

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 23 JUIN 2017
BRS/F/17-004**

Concerne : Dr A.
médecin de médecine générale

BRS/F/17-004

S.P.R.L. 'Cabinet médical Dr A.

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.

En résumé, il lui est reproché :

Grief : Prestations non effectuées

A 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 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies.

En l'espèce, des prestations 102771 - supplément pour dossier médical global – ont été non effectuées parce qu'il n'y a eu aucun contact sur l'année avec l'assuré.

Base légale :

Infraction visée à l'article 73 bis 1° de la loi coordonnée du 14/07/1994.

Prestations 102771 correspondant au supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) non effectuées et introduites au remboursement via le système du tiers-payant.

Nomenclature des Prestations de Santé (N.P.S.) :

Art.2 : Texte en vigueur depuis le 01/05/2013) A.R. du 19.2.2013"

102771 Supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) par un médecin généraliste, à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434) avec l'accord écrit du patient N 8,415

Le DMG peut être réalisé une fois par année civile.

Le DMG comprend les données socio-administratives du patient, ses antécédents, une liste des problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques, et un module de prévention se composant d'une liste de contrôle reprenant les différents items du module de prévention et les items qui seront suivis pour le patient. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global.

La gestion du dossier médical global comprend entre autres l'ouverture et sa mise à jour régulière.

La demande expresse et/ou l'accord écrit du patient, pour la gestion du dossier médical global, figure(nt) dans le dossier. Si le patient n'est pas à même d'exprimer cette demande expresse ou de donner cet accord personnellement, l'identification du membre de la famille ou du proche qui fait cette demande ou donne cet accord à la place du patient, figure dans le dossier.

Le médecin généraliste qui gère le dossier s'engage, moyennant accord du patient, en cas de renvoi ainsi que sur simple demande du médecin spécialiste traitant, à communiquer à ce dernier toutes les données pertinentes du dossier médical global.

En fonction des recommandations internationales et de l'âge, le module de prévention porte au minimum sur les thèmes suivants.

1° conseils relatifs au mode de vie : tels qu'alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress

2° anamnèse et examen clinique axés sur le système cardiovasculaire

3° examens de dépistage entre autres du cancer colorectal, et chez la femme, également des cancers du col de l'utérus et du sein en fonction de l'âge

4° vaccination entre autres contre la diphtérie et le tétanos, grippe et pneumocoque en fonction de l'âge

5° dosages biologiques : glycémie, créatinine et protéinurie (pour les groupes à haut risque), cholestérol en fonction de l'âge

Un modèle de check-list peut être établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui formule sa proposition après avis du Conseil national de la promotion de la qualité.

La check-list est conservée par le médecin généraliste dans le dossier médical global. Dans ce dossier médical global, le médecin généraliste tient à jour toutes les informations concernant les items de la check-list qui sont suivis pour le patient.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à **25.044,42 euros**.

Le Dr A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

Le Dr A. invoque qu'il n'a pas fraudé l'Inami et que tous ces DMG facturés sont justifiés.

Il facture actuellement par informatique via LTD3. En 2013 et 2014, il facturait encore manuellement et devait faire une attestation par vignette. C'était très fastidieux, et donc, lors des consultations, les patients lui signaient une vignette. De temps en temps, le Dr A. s'attelait à écrire toutes les attestations pour les envoyer aux mutuelles.

C'est pourquoi la date de nombreux DMG facturés ne correspondait pas à une date de consultation ou de visite.

Par ailleurs, le Dr A. signale qu'il arrive souvent que les gens consultent à plusieurs mais qu'il ne faisait jamais payer qu'une consultation (cela peut être confirmé par les patients). Il

facturait quand même le DMG pour tous les patients présents. S'il avait facturé le code 101076 ou 103132, en même temps que le DMG, il n'aurait pas eu de problèmes.

Il joint, à ses justifications, des protocoles de divers patients dont on lui conteste le DMG. Ces protocoles sont le résultat de demande d'examens et donc la preuve indirecte de contact avec ces patients.

Il propose que le SECM téléphone à ses patients afin de leur demander s'ils l'ont consulté en 2013 et 2014.

Il estime que la grande majorité des DMG facturés est justifiée. Il reconnaît qu'il est possible qu'il y ait eu des erreurs mais pas de volonté de fraude.

Il aimerait ne pas avoir d'amende ou, en tout cas, pas une amende de 25.000 euros.

2.2. Fondement du grief

Il est reproché au Dr A. d'avoir attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées.

En effet, il ressort des investigations et des données de facturation authentifiées transmises par les organismes assureurs que le Dr A. a attesté 855 prestations 102771 qui n'ont pas été effectuées parce qu'elles ne sont attestables et remboursables que lors d'un contact avec un patient et avec l'accord écrit de celui-ci. Or, le Dr A. n'a eu aucun contact (consultation ou visite) avec les patients repris dans la liste des prestations à grief durant les années 2013 et 2014. On ne retrouve en effet aucune prestation attestée autre que le dossier médical global (DMG) pour les deux années concernées et pour les patients cités au procès-verbal de constat du 02.09.2015.

Le grief s'appuie sur le postulat suivant lequel les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une attestation de soins donnés est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'article 53, alinéa 1er de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994.

En l'espèce, aucun contact patient ne figure dans les données informatiques et les dossiers sont soit vides, soit reconstitués a posteriori.

Le Fonctionnaire-dirigeant relève que les explications du Dr A., même si elles permettent de comprendre pourquoi la date de nombreux DMG facturés ne correspondait pas à une date de consultation ou de visite, n'ont aucune incidence quant à la matérialité et la gravité des faits cités à grief.

Concernant les protocoles de plusieurs cas litigieux envoyés par le Dr A., le Fonctionnaire-dirigeant constate que le fait de recevoir des rapports médicaux n'a aucun impact sur les faits reprochés puisque les patients, qui se trouvent dans le carnet d'adresse du médecin spécialiste ou de l'hôpital, reçoivent certains protocoles.

Au vu de ces éléments, le grief est établi.

2.3. Quant à l'indu

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de **25.044,42 euros**.

A ce jour, aucun remboursement n'a été effectué.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner le Dr A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de **25.044,42 euros**.

Cependant, c'est la S.P.R.L. 'Cabinet médical du Dr A.' qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, la S.P.R.L. 'Cabinet médical du Dr A.' doit être condamnée solidairement avec le Dr A. au remboursement des sommes indument perçues, soit **25.044,42 euros**.

2.4. Quant à l'amende administrative

2.4.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 04.03.2013 au 05.08.2014.

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1^{er}, 1^o de la même loi, c'est-à-dire, pour les prestations non effectuées, une amende administrative comprise entre 50% et 200% de l'indu.

2.4.2. Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge du Dr A.

En effet, les dispensateurs de soins doivent être considérés comme des collaborateurs de l'assurance obligatoire. En cette qualité, ceux-ci sont tenus, dans le cadre de leurs activités, à un devoir de rigueur et de probité qui fait manifestement défaut.

En l'espèce, 855 prestations non effectuées ont été attestées sur une période infractionnelle de 17 mois.

Le Fonctionnaire-dirigeant souligne que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

En attestant des prestations non effectuées (ceci constitue une infraction particulièrement grave), le Dr A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions et vu son expérience (diplômée en 1994), il convient de prononcer une amende administrative.

2.4.3. En conséquence, eu égard à l'ensemble des éléments susmentionnés, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante pour les prestations non effectuées :

- une amende administrative s'élevant à 50 % du montant des prestations litigieuses (12.522,21 euros), amende assortie d'un sursis de trois ans.

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 Dr A. et la S.P.R.L. 'Cabinet médical Dr A.' à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 25.044,22 euros ;
- Condamne le Dr A. à payer une amende de 50% du montant des prestations litigieuses (12.522,21 euros), assortie d'un sursis de trois ans.
- 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.

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général