

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 30 JANVIER 2014
BRS/F/13-027

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. 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 unique :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14-07-1994, lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi au sens de l'article 73bis, 2°, s'agissant de la facturation de prestations mentionnées à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé sans que les conditions requises pour pouvoir les facturer, telles que prévues aux § 7 et 19 de ce même article, ne soient remplies.

En l'espèce il s'agit de prestations, pour lesquelles l'apport personnel du kinésithérapeute tel qu'il est défini au § 7 de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé doit être de 30 ou 20 minutes ou d'une durée de minimum 20 minutes, qui ont été portées en compte, durant un laps de temps de 365 jours, en quantité telle que leur nombre moyen par journée d'activité dépassait le plafond des 20 autorisées par le § 19 de l'article 7 de la nomenclature ; les prestations excédentaires étant considérées comme litigieuses.

1.1. Base légale et réglementaire

L'article 7 de la nomenclature des prestations de santé dispose que :

« (...) § 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. Fondement du grief

Le grief se fonde sur l'analyse des données authentifiées fournies par les OA (Art. 138 de la LC) pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, soit 365 jours.

Il est également conforté le courrier recommandé de M. A. daté du 18 janvier 2013 répondant à la demande exprimée par le SECM le 7 décembre 2012, par lequel il a confirmé le nombre de 364 jours prestés par lui en 2011 (*Cf pièce 30*).

1.3. Prestations en cause

Toutes les prestations portées en compte par M. A. du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011 ont fait l'objet d'un relevé repris dans le corps du PVC du 28 décembre 2012 en page 3 (*Cf pièce 24*) ; parmi ces prestations figurent donc toutes celles concernées par les dispositions du §19 de l'article 7 de la nomenclature pour l'ensemble de son activité, en ce compris celles qui excèdent le plafond journalier de 20.

Ce relevé est parfaitement compatible avec le détail des prestations reprises dans le listing de 317 pages annexé au courrier du service du 13 mars 2013 (*Cf pièces 80 à 396*), listing envoyé à M. A. suite à sa demande exprimée le 25 janvier 2013 et conformément aux conditions de présentation qu'il avait émises (« par mutuelle, par mois, et par jour »).

S'agissant du calcul d'une moyenne journalière du nombre des prestations concernées par les dispositions du §19 de l'article 7 de la nomenclature portant sur une activité échelonnée sur une période de 365 jours, il n'est pas possible d'établir une ventilation des prestations litigieuses au jour le jour.

1.4. Argumentation et montant de l'indu

Durant la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, M. A. a porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé un nombre de **10.326** prestations à concurrence d'un montant total remboursé de **138.621,03 €**.

Ces **10.326** prestations, d'une valeur de remboursement de **138.621,03 €** sont toutes des prestations à durée déterminée concernées par le §19 de l'article 7 de la nomenclature.

Le relevé de ces prestations figurant en page 3 du PVC du 28 décembre 2012 est le suivant (Cf pièce 24) :

N° INAMI	Nom	Code NPS	Nb	Montant
...	...	560011	738	11.791,62
		560055	2.821	20.442,95
		560313	282	4.756,08
		560350	1.917	16.262,91
		560652	1.717	32.279,23
		561013	2.488	47.085,72
		563010	185	3.175,10
		563614	120	1.876,80
		563916	58	950,62
				138.621,03
			10.326	13,42

Durant la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, le nombre de journées effectives d'activité a été de **364** jours ce qui a été confirmé par M. A. dans son courrier du 18 janvier 2013 (Cf pièce 30).

La **journée non prestée** correspond au 25 décembre 2011.

Le nombre moyen par jour des prestations concernées par le §19 de l'article 7 de la nomenclature est de **28,36** (10.326/364), alors que le maximum autorisé est de 20.

M. A. n'aurait donc pas pu porter en compte plus de **7.280** (364 x 20) de ces prestations s'il avait respecté le maximum autorisé par journée d'activité ; au total le dépassement porte donc sur **3.046** prestations concernées par le §19 de l'article 7 de la nomenclature (10.326 – 7.280).

Dans la mesure où M. A. n'a pas dépassé le nombre maximal de prestations journalières autorisé (en se basant sur 30 prestations par journée d'activité, il pouvait porter en compte un maximum de 10.920 alors qu'il n'en a facturé que 10.326) les 3.046 prestations concernées par le §19 de l'article 7 de la nomenclature excédentaires auraient pu être portées en compte sous d'autres numéros de code correspondant à des prestations à durée indéterminée.

L'indu pour chaque prestation concernée par le §19 de l'article 7 de la nomenclature excédentaire correspond donc à la différence entre le coût moyen d'une de ces prestations

litigieuses et le coût moyen théorique de la prestation à durée indéterminée qui aurait pu être portée à sa place.

Le coût moyen d'une prestation concernée par le §19 de l'article 7 de la nomenclature litigieuse est de **13,42 €** (138.621,03 €/10.326)

La valeur théorique de chaque prestation de durée indéterminée qui aurait du être portée en compte en lieu et place de chaque prestation de durée déterminée litigieuse a été calculée en tenant compte de la valeur de remboursement chacune des 10.326 prestations à durée déterminée portées en compte en lui attribuant la valeur correspondante de la prestation de durée indéterminée correspondante selon le tableau repris ci-dessous :

Code à durée déterminée	Libellé simplifié	Remboursement effectif durant l'année 2011	Nombre	Valeur de la prestation à durée indéterminée correspondante	Valeur théoriquement remboursable des prestations à durée indéterminée
560011	PK-MD:KINE.GEM30MIN	15,26	576	4,58	2.638,08
560011	PK-MD:KINE.GEM30MIN	18,53	162	5,82	942,84
560055	PK.MD:KINE.GEM30MIN	6,89	2.280	4,58	10.442,40
560055	PK.MD:KINE.GEM30MIN	8,75	541	5,82	3.148,62
560313	DOM:KINE.GEMID30MIN	14,92	138	4,23	583,74
560313	DOM:KINE.GEMID30MIN	18,73	144	5,64	812,16
560350	DOM:KINE.GEMID30MIN	7,11	675	4,23	2.855,25
560350	DOM:KINE.GEMID30MIN	9,23	1.242	5,64	7.004,88
560652	PK:KINE.GEMID30MIN	16,69	268	5,4	1.447,20
560652	PK:KINE.GEMID30MIN	19,19	1.449	6,21	8.998,29
561013	DOM:KINE.GEMID30M	17,44	1.010	5,4	5.454,00
561013	DOM:KINE.GEMID30M	19,94	1.478	6,21	9.178,38
563010	PK:KINE.GEMID30MIN	15,64	95	5,06	480,70
563010	PK:KINE.GEMID30MIN	18,77	90	6,07	546,30
563614	PK:KINE.GEMID30MIN	15,64	120	5,06	607,20
563916	DOM:KINE.GEMID30MIN	16,39	58	5,06	293,48
			10.326	5,37	55.433,52

La valeur théorique de la prestation à durée indéterminée attestable est donc établie à **5,37 €** (55.433,52 €/10.326).

En l'espèce l'indu calculé par différence pour les **3.046** prestations litigieuses est donc de **24.520,30 €** [3.046 x (13,42 € - 5,37 €)].

L'indu peut également être calculé de la manière suivante. Le grief est formulé pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, soit 365 jours, à propos de la totalité de l'activité de M. A. il concerne 3.046 prestations visées par les dispositions du §19 de l'article 7 de la nomenclature en ce sens qu'elles excédaient le plafond journalier autorisé de maximum 20 de ces prestations à concurrence de 40.877,32 € (3.046 x 13,42 €).

A noter toutefois que ces 3.046 prestations litigieuses auraient pu être facturées sous des numéros code correspondant à des prestations d'une durée indéterminée à concurrence de 16.357,02 € (3.046 x 5,37 €).

L'indu réel calculé par différence est donc de 40.877,32 € - 16.357,02 € = 24.520,30 €.

Le montant total de l'indu calculé par différence est donc de 24.520,30 €.

2. DISCUSSION

2.1. Quant au fondement du grief

✓ *Sur les échanges de courriers entre le SECM et Monsieur A.*

Malgré de nombreux échanges de courriers entre le SECM et Monsieur A., ce dernier n'a jamais répondu au grief qui était formulé à son encontre.

Le 4 janvier 2013, est notifié à Monsieur A. le procès-verbal de constat.

Le 18 janvier 2013, Monsieur A. écrit au service provincial, en réponse au courrier de ce dernier en date du 7.12.2012 (*pièce n 28*), pour confirmer que le nombre de jours d'activité en 2011 était bien de 364 jours (*pièce n 30*).

Le 25 janvier 2013, Monsieur A. adresse deux courriers au service provincial demandant :

- d'une part, que la réglementation concernant la kinésithérapie lui soit adressée, soutenant qu'il l'avait déjà réclamée par courrier du 30 décembre 2012, alors que le service provincial n'avait rien reçu de tel (*pièce n 31*) ;
- d'autre part, que les noms des différents patients soignés pour l'année 2011 (par mutuelle, par mois et par jour) ainsi que leurs numéros de nomenclature lui soient fournis. Il s'étonne de l'acharnement dont il fait l'objet depuis plus de 20 ans (*pièce n 32*).

Le 5 février 2013, le service provincial envoie à Monsieur A. le texte de la réglementation applicable en attirant l'attention sur les §7 et 19 de l'article 7 de la NPS (*pièces n 33 à 77*).

Le 13 mars 2013, est envoyé à Monsieur A. le relevé détaillé des prestations inscrites au procès-verbal de constat du 28 décembre 2012 (*pièce n 78 à 396*).

Le 16 mars 2013, Monsieur A. accuse réception du courrier du 5 février 2013 du service provincial. Il déclare ne pas savoir s'il a reçu tous les documents de la nomenclature, l'enveloppe étant arrivée ouverte. Il est à noter que le texte de la nomenclature était numéroté et qu'il était facile à Monsieur A. de vérifier que l'ensemble des feuilles se trouvaient bien dans l'enveloppe. Par ailleurs, dans ce courrier du 16 mars 2013, Monsieur A. indique que lors d'un précédent contrôle, il lui avait été dit qu'il était possible qu'il y ait une seule signature, alors qu'il y a plusieurs kinésithérapeutes qui soignent un même patient mais il n'étaye pas davantage son affirmation (*pièce n 397*).

Le 18 avril 2013, le médecin-inspecteur demande à Monsieur A. de faire parvenir au service provincial les remarques suite au procès-verbal de constat avant le 31 mai 2013 (*pièce n 401*).

Le 25 mai 2013, Monsieur A. adresse deux courriers au service provincial :

- d'une part, demandant plus de précisions. Il dit qu'il lui sera impossible de faire parvenir ses observations pour le 31 mai 2013. Il pose une nouvelle question, afin de savoir à quoi correspond le nombre d'heures de travail pour 20 patients représentant le traitement de type 1 et 10 patients représentant le traitement de type 2 par jour (*pièce n°408 à 410*).
- d'autre part, accusant réception du document de 317 pages. Il indique toutefois souhaiter recevoir un listing complet des prestations dont la présentation sera cette fois faite par jour, par patient avec nom et prénom, par mois, ainsi que le numéro de nomenclature des prestations (*pièce n°405 à 407*).

Le 3 juin 2013, le médecin-inspecteur confirme le contenu de sa lettre du 18 avril 2013 (*pièce n°411*).

Le 13 juillet 2013, Monsieur A. écrit au service provincial que ses différentes demandes par lettre n'auraient pas reçu les réponses souhaitées. Il dénonce l'absence d'impartialité du service (*pièce n°413*).

✓ **Sur la prétendue non fourniture des éléments permettant à M. A. de se défendre**

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. dit ne pas pouvoir donner de moyens de défense tant que l'INAMI ne lui aura pas communiqué un listing complet reprenant les prestations par jour, par mutuelle et par numéro de nomenclature, le document de 317 pages envoyé par le Service provincial n'étant pas exploitable selon lui.

D'abord, le document qui a été envoyé le 13 mars 2013 à M. A. et dont il dit qu'il n'est pas possible pour lui de l'exploiter, correspond néanmoins au document que lui-même avait réclamé (« fournir les noms des différents patients soignés pour l'année 2011 (par mutuelle, par mois, et par jour) ainsi que leurs numéros de nomenclature de ces patients » - pièce n°32 : courrier de M. A. du 25 janvier 2013). Son argumentation paraît totalement dilatoire : il dispose de l'ensemble des éléments qui sont nécessaires à sa défense et qu'il a lui-même sollicités.

En outre, Monsieur A. dispose, de son côté, de tous les éléments nécessaires à sa défense car :

- d'une part, dans la mesure où il facture de manière électronique, il doit conserver électroniquement un certain nombre de données (dates des prestations, nom et prénom des bénéficiaires, nature des prestations définies par le numéro de nomenclature) (Art. 1^{er} de l'arrêté royal du 10 novembre 2006, portant exécution de la loi du 7 décembre 2005 abrogeant l'article 76, alinéa premier et l'article 168, alinéa 6 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (suppression de l'obligation de tenir un registre) ;
- d'autre part, il a aussi l'obligation, entre autre, de porter au dossier individuel de chaque patient les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée (art. 7, §9, de la nomenclature des prestations de santé).

Enfin, M. A. ne peut pas feindre de ne pas connaître l'état de la réglementation, dans la mesure où la précédente enquête le concernant (E/10-0438-00) a permis de constater à son encontre la même infraction, de sorte qu'il avait déjà été averti de l'existence des dispositions de l'article 7 qui sont en cause dans le présent dossier. Monsieur A. était manifestement de mauvaise foi quand il a demandé que lui soit envoyée la réglementation applicable.

Dans ces conditions, Monsieur A. n'a manifestement pas souhaité répondre au grief formulé à son encontre par le SECM, puisque, contrairement à ce qu'il prétend, il disposait de tous les éléments pour pouvoir le faire.

✓ **Sur le bien-fondé du grief**

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du manquement sont réunis et prouvés : Monsieur A. a manifestement enfreint l'article 7 §7 et 19, puisqu'il a effectué des prestations pour lesquelles l'apport personnel du kinésithérapeute doit être de 30 ou 20 minutes ou d'une durée minimum de 20 minutes, et qui ont été portées en compte sur une période de 365 jours, de telle manière que le nombre moyen par journée d'activité dépassait le plafond des 20 prestations de ce type autorisées par le §19 de l'article 7 de la nomenclature.

2.2. Quant à l'indu

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Grief	Résumé du grief	Codes NPS	Nbre prestations	indu	Remb. volontaire
1. Non conforme (PVC du 28-12-2012)	Non respect du plafond journalier prévu à l'article 7, § 19 de la NPS	Prestations de kiné à durée déterminée concernées par le § 19 de l'art. 7 de la NPS	3.046	24.520,30 € par différence	0,00 €
	Prestations attestables :	Prestations de kiné à durée indéterminée	3.046		
Totaux				24.520,30 €	0,00 €
Indu résiduel				24.520,30 €	

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 24.520,30 €.

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

2.3. Quant à l'amende administrative

2.3.1. **Quant au régime juridique de l'amende administrative**

Plusieurs lois se sont succédé dans le temps :

1. A l'époque où les faits litigieux ont été commis, pour les prestations de soins antérieures au 1^{er} juillet 2011, les mesures applicables pour des prestations non conformes étaient 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 de la valeur des prestations concernées (*article 73bis, 2° ; et article 142, §1er, al.1er, 2° ; de la loi coordonnée le 14 juillet 1994*).
2. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (*M.b. du 1er juillet 2010, p. 43.712*), entrée en vigueur le 1er juillet 2011 (article 111 de la loi du 6 juin 2010), a toutefois introduit les modifications suivantes :
 - Sanction applicable aux dispensateurs de soins (article 225, 3° du C.P.S.) : soit une amende pénale de 50 à 500 €, soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

3. La loi du 15 février 2012 (M.b. du 8 mars 2012, p. 14.267) a toutefois abrogé l'article 225, 3° du Code pénal social et a modifié l'article 169 de la loi ASSI coordonnée en précisant notamment que :
- « **Les infractions sont sanctionnées conformément au Code pénal social, à l'exception des infractions à charge des dispensateurs de soins et des personnes assimilées définies à l'article 2, n), visées et poursuivies conformément aux articles 73, 73bis, 138 à 140, 142 à 146bis, 150, 156, 164 et 174.** »

La loi du 15 février 2012 est entrée en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge, soit le 18 mars 2012.

Dès lors, depuis le 18 mars 2012, les mesures visées au point 1 ci-dessus sont à nouveau d'application.

En conclusion, il est constaté que 3 régimes de sanctions se succèdent dans le temps, le 2^{ème} régime étant plus favorable que les 1^{er} et 3^{ème} régimes, par ailleurs similaires.

Or, en vertu de l'article 2 du Code pénal, qui instaure un principe général de droit, si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps où l'infraction fût commise, la peine la moins forte sera appliquée.

Si **plus de deux législations se succèdent** entre le moment où l'infraction a été commise et le moment où l'infraction est jugée, «(...) **Le juge appliquera donc la loi la plus douce, quelle qu'elle soit, et alors même qu'elle n'aurait été en vigueur ni lors de la commission de l'infraction ni lors du jugement.** Les travaux préparatoires du Code pénal sont formels à cet égard: « La peine ne se justifiant que par la nécessité, il suffit que, durant un instant, cette nécessité se soit modifiée pour que le prévenu puisse demander à la société le bénéfice de cette modification » (...) (F. KUTY, Principes généraux du droit pénal, Larquier, Bruxelles, t. 1, 2ème éd., 2009, pp. 271-272).

Dans un litige où trois lois pénales se faisaient suite, la Cour de cassation a en effet estimé que la loi pénale la moins sévère trouvait à s'appliquer, et ce, même s'il s'agissait de la loi intermédiaire (Cass., 2ème ch., 8 novembre 2005, RG P.50915N, disponible sur <http://www.jure.juridat.just.fgov.be>).

Dans le présent litige, la sanction la moins forte est la sanction prévue par le CPS et d'application du 1^{er} juillet 2011 au 17 mars 2012 inclus, soit la sanction de niveau 2 constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500 € ou d'une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), à majorer des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Par conséquent, la seule sanction qui peut le cas échéant être infligée en l'espèce est la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du CPS soit une amende administrative de 25 à 250 € (article 101 du CPS), majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS).

Quant aux décimes additionnels, l'article 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales a été modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003

portant diverses dispositions en matière de sécurité routière (M.b., 25 février 2003) : le mot « *quarante* » a été remplacé par le mot « *quarante-cinq* ».

«Ajouter un décime à une somme consiste à majorer cette somme d'un dixième de son montant. La majoration de quarante-cinq décimes équivaut donc à une multiplication par cinq et demi.» (voy. notamment Cass., 24.02.2010, P.09.1767.F et Cass., 10 mars 2010, P.09.1692.F).

Le montant des amendes doit donc être multiplié par 5,5 (amende administrative de 137,50 € à 1.375 €).

2.3.2. Quant à l'amende administrative retenue

L'attestation des prestations par un dispensateur de soins repose sur une relation de confiance de la collectivité avec celui-ci qui doit impérativement se conformer scrupuleusement à la réglementation et aux formalités administratives à accomplir.

Le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des prestations à durée déterminée, afin d'éviter les abus dans la dispensation des soins de kinésithérapie.

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 repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

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

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas la Nomenclature des prestations de santé, Monsieur A. a méconnu les obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

En outre, Monsieur A. a fait l'objet de plusieurs préventions à titre d'avertissement :

- 31 août 1976 : Attestation de prestations différentes de celles réellement effectuées avec débours indu pour l'assurance.
- 23 avril 1987 : Non respect des articles 7 et 8 de la convention et utilisation d'un système de faux tiers payant par remise directe des ASD aux sectionnaires.
- 16 décembre 2009 : Monsieur A. fonctionne alors en collaboration avec le kinésithérapeute Monsieur B. Lors de l'enquête, les bénéficiaires entendus et M. B. ont déclaré que les prestations étaient effectuées tour à tour par M. A. et M. B. Par contre, les ASD ne mentionnaient pas toujours l'identité exacte du prestataire de soins (les ASD sont rédigées par M. A. mais chacun signe les ASD à son nom). Une Prévention est notifiée le 16-12-2009 (conformément aux directives du 18-08-2009) à titre d'avertissement (Art. 73bis, 7° de la LC) avec rappel des dispositions de l'art 6, §1, 8, 9 et 10 du règlement du 28-07-2003

(usage correct des ASD avec identification correcte du prestataire réel) et de l'art. 7, § 19 de la NPS (plafonds kiné).

La dernière prévention portait déjà sur le respect des plafonds en matière d'attestations de soins par les kinésithérapeutes (art. 7, §19 de la Nomenclature des prestations de santé).

Compte tenu de son âge et de son expérience, Monsieur A. ne pouvait pas ignorer l'existence de ces plafonds.

Par ailleurs, ces dispositions sont clairement énoncées à l'article 7, §7 et 19 de la Nomenclature des prestations de santé.

Monsieur A. aurait donc dû se servir, par exemple, de son logiciel de facturation pour mettre en place un système l'alertant des dépassements des plafonds prévus à l'article 7, §19 de la nomenclature.

Il aurait donc dû se conformer à la nomenclature, plutôt que de chercher à générer le plus d'honoraires pour lui.

Enfin, Monsieur A. n'a pas cherché à rembourser de manière volontaire l'indu.

Eu égard à l'ensemble de ces éléments, **il est justifié de prononcer, dans le chef de Monsieur A., au titre du grief unique de non conformité, une amende administrative, portée au montant maximal possible, soit une amende administrative d'un montant de 1.375 euros** (amende de 250 euros majorée des décimes additionnels, soit 250 x 5.5).

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 Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 24.520,30 € ;- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 1.375 euros. |
|--|

Ainsi décidé à Bruxelles, le 30-01-2014

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général