

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 17 JUIN 2022  
BRS/F/22-002**

Concerne : **Madame 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 (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Madame 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 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'agit en l'occurrence d'une infraction aux dispositions de l'article 7 §19 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) dans la mesure où le nombre de valeurs M attestées pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> trimestre 2018 dépasse le plafond trimestriel de 40.000 valeurs M.

**Base réglementaire**

Art 7 §19 de la NPS :

L'intervention de l'assurance est subordonnée aux deux conditions suivantes :

- pour une période donnée de trois mois, un maximum de 40.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire;
- pour une période donnée d'une année civile, un maximum de 156.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire.

## **Prestations en cause**

NPS Art 7 §1

### **560114**

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe - I. - b) Prestations effectuées **au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital** :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

### **560195**

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe - I. - b) Prestations effectuées **au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital** :

Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif

M 24

### **560313**

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe - II. Prestations effectuées **au domicile du bénéficiaire** :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

### **560501**

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe - IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

### **560770**

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. - § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article - I. - b) Prestations effectuées **au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital** :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

### 561013

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. - § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article - II. Prestations effectuées **au domicile du bénéficiaire** :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

### 561245

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. - § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article - IV. Prestations effectuées **aux bénéficiaires hospitalisés** :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes

M 24

### 561282

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article - IV. Prestations effectuées **aux bénéficiaires hospitalisés** :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11

M 12

### 564255

Chapitre III. Soins courants - Section 3. Kinésithérapie - Art. 7. § 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes - 8° Prestation effectuées à **un bénéficiaire admis en « Hôpital de jour »** :

Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes

M 12

### Argumentation

Concernant la période du 1/1/2018 au 31/03/2018 (dates de prestation) correspondant à la période de réception aux organismes assureurs (OA) du 02/02/2018 au 06/12/2019, l'infraction est reprochée pour 4.604,00 valeurs M.

En effet, au 1<sup>er</sup> trimestre 2018, un total de 44.604 valeurs M a été porté en compte (voir la liste de prestations figurant au point 4,1° du PVC: Liste des prestations). Le plafond trimestriel de 40.000 valeurs M a donc été dépassé de 4.604,00 valeurs M.

Le calcul du montant indu résulte du calcul du prix moyen d'une valeur M au 1<sup>er</sup> trimestre 2018. Ce montant moyen est multiplié par le nombre de valeurs M au 1<sup>er</sup> trimestre 2018 qui excèdent le plafond trimestriel. En l'espèce, au 1<sup>er</sup> trimestre 2018, une valeur M est égale à 0,715 EUR. (31.899,48 EUR / 44.604,00 valeurs M).

En conséquence, le montant qui a indûment été porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans la période mentionnée est de : **3.291,86 EUR.**

Concernant la période du 01/04/2018 au 30/06/2018 (dates de prestation) correspondant à la période de réception aux organismes assureurs (OA) du 02/02/2018 au 06/12/2019, l'infraction est reprochée pour 2.324,00 valeurs M.

En effet, au deuxième trimestre 2018 un total de 42.324,00 valeurs M a été porté en compte (voir la liste de prestations figurant au point 4 2°) du PVC : Liste des prestations). Le plafond trimestriel de 40.000 valeurs M a donc été dépassé de 2.324,00 valeurs M.

Le calcul du montant indu en relation avec ce dépassement résulte du calcul du prix moyen d'une valeur M au deuxième trimestre 2018. Ce montant moyen est multiplié par le nombre de valeurs M au deuxième trimestre 2018 qui excèdent le plafond trimestriel. En l'espèce, au deuxième trimestre 2018, une valeur M est égale à 0,716 EUR. (30.315,02 EUR/ 42.324,00).

En conséquence, le montant qui a indûment été porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans la période mentionnée est de **1.663,98 EUR.**

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à **4.955,84 EUR.**

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

## **2 DISCUSSION**

### **2.1. Remarque préalable**

Le dispensateur de soins n'a pas contesté le grief. Il n'a pas non plus fait parvenir de moyens de défense.

Il n'a pas procédé au remboursement volontaire du montant réclamé.

En l'espèce, les diverses constatations effectuées lors de l'enquête indiquent que Mme A. a contrevenu aux dispositions de l'article 7 §19 de la Nomenclature des prestations de santé dans la mesure où le nombre de valeurs M attestées pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> trimestre 2018 dépasse le plafond trimestriel fixé à 40.000 valeurs M<sup>1</sup>.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que, selon les éléments de l'enquête, il apparaît que des prestations non-conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En conséquence, le grief est établi.

---

<sup>1</sup> Arrêté royal du 21 février 2014 , M.b. du 13 mars 2014, p. 21396.

## **2.2. 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 4.955,84 EUR.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Mme A. au remboursement de l'indu, en application des articles 142, §1er, alinéa 1er, 2° de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

## **2.3. Quant à l'amende administrative.**

2.3.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 02.02.2018 au 06.12.2019 .

La sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1er, 2° de la loi SSI, c'est-à-dire, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% de l'indu.

2.3.2. Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Mme A.

Les dispensateurs de soins sont des collaborateurs du service public de l'assurance soins de santé, financé par la collectivité. En cette qualité, ceux-ci sont tenus, dans le cadre de leurs activités, à un devoir de rigueur et de probité.

En l'espèce, l'infraction a été constatée pour 6.928 valeurs M non conformes attestées sur une période infractionnelle de six 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 à l'expérience de Mme A. (obtention d'un numéro Inami le 01.09.1997), à l'absence d'antécédent et à l'absence de remboursement volontaire, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié le prononcé de l'amende suivante : une amende administrative s'élevant à 25% du montant des prestations indues (soit une amende de 1.239 EUR) (article 142, §1er, 2°, 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 Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 4.955,84 EUR;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative de 1.239 EUR;
- 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,