

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 2 MARS 2016
BRS/F/15-033**

Concerne : **Madame A.**

Logopède

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. GRIEFS FORMULES

Deux griefs ont été formulés (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 :

1^{ER} GRIEF

d'avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies.

Infraction visée à l'art 73 bis 1° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Base réglementaire

Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que modifié à ce jour.

"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.6.2003)

"CHAPITRE X : LOGOPEDIE"

CONVENTION ENTRE LES LOGOPEDES ET LES ORGANISMES ASSUREURS 06.12.2012)

Art. 6.

§ 1er. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au logopède.

§ 2. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations visées au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé à l'**exception des prestations effectuées à l'école, le logopède visé à l'article 1er peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur.**

§ 3. Si le logopède visé à l'article 1er a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs et à l'ensemble des prestations effectuées visées au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé.

Cependant, si le logopède exerce son activité dans différents liens de contrats qui lui imposent l'un ou l'autre système de paiement ou exerce son activité en partie dans les liens d'un contrat qui lui impose un système de paiement et en partie comme indépendant, il peut appliquer des systèmes de paiement différents pour l'ensemble des prestations de chacun de ses secteurs d'activité. Dans ce cas, il le précise au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. De même, il peut renoncer à l'option pour le tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au 1er jour du trimestre calendrier suivant la date de la lettre recommandée.

(...)

Art. 8.

§ 1er. Lorsque le logopède a recours au système du tiers payant conformément à l'article 6, §§ 2 et 5, il envoie les attestations de soins donnés se rapportant au bilan logopédique et à des séances faisant partie d'un traitement chaque mois à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur. **L'envoi des attestations se fait au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies (le cachet de la poste faisant foi).**

§ 2. Les attestations sont accompagnées d'un état récapitulatif établi en deux exemplaires. Sur cet état sont mentionnés le nom et le numéro d'inscription des bénéficiaires, le montant des honoraires portés en compte à l'organisme assureur ainsi que le montant global à payer par l'organisme assureur. Cet état porte également les indications nécessaires à l'exécution du paiement.

Simultanément sera remise au patient une facture, ou un document informatif sur lequel sera repris le montant de l'intervention de l'assurance et, le cas échéant, y seront mentionnés la quote-part personnelle ainsi que les autres montants qui sont portés en compte au patient en application de l'article 5, § 2 et/ou en application de l'article 4, § 1er, 2e alinéa.

Prestations en cause

713311 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au cabinet du logopède R 17,5
 713333 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au domicile du bénéficiaire R 17,5
 714313 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au cabinet du logopède R 17,5
 714615 Séance individuelle d'au moins 60 minutes au domicile du bénéficiaire R 35

L'infraction a été constatée dans 35 cas d'assurés, pour la période d'introduction aux OA comprise entre le 30/01/2013 et le 28/02/2014. Le grief est formulé pour :

333 prestations 713311 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au cabinet du logopède

53 prestations 713333 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au domicile du bénéficiaire

69 prestations 714313 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au cabinet du logopède

2 prestations 714615 Séance individuelle d'au moins 60 minutes au domicile du bénéficiaire

L'indu total pour ce grief s'élève à **7.470 €**.

Il est également reproché à Madame A. :

2^{EME} GRIEF

d'avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires précités 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.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Les prestations, citées au présent grief, sont non conformes en ce sens que la dispensatrice de soins a introduit au remboursement auprès des organismes assureurs des attestations de soins concernant des prestations reprises sous le numéro de nomenclature 701013 correspondant à des « séances de bilan d'au moins 30 minutes avant le début d'un traitement logopédique » alors que ces séances ont été réalisées à l'école du bénéficiaire et que la nomenclature précise que dans ce cas, ces prestations ne font pas l'objet d'un remboursement.

Base légale et réglementaire

Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel que modifié à ce jour.

"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.6.2003)

"CHAPITRE X : LOGOPEDIE"

"A.R. 19.2.2008" (en vigueur 1.4.2008)

"Art. 36. § 1^{er}. Sont considérés comme relevant de la compétence des logopèdes (R):

Examen logopédique avec rapport écrit.

701013 701083 Séance de bilan d'au moins 30 minutes avant le début d'un traitement logopédique R 17,5 (...)

La prestation 701013 – 701083 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition: (...)

"- **qu'elle ne soit pas effectuée à l'école du bénéficiaire;**(...)

Prestations en cause

701013 Séance de bilan d'au moins 30 minutes avant le début d'un traitement logopédique R 17,5.

L'indu pour ce grief s'élève à **114,20 €**.

2 . DISCUSSION

1.1. Quant au fond

1^{ER} GRIEF

Argumentation

Dans certains cas, les prestations sont renseignées pendant les congés scolaires alors que les séances litigieuses ont eu lieu exclusivement à l'école.

Dans d'autres cas, le dispensateur déclare avoir effectué les prestations portées en compte à l'organisme assureur alors que le témoignage de l'enfant et/ou de ses parents est en contradiction avec cette affirmation (avec arguments à l'appui : principalement la fréquence convenue au départ, en général 2 fois par semaine, les déclarations *in tempore non suspecto* et les souvenirs actuels de l'enfant, les paiements effectués sur base des feuilles récapitulatives).

Pour un certain nombre de prestations, outre le témoignage des parents, la fréquence à laquelle les prestations sont portées en compte par le dispensateur est également supérieure à celle attestée par le directeur de l'école où les séances de logopédie avaient lieu. En effet, dans un mail du 6 octobre 2014 Monsieur B. déclare que les séances étaient prévues 2 fois par semaine à l'école (un maximum donc) pour les enfants suivants : Monsieur C., Monsieur D., Madame E. et Monsieur F.

Position et justification du dispensateur de soins

Mme A. a admis, dans un certain nombre de cas, avoir porté en compte à l'organisme assureur des prestations de logopédie non effectuées durant la période autorisée par le médecin-conseil et ce, en compensation de prestations non attestables déjà réalisées avant la période autorisée ou en vue de prestations futures postérieures à la fin de la période autorisée.

En ce qui concerne les prestations attestées durant les congés scolaires, le dispensateur reconnaît qu'il n'a pas effectué les prestations attestées reprises à grief (puisque ces prestations étaient censées avoir eu lieu à l'école).

Durant l'enquête, le dispensateur avait contesté, dans un certain nombre de cas, les déclarations des parents et du directeur d'école.

Le dispensateur fut alors invité à fournir les documents remis aux parents reprenant le détail des séances effectuées en vue du paiement du ticket modérateur et/ou les extraits bancaires en rapport avec ces paiements.

La convention entre les logopèdes et les organismes assureurs du 06/12/2012 impose la remise au patient d'une « *facture, ou un document informatif sur lequel sera repris le montant de l'intervention de l'assurance et, le cas échéant, y seront mentionnés la quote-part personnelle ainsi que les autres montants qui sont portés en compte au patient.* »

Mais Mme A. n'a pu produire aucun document de nature à invalider le grief de prestations non effectuées.

Par ailleurs, elle a signé une déclaration de remboursement volontaire pour la totalité du montant réclamé.

Conclusion

Il ressort des éléments du dossier, repris ci-dessus, que le premier grief est établi.

2^{EME} GRIEF

Argumentation

Les prestations reprochées concernent un seul assuré, Monsieur D.

Il ressort clairement des déclarations de Mme G., grand-mère de l'enfant, que les séances de bilan logopédique, d'au moins 30 minutes avant le début du traitement, ont toutes été réalisées à l'école du bénéficiaire et ne pouvaient donc pas faire l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur

Conclusion

L'infraction a été constatée pour un cas d'assuré, la date d'introduction à l'organisme assureur étant le 25/04/2013.

Le grief est établi pour les 5 prestations **701013 R 17,5** attestées.

1.2. Quant à l'indu

Pour les deux griefs, l'indu total a été évalué à **7.584,20 €**.

Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu (7.584,20 €) respectivement le 11/08/2015 pour la somme de 10.290,53 € et le 05/10/2015 pour la somme de 40.000 €.

1.3. Quant aux amendes administratives

1.3.1. Législation applicable

Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 30 janvier 2013 et le 28 février 2014 .

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI , les sanctions applicables sont celles visées à l'article 142, §1, 1° et 2° de la loi ASSI qui stipule :

« §1^{er}. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73 bis :

1° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°

2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°».

1.3.2. Quant au montant des amendes administratives

En l'espèce, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer des amendes administratives à charge de Madame A.

Si Madame A. n'a pas d'antécédents au sein du Service, elle a néanmoins porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations qui n'ont pas été effectuées.

Cette infraction est la plus grave qui puisse être reprochée à un dispensateur de soins.

Madame A. a également porté en compte à l'assurance des prestations non conformes.

Ce comportement est inacceptable dans le chef d'un dispensateur de soins, habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire. Les responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité, qui ont fait défaut, en l'espèce.

Les agissements de Madame A. sont non seulement de nature à miner l'équilibre financier de l'assurance obligatoire mais également de nature à ébranler la confiance légitime que les assurés sociaux et la collectivité, dans son ensemble, accordent aux dispensateurs de soins.

Le montant indu qui en est résulté pour l'assurance obligatoire, soit 7.584,20 €, est un montant non négligeable.

Enfin, pour évaluer la sanction, le Service prend également en considération le remboursement total de l'indu effectué par Madame A..

En tenant compte de tous ces éléments, le SECM a décidé d'infliger une amende de 150% pour le premier grief, le plus grave, soit 11.205 € dont 100% (7.470 €) en amende effective et 50% (3.735 €) en amende assortie d'un sursis de trois ans.

Pour le deuxième grief, l'amende infligée sera de 100% du montant soit 114,20 € dont 50% (57,10 €) en amende effective et 50% (57,10 €) en 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 établis les deux griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;

Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 7.584,20 € ;

Constate que Madame A. a remboursé la totalité de l'indu soit 7.584, 20 € ;

Condamne Madame A. à une amende de 150% pour le premier grief soit 11.205 € dont 100% en amende effective (**7.470 €**) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (3.750 €) ;

Condamne Madame A. à une amende de 100% pour le second grief soit 114, 20 € dont 50% en amende effective (**57,10 €**) et 50% en amende assortie d'un sursis de trois ans (57,10 €).

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 156, §1er alinéa 2 de la loi ASSI coordonnée, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 02/03/2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général