

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 7 JUIN 2021

Concerne : **A.**

Infirmier

Et

SPRL B, N° BCE :, ayant son siège social et ayant comme curateur, Me C.

BRS/F/21/001

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 Monsieur 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 :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession. Infraction visée à l'art. 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (LC)

En l'espèce, il s'agit des cas de 7 bénéficiaires au nom desquels des honoraires pour des prestations de soins infirmiers à domicile ont été portés en compte alors que lesdites prestations n'ont pas été effectuées.

Les prestations en cause relèvent de l'article 8, § 1er, 1°, I, A et B et 2°, I, A et B de la nomenclature des prestations de santé (NPS), ainsi que de la Convention nationale entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs, ci-après dénommée « Convention nationale ». Elles sont datées pendant la période du 01/07/2016 au 30/09/2017 et introduites au remboursement auprès des OA pendant la période du 31/08/2016 au 31/10/2017.

1.1. Bases légales et réglementaires

1° Principe général

La base réglementaire s'appuie sur le principe général qui veut que 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 globale 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 coordonnée le 14/07/1994 qui dispose :

« (...) Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature. (...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

(...) »

2° 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

L'article 8, § 3 et § 4, 3° de la NPS stipule :

§ 3 Aucuns honoraires ne sont dus :

1° lorsque les prestations sont effectuées à des bénéficiaires hospitalisés, ou soignés ambulatoirement dans les conditions qui autorisent l'établissement à porter en compte un des forfaits prévus dans la convention nationale avec les établissements hospitaliers, (...)

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1er, 1°, 2°, (...):

(...) "3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1er, 1°, 2°, (...) ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, (...)"

(...)

1.3 Convention nationale entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs

Texte coordonné de la convention nationale W/97 - avenant W/97decies entré en vigueur le 1er janvier 2013

Art. 4.

(...)

§ 2. Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (n° de code 418913) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km² sur la base des données de population de 1988) :

(...)

(...)

1.2. Argumentation

Le grief se fonde sur :

- l'audition de plusieurs assurés;
- l'analyse des données informatisées authentifiées transmises par les différents organismes assureurs conformément au prescrit de l'article 138 de la LC ci-après dénommées « données authentifiées ». Outre les prestations attestées par Monsieur A., les données reprennent également les prestations relatives aux séjours hospitaliers de plusieurs assurés.

Un procès-verbal de constat daté du 12/08/2019 a été adressé à M. A. par recommandé postal le 13/08/2019. Dans le courrier joint au procès-verbal de constat, le SECM a communiqué à M. A. la possibilité d'être entendu, mais il n'en a pas fait la demande.

Le grief est formulé pour 7 bénéficiaires et 6.504 prestations pour la période de soins du 01/07/2016 au 30/09/2017 et introduites au remboursement du 31/08/2016 au 31/10/2017.

La SPRL B. est en faillite depuis le 09/01/2019 (jugement du Tribunal de l'entreprise de ..., division ...). Me C. a été désigné comme curateur.

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 19.923,06 euros.

Monsieur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 15/12/2020.

2 DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

M. A. explique avoir été négligent : il a omis de supprimer, dans son logiciel informatique, les soins non effectués quand les rendez-vous avaient été supprimés par les patients.

Il explique être dévoué pour ses patients (passages supplémentaires chez les T7, FA, FB, courses pour les patients isolés, rappel de nuit sans demander un passage de nuit pour les téléassistances par ex.) et avoir été proche d'un burnout au vu des nombreux appels reçus de ses patients.

Il relève que l'arrivée de la lecture de la carte d'identité a permis d'être averti sur le logiciel en cas d'erreur lecture/ prescription médicale.

Il lui est très difficile de se justifier vu qu'il n'est en possession d'aucun document suite à la faillite et à son déménagement auprès de sa famille (en France). Il s'excuse pour le présent litige.

2.2. Fondement du grief

Quant à la négligence invoquée par M. A, le Fonctionnaire-dirigeant relève que le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, §1er, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et ce même s'il est négligent. En effet, il suffit que les éléments constitutifs de l'infraction soient réunis sur base de l'article 73bis, 1° de la loi SSI pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans que la négligence soit prise en considération.

Dans ce sens, suivant une jurisprudence constante de la Chambre de première instance (notamment, FA-012-10 du 24 juillet 2012) :

« Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « réalité » ou « conformité », basée sur l'article 141, §5, al.5, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (dans sa version applicable aux faits commis avant le 15 mai 2007) ou sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007), soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

La démonstration éventuelle d'une cause de justification (contrainte, erreur ou ignorance, etc.) ne fait nullement disparaître l'obligation de remboursement de l'indu - vu que ladite obligation découle du seul non-respect de dispositions légales ou réglementaires, en particulier de la nomenclature des prestations de soins de santé, et est indépendante d'un quelconque élément moral - et ne peut avoir d'incidence que par rapport à une éventuelle amende administrative (cf. infra).

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. Mons, 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Anvers, sect. Anvers, 13 février 2001, B.I., 2001/2, p. 238 ; C. trav. Bruxelles, 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 18 avril 2003, B.I., 2003/3, p. 345 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Bruxelles, 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

(...)

La Chambre de première instance estime dès lors que les infractions précitées ont été commises par Monsieur A. et lui sont imputables. »

En l'espèce, Monsieur A. ne conteste pas les faits cités à grief et a remboursé l'indu. Les diverses constatations effectuées lors de l'enquête montrent que Monsieur A. a attesté des prestations non effectuées.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que, selon les éléments de l'enquête, les auditions des assurés et les moyens de défense de Monsieur A., il apparaît que des prestations non effectuées ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En conséquence, 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 19.923,06 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Monsieur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1er, alinéa 1, 1°, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 19.923,06 euros.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que l'indu a été remboursé par Monsieur A.

2.4. Quant à l'amende

2.4.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative, l'article 142, §1er, 1° de la loi SSI prévoit, pour les prestations non effectuées, une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement.

L'article 157, §1er de la loi SSI prévoit que le Fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

2.4.2. Une sanction s'impose afin de rappeler à Monsieur A. les obligations qui s'imposent à lui en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

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.

Une infraction relative aux prestations non effectuées est le manquement le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soin.

En l'espèce, les prestations non effectuées ont généré un indu de 19.923,06 euros sur une période infractionnelle de 15 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.

Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En conséquence, eu égard l'expérience de M. A. (diplômé en 2010) à la gravité des faits cités à grief (6.504 prestations non effectuées, ce qui est un manquement particulièrement grave), à l'absence d'antécédent de M. A. et au remboursement total de l'indu, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante:

une amende administrative s'élevant à 100% du montant des prestations indues assortie d'un sursis pour la moitié, soit une amende effective de 9.961,53 euros (articles 142, §1er, 1°, et 157 de la loi ASSI coordonnée).

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 19.923,06 euros et constate que cette somme a été remboursée ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% du montant des prestations indues assortie d'un sursis pour la moitié, soit une amende effective de 9.961,53 euros (articles 142, §1er, 1°, et 157 de la loi ASSI coordonnée) ;
- 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 Fonctionnaire-dirigeant,