

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 17 NOVEMBRE 2017  
BRS/F/17-013

Concerne : **Madame A.**  
Infirmière  
**Et**  
**S.P.R.L. B.**

**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 Mme 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-conformes**

### **Base légale et réglementaire :**

Article 8, §1<sup>er</sup> de la Nomenclature des prestations de santé

Article 73 bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

Article 3 de l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1er et 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

CHAPITRE II - INTERVENTION DANS LES FRAIS D'HEMODIALYSE A DOMICILE, DE DIALYSE PERITONEALE A DOMICILE ET LES FRAIS DE DIALYSE DANS UN SERVICE COLLECTIF D'AUTODIALYSE.

01/07/2003 § 1er. Cette forme de dialyse se pratique au domicile du patient. L'assurance intervient dans le financement de la dialyse à domicile à la condition qu'elle se pratique sous la responsabilité et sous la surveillance médicale d'un centre de dialyse agréé disposant d'un centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé conformément à l'arrêté royal du 27 novembre 1996 fixant les normes auxquelles les centres de dialyse pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre pour être agréés comme service médical technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

01/07/2003 § 2. En outre, pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance pour la dialyse à domicile, le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique doit satisfaire aux conditions suivantes:

01/07/2003 a) le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique prend à sa charge le supplément des frais supportés par le patient, occasionnés par la dialyse à domicile, à savoir la consommation accrue d'eau, d'électricité et de téléphone et ce, à concurrence d'un montant forfaitaire de 4,66 EUR par hémodialyse ou de 3,45 EUR par semaine de dialyse péritonéale, et à payer au patient. Ce coût est couvert par l'intervention visée au § 3.

- 01/07/2003 b) aucun frais lié à la dialyse comme telle ne peut être porté en compte au patient, sauf des frais résultant d'un endommagement de l'équipement dû à une négligence;
- 01/07/2003 c) le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique tient une comptabilité séparée concernant toutes les recettes et dépenses relatives à la dialyse à domicile; cette comptabilité doit permettre de connaître séparément les rubriques de frais prévus au § 3, a) à g) inclus; elle doit permettre également de ventiler les recettes selon qu'elles proviennent de l'intervention prévue au § 1er, ou selon qu'il s'agit d'autres recettes. Ces données doivent être mises à la disposition du Comité de l'assurance visé sous le § 3 à la demande de celui-ci.
- 01/07/2003 § 3. L'intervention de l'assurance dans la dialyse est fixée à:
- 01/07/2003 - 231,70 EUR par hémodialyse à domicile (numéro de code 761493);
- 01/07/2003 - 278,31 EUR pour l'hémodialyse à domicile avec l'assistance d'un praticien de l'art infirmier à domicile, sur prescription du médecin-néphrologue du centre d'hémodialyse de tutelle et après notification au médecin-conseil au moyen d'un rapport médical détaillé fourni par le néphrologue; ce montant peut être porté en compte au maximum trois fois par semaine (numéro de code 761456). Le montant de l'intervention de l'assurance couvre, en plus des frais mentionnés ci-dessous, également les frais de déplacement et l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile;
- 01/07/2003 - 659,21 EUR par semaine de traitement par dialyse péritonéale (numéro de code 761552) et à 94,17 EUR par journée de traitement par dialyse péritonéale en cas d'interruption du traitement au cours de la semaine (code 761574);
- 01/07/2003 - 733,58 EUR par semaine (numéro de code 761530) pour la dialyse péritonéale à domicile avec transfusion continue de dialysat par le biais d'un système de pompe (CCPD), sur prescription du médecin-néphrologue du centre de dialyse. Ce dernier couvre tous les frais relatifs à la dialyse (y compris le dialysat et l'utilisation de la pompe). Si le traitement ne couvre pas une semaine complète, une intervention de 104,80 EUR (numéro de code 761655) peut être attesté par jour de traitement.
- 01/07/2003 - 832,74 EUR par semaine pour la dialyse péritonéale à domicile avec l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile, sur prescription du médecin-néphrologue du centre d'hémodialyse de tutelle et après notification au médecin-conseil au moyen d'un rapport médical détaillé fourni par le néphrologue (numéro de code 761471). Si le traitement ne couvre pas une semaine complète, une intervention de 118,96 EUR (numéro de code 761670) peut être attesté par jour de traitement. Le montant de l'intervention de l'assurance couvre, en plus des frais sousmentionnés, également les frais de déplacement et l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile.
- 01/07/2003 **Cette intervention comporte tous les frais liés à la dialyse à domicile, à savoir:**
- 01/07/2003 a) amortissements:
- 01/07/2003 - amortissement de l'appareillage, muni des éléments de contrôle et des accessoires nécessaires;
- 01/07/2003 - amortissement des frais d'équipement relatifs à l'exécution des travaux d'adaptation indispensables à l'intérieur de la maison et aux amenées d'eau, d'électricité et de téléphone, de l'installation de l'unité de dialyse prête à fonctionner et de l'entretien, de la réparation ou de l'adaptation à l'évolution de la technique de cette dernière;
- 01/07/2003 - amortissement du matériel médical de réserve;
- 01/07/2003 - amortissement des locaux pour le personnel du centre;

- 01/07/2003 - amortissement du matériel roulant;
- 01/07/2003 **b) charges du personnel médical et paramédical (traitement, charges sociales, assurance-loi);**
- 01/07/2003 c) frais directs comme les charges financières (intérêts sur emprunts, sur ouvertures de crédit), les frais généraux (assurance, entretien, dépenses d'utilisation de voiture);
- 01/07/2003 d) entretien, chauffage, électricité des locaux du centre;
- 01/07/2003 e) frais d'administration;
- 01/07/2003 **f) produits de consommation, médicaments et accessoires nécessaires à la dialyse.**
- 01/07/2003 g) le coût, visé à l' [article 3. § 2. a\).](#)
- 01/07/2003 L'intervention de l'assurance dans la dialyse à domicile est payée directement par l'organisme assureur du bénéficiaire au centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé. A cet effet, le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé introduit, sur un relevé mensuel, par patient, la facture auprès de l'organisme assureur du patient. Six hémodialyses au plus par quinzaine peuvent être portées en compte pour le même patient. En cas de dialyse péritonéale, une semaine de traitement compte un minimum de vingt échanges par patient.

### **Prestations en cause**

**425014** Première prestation de base de la journée de soins, la semaine W0,879

**425412** Première prestation de base de la journée de soins - week-end et jour férié - . W1,206

**424373** Soins de plaie(s) spécifiques W 2,9

**424535** Soins de plaie(s) spécifiques W 4,350

Soins de plaies spécifiques non attestables car déjà couverts par l'intervention de l'assurance dans le forfait dialyse alloué à l'hôpital.

Nombre d'assurés : 2

Nombre de prestations : 874

Pour ce grief, l'indu a été évalué à 6.379,93 euros

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

## **2 DISCUSSION**

### **2.1. Fondement du grief**

Les diverses constatations effectuées lors de l'enquête montrent que des prestations non conformes ont été attestées puisque des soins de plaie spécifiques ont été portés en compte alors qu'ils sont compris dans le forfait dialyse péritonéale.

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que, selon les éléments de l'enquête et deux entretiens téléphoniques avec une infirmière et la compagne d'un des 2 assurés, il apparaît que des prestations non-conformes ont été portées en compte à l'assurance soins de santé.

En conséquence, le grief est établi.

## **2.2. Quant à l'indu**

Les faits reprochés ne sont pas contestés par la prestataire.

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 6.379,93 euros.

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

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner Mme A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de **6.379,93 euros**.

Cependant, c'est la S.P.R.L. B. 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. 'B.' doit être condamnée solidairement avec Mme A. au remboursement du solde des sommes indument perçues, soit **6.379,93 euros**.

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

2.3.1. Les prestations ont été introduites auprès des organismes assureurs du 30.01.2015 au 24.11.2015.

En vertu de l'article 169 de la loi ASSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142 §1<sup>er</sup>, 2° de la même loi, c'est-à-dire, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% de l'indu.

2.3.2. Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Mme 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, 874 prestations non effectuées et non conformes ont été attestées sur une période infractionnelle de 10 mois.

De plus, Mme A. a des antécédents puisqu'elle a été condamnée, le 4 mai 2017, dans le dossier E/... :

- pour les prestations non effectuées, à une amende administrative s'élevant à 150 % du montant des prestations litigieuses (11.353,75 euros), dont 100 % en amende effective (soit 7.569,17 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 3.784,58 euros) ;

- pour les prestations non conformes, à une amende administrative s'élevant à 100 % du montant des prestations litigieuses (18.338 euros), dont 50 % en amende effective (soit 9.169 euros) et 50 % en amende assortie d'un sursis de trois ans (soit 9.169 euros).

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 conformes, Mme A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions et vu son expérience (diplômée en 2004), ses antécédents, son profil d'activités, il convient de prononcer une amende administrative effective (et donc sans sursis) pour les faits cités à grief.

2.3.3. 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 conformes :

- une amende administrative s'élevant à 100 % du montant des prestations litigieuses (6.379,93 euros).

\*

\*

\*

**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 Mme A. et la S.P.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 6.379,93 euros ;
- Condamne Mme A. à payer une amende de 100 % du montant des prestations litigieuses, soit 6.379,93 euros ;
- 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 17/11/2017

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Jo Maebe  
Médecin-directeur général f.f.