

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 05 MAI 2014
BRS/F/13/025

Concerne **Monsieur A.**
 Neurochirurgien
 Et la S.P.R L B et A S B L C.

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 le Dr A , suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI

Le Dr A a attesté des prestations non conformes

1.1. Base légale

Article 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Articles 14K, 15 et 25 de la Nomenclature des prestations de santé

1.2. Fondement

Des divers éléments recueillis (listings authentifiés et fournis par les Organismes assureurs et les protocoles opératoires, l'audition du prestataire) il appert que la prestation attestée sous le code 281982-(résection-reconstruction d'un corps vertébral – **article 14k NPS prestation chirurgicale traitement sanglant**) ne correspond pas à celle réellement effectuée, laquelle est par ailleurs non attestable En effet, il s'agit de la réalisation d'une cyphoplastie (kyphoplastie/cyphoplastie 589676- 589680- Article 34 NPS ch VIII **prestation interventionnelle percutanée sous contrôle d'imagerie médicale**) – dont les critères précisés dans la nomenclature ne sont pas rencontrés.

Dès lors, toutes les autres prestations qui en découlent, et/ou qui y sont liées ne pouvaient être portées en compte à l'ASSI

L'A S B L C a procédé au remboursement total de l'indu le 10/02/2014

1.3. Conclusions

Il est reproché au Dr A. d'avoir attesté des prestations non conformes .

9 prestations attestées sous le code **281982** (résection-reconstruction d'un ou plusieurs corps vertébraux).

9 prestations attestées sous le code **318920** (supplément d'honoraires pour prestations chirurgicales pour N> N200)

18 prestations attestées sous le code **598124** (honoraires de surveillance)

| code | nb prestations | Nb assurés | € | date de prest | date intro |
|---------------|----------------|------------|---------|--------------------------------|--------------------------------|
| 281982 | 9 | 9 | 7626,39 | | |
| 318920 | 9 | 9 | 19,26 | | |
| 598124 | 18 | 8 | 172,58 | 04/10/2010 au 07/10/2011 | 01/02/2011 au 09/12/2011 |
| total | 36 | 9 | 7818,23 | | |

Le grief porte donc sur 36 prestations relatives à 9 assurés et datées sur une période allant du 04/10/2010 au 07/10/2011 et introduites auprès des Organismes Assureurs durant une période allant du 01/02/2011 au 09/12/2011 pour un montant total de **7818,23€** dont 5 prestations datées d'une période allant du 07/10/2011 au 09/10/2011 et introduites à l'O A le 09/12/2011 pour un montant de 896,74 €

L'indu total s'élève à **7818,23 €**

2 DISCUSSION

2.1. Justifications du Dr A.

Les moyens de défense du 5 février 2014 renvoient, en grande partie, à ce qui a été dit précédemment par le Dr A (procès-verbal d'audition du 14/12/2012, mails des 14/01/2013 et 31/01/2013) .

- Procès-verbal d'audition du 14/12/2012

« . C'est un problème majeur d'une législation pas en phase avec la réalité
Si les critères de remboursement de la prestation ne sont pas rencontrés, je le précise dans un courrier au médecin traitant et j'informe le patient du coût à sa charge Ce coût reprend le coût du matériel (pour la pharmacie) à peu près 3500 euros
Pour le coût opératoire, j'applique le code inami de reconstruction de fracture, ce qui permet de facturer l'anesthésie et le séjour hospitalier (cela peut être N 400, réduction sanglante d'une fracture ou N 700, résection et reconstruction d'un corps vertébral) »

- Le Docteur A., via son conseil, déclare

- dans son mail du 14/01/2013 .

« Par ailleurs, en ce qui concerne les 10 assurés du procès-verbal, je ne peux comprendre la logique de les considérer "hors Inami"

Comme expliqué, j'ai bien souligné qu'ils étaient "hors critère" dans mes différents courriers ainsi qu'aux patients, et il n'y a eu aucune intention de porter à charge de l'Inami le coût d'une kyphoplastie (matériel +/- 4000€)

Ces patients présentaient bel et bien des fractures dont la reconstruction a pu (mais pas toujours) faire appel à la technique de kyphoplastie (dans ces cas payée par le patient), il était donc logique de ne pas utiliser le 1400 (ce qui aurait été une interprétation) mais bien un code de traitement de fracture. Dire qu'aucun code ne pouvait être utilisé revient à exclure ces patients du système global de santé ce qui médicalement me paraît inacceptable. On ne peut tout de même pas assimiler ces patients multi-fracturés, et souvent atteints d'une perte d'autonomie majeure, à de la chirurgie "esthétique" du rachis. Je pense qu'il serait logique et constructif de proposer un code que le corps médical pourrait utiliser pour ces patients "hors critères" afin d'éviter des situations de ce type.

Par ailleurs, renseignement pris, il s'agit d'une attitude pratiquée et défendue non seulement par divers experts de cette technique mais également par les chirurgiens orthopédiques et neurochirurgiens du rachis () ».

- dans un mail du 31/01/2013
- Nullité du procès-verbal de constat du 14 12 2012 (procès-verbal de constat incomplet par rapport aux mentions prévues à l'article 64 du Code pénal social)
- Quant au contexte réglementaire . historiquement l'utilisation de ces codes 281971-281982 dans les cas de cyphoplastie n'a jamais donné lieu à la moindre contestation de l'INAMI. Par ailleurs, après la modification de la nomenclature entrée en vigueur le 01/08/2008 aucun texte n'excluait la possibilité de porter en compte lors d'une vertébroplastie les codes repris ci-dessus.

L'apparition d'un code spécifique pour la cyphoplastie n'a pas entraîné l'interdiction de recours au code 281971-281982

Il n'est pas possible juridiquement de déduire de l'existence d'un code spécifique pour la cyphoplastie, l'interdiction de recourir au code plus général « résection-reconstruction d'un

ou plusieurs corps vertébraux » en cas de non application des critères d'utilisation de ce code spécifique

- Les prestations litigieuses étaient bien de la résection-reconstruction d'un ou plusieurs corps vertébraux
- L'utilisation du code 281971-281982 signifie que le patient garde à sa charge le coût du kit de cyphoplastie
- En aucune façon, le Docteur A n'a tenté de faire intervenir l'INAMI pour des prestations auxquelles les patients n'avaient pas droit. Il n'a jamais demandé de porter en compte à l'INAMI le remboursement d'un acte de cyphoplastie alors que le patient n'entrait pas dans les conditions pour en bénéficier
- Il invoque l'article 23 de la Constitution et le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique.
- Après avoir parlé du principe de légitime confiance, il est avancé l'argumentation de la non existence du principe général de droit selon lequel l'accessoire suit le principal

En outre, suivant ses moyens de défense du 5 février 2014 .

- l'institution perceptrice est celle au sein de laquelle il a effectué les prestations litigieuses, soit l'ASBL C ,
- le Dr A joint un avis du Groupe Belge des Spécialistes en Neurochirurgie qui insiste sur le fait que la pratique est tout sauf un cas isolé mais prend également fait et cause pour les arguments de défense du Dr A ,
- le Dr A se réfère à trois publications dans des revues scientifiques

2.2. Discussion

2.2.1. Quant à la nullité du procès-verbal de constat du 14.12.2012

Le Dr A invoque que le procès-verbal de constat serait nul puisqu'il ne reprend pas toutes les mentions prévues à l'article 64 du Code pénal social

Suivant cette disposition

« Tout procès-verbal constatant une infraction aux dispositions du présent Code contient au moins les données suivantes »

- 1° l'identité du fonctionnaire verbalisant,
- 2° la disposition en vertu de laquelle le fonctionnaire verbalisant est compétent pour agir,
- 3° le lieu et la date de l'infraction;
- 4° l'identité de l'auteur présumé et des personnes intéressées,
- 5° la disposition légale violée,
- 6° un exposé succinct des faits en rapport avec les infractions commises,
- 7° les date et lieu de rédaction du procès-verbal, le lien éventuel avec d'autres procès-verbaux, et, le cas échéant, l'inventaire des annexes

Le Roi peut établir des règles générales de forme applicables aux procès-verbaux de constatation d'une infraction. »

En l'espèce, le procès-verbal de constat mentionne

- l'identité du fonctionnaire verbalisant Dr D. à la page 1 ,
- la disposition en vertu de laquelle le fonctionnaire verbalisant est compétent pour agir article 169 de la loi ASSI coordonnée le 14 07.1994 à la page 8 ,
- la date de l'infraction cf les tableaux pages 3 à 7 ,
- l'identité de l'auteur présumé et des personnes intéressées . A à la page 1 ,
- la disposition légale violée . article 73bis de la loi ASSI et certaines dispositions de la Nomenclature cf pages 1 et 2 ,
- un exposé succinct des faits en rapport avec les infractions commises cf la rubrique relative à l'argumentation à la page 3 ,
- les date et lieu de rédaction du procès-verbal, le lien éventuel avec d'autres procès-verbaux, et, le cas échéant, l'inventaire des annexes la page 1 mentionne que le procès-verbal de constat a été rédigé le 14 12 2012 à

Donc, seul le lieu de l'infraction n'est pas mentionné

Relevons que le Code pénal social ne prévoit pas de sanction s'il manque certaines mentions dans le procès-verbal de constat

Aucun arrêté royal n'a été pris pour établir des règles générales de forme applicables aux procès-verbaux de constat

Par conséquent, le procès-verbal de constat du 14 12 2012 n'est pas nul

2.2.2. Quant à l'application du principe de légitime confiance

Pour qu'il y ait légitime confiance, il doit être question d'attentes légitimes dans le chef du dispensateur de soins, ce qui n'est pas le cas en l'espèce

En outre, suivant la jurisprudence du Conseil d'Etat (9 avril 2004 – n° 130.204, [www raadvst-consetat be](http://www.raadvst-consetat.be))

« Il ne ressort d'aucune des pièces de la procédure que l'INAMI aurait acquiescé à la pratique consistant à facturer une prestation différente sous le code 471026 "Mise en place d'une sonde de Metras, sous contrôle radioscopique".

Le requérant ne peut, dès lors, reprocher à la Commission d'appel d'avoir fait une fausse application du principe de confiance légitime en jugeant que "l'existence d'une prétendue autorisation assimilant la prestation effectuée au code 471026 n'est pas établie".

La Commission d'appel a écarté le principe de la légitime confiance en considérant que le maintien du code n'a pas pu induire le requérant en erreur dès lors que la prestation litigieuse n'a pas été effectuée dans les conditions précises qui y sont énoncées. »

2.2.3. Quant au fond

2.2.3.1 Le litige porte sur l'utilisation du code **281982** résection-reconstruction d'un corps vertébral prévu à l'article 14k de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) , ce code est réservé aux traitements sanglants de la colonne dorso-lombaire

« Art.14k Nomenclature des prestations de santé

les prestations relevant de la spécialité en orthopédie (DP)

I. Prestations chirurgicales

§ 1^{er}. Traitements sanglants

A Traitements sanglants généraux

B Cou et tronc

1° Cou

2° Colonne dorso-lombaire

281971-281982 . Résection-reconstruction d'un ou plusieurs corps vertébraux N 700 »

Le code **281982** se trouve donc dans la partie 'Cou et tronc - colonne dorso-lombaire'

Il s'agit d'un grief de non-conformité puisque les prestations litigieuses portent sur la réalisation d'une cyphoplastie, prestation interventionnelle percutanée sous contrôle d'imagerie médicale, et non sur la réalisation d'une prestation chirurgicale traitement sanglant

Le Dr A a procédé par **assimilation** En effet, les prestations effectuées, qui concernent la réalisation d'une cyphoplastie ont été attestées sous le code **281982** (prestation chirurgicale traitement sanglant) car les critères stricts prévus à l'article 34 NPS (prestation interventionnelle percutanée sous contrôle d'imagerie médicale, codes **589676- 589680** relatifs à cyphoplastie/cyphoplastie) n'étaient pas rencontrés

En outre, les prestations attestées sous le code **318920** (supplément d'honoraires pour prestations chirurgicales pour N> N200) et sous le code **598124** (honoraires de surveillance), qui sont liées au code **281982**, ne pouvaient être portées en compte à l'ASSI

Le grief principal repose donc sur le postulat que les prestations attestées ne correspondent pas à celle effectuées · le Dr A a attesté le code 281982 (résection/reconstruction d'un corps

vertébral), prévu à l'article 14 k NPS et qui a une valeur supérieure aux codes **589676- 589680** relatifs à kyphoplastie/cyphoplastie, alors qu'il a réalisé des cyphoplasties (qu'il ne pouvait pas attester, les conditions de l'article 34 de la NPS n'étant pas rencontrées pour attester le code spécifique à la cyphoplastie)

Pour le Dr A , l'utilisation du code 281982 serait licite, dès lors que les conditions ne sont pas remplies pour pouvoir attester le code 589680 (pour lequel la Nomenclature des prestations de santé prévoit un ensemble de conditions restrictives)

Il faut, cependant, relever que le Dr A. a attesté un code de chirurgie sanglante alors qu'il n'a pas eu recours à cette technique opératoire (les interventions effectuées sont en fait percutanées, tel qu'il ressort des protocoles opératoires consultés)

Par ailleurs, le grief formulé à l'encontre des prestations d'anesthésie résulte de l'application même de la Nomenclature des prestations de santé d'anesthésie qui tarifie cette dernière en fonction du code de l'intervention (et, dans ce cas, il n'y a pas de code, puisqu'il n'y avait pas de prestation « nomenclaturée » utilisable)

2 2 3 2 Les explications et arguments développés par le Dr A , s'ils sont tout à fait louables, ne modifient toutefois en rien le prescrit de la Nomenclature

Il n'appartient pas en effet aux dispensateurs de soins, pour quelque motif que ce soit, de donner aux règles de la Nomenclature leur interprétation personnelle

Dans ce sens, le Conseil d'Etat a jugé "*que savoir si la disposition visée au moyen doit être adaptée en vue de tenir compte des particularités de travail des médecins urgentistes relève de l'opportunité et échappe, dès lors, à la compétence du juge administratif ; (qu') il n'appartenait pas aux prestataires de soins, 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 , c Inami, arrêt n°130 202, 09 04 2004, C E , c Inami, arrêt n°130.203, 09.04 2004; C E , c Inami, arrêt n°130 204, 09.04.2004, C.E., c. Inami, arrêt n°130 207, 09 04.2004, C E , arrêt n°130 208, 09 04 2004, C E , c Inami, arrêt n°130.209, 09 04.2004)

La Nomenclature est d'ordre public et d'interprétation stricte

Si les dispensateurs rencontrent des problèmes dus soit à un manque de clarté de certains textes, soit au fait que le libellé d'une prestation ne correspond pas exactement à l'acte effectivement accompli, soit au fait que la technique utilisée n'est pas mentionnée, soit enfin, en raison de circonstances particulières entourant certains cas, il leur est toujours loisible de recueillir l'avis du service des soins de santé de l'INAMI (CE, 9 avril 2004, n°130.202, 130 203, 130 207, 130.208, 130 209).

Le Conseil d'Etat a même considéré que le dispensateur de soins, collaborateur du service public de l'assurance soins de santé, est soumis à un « devoir de vigilance » impliquant, en cas de doute sur sa manière d'attester, l'obligation de se renseigner auprès des services compétents (C.E , arrêt n°100 814, 14 novembre 2001)

Au vu de tous ces éléments, le grief est déclaré établi

2.2.4. Remboursement d'indu

Le grief formulé à l'encontre du Dr A étant fondé, il y a lieu d'ordonner le remboursement de l'indu, soit 7 818,23 euros

Le honoraires du Dr A sont versés sur le compte de E dont la gérance est assurée par une autre société dont le Dr A est le gérant

En outre, l'institution perceptrice est le L'A S B L C

Vu l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, il y a lieu à prononcer la condamnation solidaire du Dr A , de la S P R L B , de l'A S B L C pour le remboursement de 7 818,23 euros et constater que l'A S B L C a procédé à ce remboursement

Le Fonctionnaire dirigeant constate que le remboursement de l'indu est intervenu en date du 10 février 2014 pour un montant de 7 818,23 €

En raison de cet indu limité, du remboursement intégral 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 .

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Déclare le grief établi ;- Condamne solidairement le Dr A , la S P R.L. B. et l'A S B L. C. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 7 818,23 euros ,- Constate que l'A S B.L C a procédé au remboursement intégral de l'indu |
|--|

Ainsi décidé à Bruxelles, le 05/05/2014

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général