(e)) sont remplacées par les prestations non limitées dans le temps qui y correspondent, après quoi, la moyenne est calculée.

Montant indû : le montant imputé = N trop de prestations x (M-m)

Nombre total de prestations

560011	M 24	PK-MD : KINE.MOY30MIN	1555	27183,46
560055	M 13	PK.MD : KINE.MOY30MIN	4825	38437,19
560652	M 24	PK : KINE.MOY30MIN	703	13649,85
563010	M 24	PK : KINE.MOY30MIN	168	3063,84
563054	M13	PK : KINE.MOY30MIN	33	306,24
563614	M 24	PK : KINE.MOY30MIN	195	3238,47
			7479	85879,05

Sur 211 jours, 211 x 20 = 4.220 prestations limitées dans le temps pouvaient être attestées et au total 211 x 30 = 6.330 prestations pouvaient être attestées.

Les prestations au-delà de 6.330, soit 7.479 - 6.330 = 1.149 prestations ne sont pas remboursables -> indu total de 9.169,02 euros.

Les prestations entre 4.220 et 6.330, soit 2.110 prestations sont remboursables comme prestations non limitées dans le temps -> indu différentiel 5.654,80 euros comme calculé ci-dessous :

Etant donné que le nombre de prestations limitées dans le temps M13 représente 65 % du nombre total des prestations limitées dans le temps, on ne tient compte que de la moyenne de ces prestations.

Le montant moyen de remboursement des prestations limitées dans le temps (M) s'élève à 7.98 euros.

Ce montant est obtenu en divisant le montant total des prestations limitées dans le temps (MN) par le nombre de prestations limitées dans le temps (N).

Le nombre de prestations limitées dans le temps (N) est la somme d'un certain nombre de montants partiels (voir le tableau ci-dessous) où il est tenu compte e.a. de la disposition de l'art. 7, § 19, alinéa 2, et des éventuels codes 785050 (pseudo-code pour les régularisations effectuées).

Prestations de 30 ou 20 minutes M 13 attestées par le kinésithérapeute A. :

560055	M 13	PK.MD : KINE.MOY30MIN	4825	38437,19
563054	M13	PK : KINE.MOY30MIN	33	306,24
		7,98	4858	38743,43

Le montant théorique moyen de remboursement des prestations non limitées dans le temps (m) s'élève à 5,30 euros.

Pour chaque code NPS limité dans le temps, le nombre de prestations a été compté (b) par valeur de remboursement distincte retrouvée (a).

Pour chacune de ces valeurs de remboursement, le montant (valeur de remboursement) de la prestation non limitée dans le temps y correspondante (c) a été recherché.

Le montant total (d) a été calculé pour chacune de ces valeurs de remboursement. Celles-ci ont été additionnées et divisées par le nombre total de prestations remboursées. C'est ainsi que la valeur du montant théorique moyen de remboursement des prestations non limitées dans le temps (m) a été déterminée.

a : valeur de remboursement de la prestation limitée dans le temps

b : nombre de prestations remboursées

c : montant correspondant prestation non limitée dans le temps

d = b x c : montant total pour ce code NPS à cette valeur de remboursement

	a	b	c	d
560055	7	2363	4,65	10987,95
560055	8,89	2445	5,9	14425,5
560055	9,42	17	6,26	106,42
563054	9,28	33	6,16	203,28
		4858	5,30	25723,15

On obtient le montant indûment remboursé en multipliant le nombre de prestations limitées dans le temps qui ne pouvaient pas être attestées (N trop de prestations issues du premier tableau) par la différence entre le montant moyen de remboursement des prestations limitées dans le temps et le montant théorique moyen de remboursement des prestations non limitées dans le temps (M-m).

Donc : $2.110 \times (7,98-5,30) = 2.110 \times 2,68 = 5.654,8$ euros.

Vu les antécédents, des données complémentaires ont été demandées pour la période de janvier 2013 à février 2014.

Une série de prescriptions originales et d'ASD ont été demandées auprès des OA.

Il en ressort que les ASD introduites via le système du tiers-payant ont été présentées tardivement aux OA.

1.3 Conclusion

Au cours de la période du 1/4/2012 au 31/12/2012 inclus, 7.479 prestations, pour lesquelles une durée moyenne globale de 30 ou 20 minutes ou l'apport personnel du kinésithérapeute de minimum 20 minutes est exigé, ont été attestées.

Pour 211 jours de travail, le nombre maximum de prestations tant celles limitées dans temps que celles qui ne le sont pas, est de 6.330.

Pour 211 jours de travail, le nombre maximum de prestations limitées dans temps est de 4.220.

Le maximum de 30 prestations en moyenne par jour est dépassé de même que le maximum de 20 prestations en moyenne limitées dans le temps par jour.

1.149 prestations ne sont pas remboursables car elles dépassent le plafond des 6.330 prestations. Le préjudice causé à l'assurance-maladie s'élève à **9.169,02 €** (indu total).

2.110 prestations sont remboursables en qualité de prestations non-limitées dans le temps. Après l'application de la règle de la différence, le montant indu s'élève à **5.654,80 €** (indu différentiel).

Le montant total indu s'élève à **14.823,82 €**.

Le prestataire n'a pas procédé au remboursement de l'indu, malgré une déclaration de remboursement volontaire partiel d'une somme de 500 €.

2 DISCUSSION

2.1. Quant au fond

Dans une lettre datée du 14 mai 2016, Monsieur A. s'est expliqué concernant le nombre maximum de prestations facturées par jour.

Selon Monsieur A., lorsqu'il travaillait au centre médical, il est tombé dans une spirale qu'il n'a pu contrôler. Ce centre médical accueillait plus de 100 patients par jour. La plupart des patients venaient de Schaerbeek car ils avaient trouvé là-bas un médecin très complaisant pour leur fournir des certificats de maladie, ce qui leur permettait de

rester le plus longtemps possible sur la mutuelle ou au chômage. Pour conforter le dossier médical, le médecin prescrivait également de la kinésithérapie et tous ces patients venaient chez lui pour faire savoir au médecin-conseil qu'ils étaient toujours en traitement. Monsieur A. ne l'a pas tout de suite compris, raison pour laquelle il n'a quitté le centre que plus tard. Il n'était pas fier de sa journée car pour lui, ce n'était pas de la vraie kinésithérapie. De plus, le secrétariat ne parvenait pas à suivre car il y avait des stagiaires différentes tous les 15 jours. Monsieur A. avait donc pris du retard dans l'élaboration de ses A.S.D.

Quand il a quitté le centre, il a embarqué tous ses dossiers et a commencé à mettre de l'ordre dès qu'il s'est installé dans son nouveau cabinet.

Pour détailler le manque d'intérêt des patients pour leur traitement, Monsieur A. explique que ceux-ci prenaient rendez-vous mais lors de leur séance de kinésithérapie, les patients demandaient d'arrêter au bout de 10 minutes et ce, pour différents motifs.

De plus, régulièrement, le patient suivant, déjà présent dans la salle d'attente, frappait à la porte pour être pris immédiatement en charge. C'est de cette manière qu'il est arrivé au dépassement qui lui est reproché.

En fin de journée, il en était malade et stressé, ce qui lui a valu une hospitalisation de 8 jours pour fibrillation auriculaire, pour laquelle il est toujours soigné actuellement par la prise de médicaments.

Monsieur A. regrette la situation vécue au centre médical. Il a marqué son accord sur les constatations du Service.

Il résulte de l'enquête du Service et, entre autres, des déclarations recueillies que le grief est établi.

Un dossier fut également transmis au Service de contrôle administratif concernant l'introduction tardive des ASD.

2.2. Quant à l'indu

Le montant total indu s'élève à **14.823,82 €**.

En date du 12 mai 2014, Monsieur A. a signé une déclaration de remboursement volontaire partiel pour un montant de 500 €.

Jusqu'à présent, aucun montant n'a été remboursé.

2.3. Quant aux amendes applicables

Législation applicable

Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 décembre 2012.

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI , les sanctions applicables sont celles visées à l'article 142, §1, 2° de la loi ASSI qui stipule:

« §1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis :

2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis,2°».

Quant au montant des amendes administratives

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

Monsieur A. a porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes à la réglementation.

Ce comportement est inacceptable dans le chef de prestataires de soins habilités à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire. Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité, qui ont fait défaut, en l'espèce.

Les agissements de Monsieur A. sont, non seulement, de nature à miner l'équilibre financier de l'assurance obligatoire mais également de nature à ébranler la confiance légitime que les assurés sociaux et la collectivité, dans son ensemble, accordent aux dispensateurs de soins.

Le montant indu qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 14.823,82 €, est important.

Pour évaluer la sanction, le Service prend également en considération le fait qu'aucun remboursement, même partiel de l'indu, n'est intervenu, malgré la signature d'une déclaration de remboursement volontaire.

De plus, Monsieur A. a des antécédents au sein du Service (voir p 3, point 3, de la note de synthèse).

En tenant compte de tous ces éléments, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a décidé d'infliger à Monsieur A. une amende effective de 150% du montant de l'indu, soit la somme de 22.235,73 €.

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 14.823,82 € ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative effective de 150% du montant des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé, soit 22.235,73 € ;
- 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 04/08/2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général