# DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 27 JUIN 2024 BRS/F/24-006

Concerne: Monsieur A.

Médecin généraliste agréé + titulaire d'attestation ECG

Et

A. SRL

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 le Docteur 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 les documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution 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 et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'article 73 bis, 2° de la LC.

Il s'agit de 1.905 prestations attestées à l'acte alors que le prestataire a fait le choix de travailler selon le système forfaitaire et ne satisfaisant pas aux possibles exceptions à l'interdiction d'attester à l'acte décrites dans l'arrêté royal (AR) du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales (voir contexte de l'enquête et base légale ci-dessous).

## 1.1 Base légale et/ou réglementaire du grief

Arrêté royal portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, cordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

Moniteur belge du 30.04.2013 (en vigueur 01.05.2013)

(...)

Section II. - Inscription du bénéficiaire

Art. 15.

**§ 1er.** Pour pouvoir prétendre au forfait, le bénéficiaire doit s'inscrire auprès du dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins concerné.

Le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global au médecin généraliste ou aux médecins généralistes qui travaillent dans le groupe de dispensateurs de soins.

Lors de son inscription, le bénéficiaire reçoit des informations sur le coût des soins qui lui sont dispensés dans le cadre du paiement forfaitaire. La Commission peut définir le contenu et la forme de ces informations.

Le forfait est dû au dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs à partir du premier mois suivant la date d'inscription et à condition que l'organisme assureur en soit averti par le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins auprès duquel il s'inscrit. Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins utilise le service "Inscription" d'un logiciel approuvé par la Commission. Par le biais du même service et à condition que l'inscription ne soit pas encore effective, le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins peut notifier l'annulation d'une inscription.

Les dispensateurs de soins visés à l'alinéa précédent peuvent dispenser des prestations et percevoir des honoraires à l'acte si ces prestations sont dispensées aux bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum trois mois qui ne peut être renouvelée.

§ 2. Les dispensateurs de soins qui ont conclu un accord aux conditions de l'article 52, § 1er, de la loi en vue du paiement forfaitaire de certaines prestations, ne peuvent pas dispenser ces prestations contre paiement à l'acte sauf dans le cas d'exception mentionné au paragraphe précédent ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires non inscrits, dans les cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital.

Une exception peut également être faite pourvu qu'il s'agisse de bénéficiaires non inscrits:

- 1° pour des consultations dans un centre de planning familial;
- 2° pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie;
- 3° pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités;
- 4° pour régler la situation particulière de bénéficiaires non inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique visée à l'article 21, 1°.

Les exceptions visées aux points 1° à 4° de l'alinéa précédent ne peuvent être accordées qu'après une évaluation méticuleuse décrivant clairement les dispensateurs de soins, l'activité et le groupe cible. Il faut également motiver la raison pour laquelle le paiement forfaitaire n'est pas appliqué dans ces cas. La demande d'octroi des exceptions est soumise à la Commission par les dispensateurs de soins. La Commission communique sa décision motivée aux dispensateurs de soins.

Dans tous les autres cas mentionnés dans les accords et dans lesquels il est dérogé aux rémunérations forfaitaires des médecins, toute possibilité de rémunérer les consultations et visites à l'acte est exclue.

(1)<AR 2020-01-20/07, art. 1, 002; En vigueur: 01-05-2020>

. . .

## 1.2 Prestations en cause

Annexe à l'AR du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

N° code (CNK,) de la prestation	Rubrique	Libellé court de la prestation	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé- lettre-clé-coefficient
101076	N01	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N 8 / Q 30	01/05/2013
101496	N01	Honoraires de gestion du dossier médical global durant l'année d'ouverture	N 8,415	01/01/2021
101533	N01	Honoraires de gestion du dossier médical global durant une année de prolongation (avec ou sans contact)	N 8,415	01/01/2021
102771	N01	Gestion du dossier médical global (DMG)	N 8,415	01/01/2016
103132	N01	Visite par le médecin généraliste	D4/E1/N5,6	01/05/2013
103574	N01	Honoraires pour la gestion du dossier médical global avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet : ouverture du dossier médical	N 8,415	01/08/2014
103596	N01	Honoraires pour la gestion du dossier médical global avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet : prolongation du dossier médical	N 8,415	01/08/2014

## 1.3 Argumentation

Depuis fin 2015, le docteur A. travaille au Centre médical ... et à la Maison médicale ...

Le docteur A. est également maître de stage.

Le docteur A. n'a pas d'activité médicale en dehors de ces MM.

Au CM ..., il y a une permanence ouverte pour les urgences ou les patients qui n'ont pas pu être vus en semaine. Idéalement les patients doivent téléphoner avant de venir pour gérer les rendez-vous. La permanence a lieu toujours sur le même site mais ce sont les médecins des 3 sites qui participent.

Les consultations sont sur rendez-vous mais dans les agendas il y a des « plages d'urgences » qui sont décalées de médecin à médecin pour des patients qui se présentent le jour-même sans rendez-vous, cela dans les 2 maisons médicales.

Un dispensateur de soins qui a choisi d'exercer dans une maison médicale au forfait ne peut plus dispenser de prestations contre paiement à l'acte, ni dans la maison médicale, ni en dehors de celle-ci, hors exceptions reprises dans l'art. 15 § 2. de l'A.R. du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales.

Les données de facturation des 2.974 dispensateurs (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) exerçant en MM au forfait pendant la période du 1/02/2019 au 30/06/2021, ont donc été demandées.

De toutes ces prestations facturées ont été décomptées celles qu'il est permis d'attester à l'acte, ne tombant pas sous le forfait, et les prestations identifiées comme faisant partie des exceptions possibles décrites dans l'A.R. Pour ce faire, l'identification de ces

prestations s'est basée sur les numéros de tiers payant des établissements où ces exceptions pouvaient être attestées. Le format de ces numéros de tiers payant varie selon l'activité et est identifiable par ses premiers chiffres. Ces numéros débutent par exemple par « 678 - » pour un poste de garde, « 782 - » pour un centre de planning familial. . . . .

Les prestations reprochées en fin de compte aux dispensateurs dans le PVC du 8/07/2022 ont été établies en tenant compte de dérogations obtenues auprès de la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords (Commission Forfait) par chacun d'entre eux et en éliminant les prestations dans le mois précédant le début du forfait pour les patients inscrits à la MM où travaillent les dispensateurs.

Le docteur A. n'a pas fait de demande de dérogation et 79 prestations de participation à une garde organisée attestées sous le numéro de tiers payant ... du poste de garde ... ont été identifiées et donc pas portées en compte.

2.081 prestations à l'acte ont finalement été reprochées au docteur A. pour la période du 01/01/2019 au 17/12/2021 dans le procès-verbal de constat du 8/07/2022.

Malgré le fait que le docteur A. travaille au CM ..., au forfait depuis le 1/10/2004 et à la MM ..., au forfait depuis le 1/02/2012, de nombreuses prestations avec remboursement à l'acte ont été attestées au bénéfice de 722 assurés pour la période du 01/01/2019 au 17/12/2021 (dates de prestations).

Lorsqu'on s'intéresse au nombre de contacts par patient, on constate qu'il y a eu pour 563 patients jusqu'à 3 contacts facturés, pour 123 autres patients il y a au 4 à 10 contacts, pour encore 27 autres patients il y a eu 11 à 19 contacts et que pour 3 patients cela concernait plus de 20 contacts (avec un maximum de 27 contacts). Un contact signifie une consultation, une visite ou un avis à distance (COVID).

Des corrections ont été apportées aux prestations reprochées suite à l'analyse des pièces justificatives fournies par le dispensateur.

En rapport avec la période du 01/01/2019 au 17/12/2021 (dates de prestations), l'infraction est donc relevée pour 1.905 prestations (voir tableau sous le point 4.7 de la note de synthèse) correspondants à un montant de 46.937,02 € (voir point 4.6. de la note de synthèse pour le corrigendum de l'indu ).

En nombre de contacts par patients, on retrouve la répartition suivante :

Nombre de contacts par patient	Nombre de patients	Nombre de contacts total
1	334	334
2	119	238
3	61	183
4	43	172
5	23	115
6 - 10	48	342
11 - 19	25	363
23 - 24	6	141
Total	659	1.888

En partant du postulat que les prestations ont été effectuées, cela voudrait dire que

- Pour les 3 patients en position numéro 1 en nombre de contact : Mr B. aurait bénéficié de 24 consultations et visites en 23 mois, Mme C., aurait bénéficié de 24 consultations en 21 mois et Mme D. aurait bénéficié de 24 consultations en 21 mois ;
- 79 patients ont bénéficié de plus de 5 contacts, soit plus que le nombre moyen de contacts par an chez un généraliste par bénéficiaire selon l'AIM pour l'arrondissement de ... (https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr). Le nombre total de ces contacts s'élève à 846, cela représente presque la moitié du nombre de contacts total.

Suite à une vérification concernant la participation à une garde organisée, les patients inscrits au CPAS et les avis à distance attestées au bénéfice de patients non-inscrits, des corrections ont été amenées aux prestations portées à charge dans le PVC du 08/07/2022 au docteur A.

Ce qui a résulté en rapport au PVC du 08/07/2022 à ne plus retenir à charge 80 prestations attestées dans le cadre d'une garde organisée, 93 prestations d'avis à distance (numéros-codes 101135 et 101990) ne répondant pas aux justifications relatives au grief 1 du PVC du 08/07/2022 car attestées au bénéfice d'assurés non inscrits au forfait et 3 prestations dont le bénéficiaire du remboursement était le CPAS de ...

Dans la lettre corrigendum du 21/02/2023, une même prestation d'avis à distance a été décomptée 2 fois, une fois parmi les prestations d'avis à distance attestées au bénéfice d'assurés non inscrits au forfait et une deuxième fois parmi les prestations dont le bénéficiaire du remboursement était le CPAS de ... Le montant correct de l'indu s'élève donc à 46.937,02 € pour 1.905 prestations.

#### Conclusion

Ce grief concerne 661 assurés pour 1.905 prestations (ventilation : voir tableau cidessous et liste dans EDOS pièce 0089, folder PV Constat - Concerné), pour la période de prestations 01/01/2019 au 17/12/2021 et de réception par les organismes assureurs (OA) du 09/07/2019 au 31/12/2021, à concurrence d'un indu (total ou différentiel) de 46.937,02 €.

N° code (CNK,) de la prestation	Rubrique	Libellé court de la prestation	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé- lettre-clé-coefficient	Nombre de prestations à grief
101076	N01	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N 8 / Q 30	01/05/2013	1.806
101496	N01	Honoraires de gestion du dossier médical global durant l'année d'ouverture	N 8,415	01/01/2021	1
101533	N01	Honoraires de gestion du dossier médical global durant une année de prolongation (avec ou sans contact)	N 8,415	01/01/2021	6
102771	N01	Gestion du dossier médical global (DMG)	N 8,415	01/01/2016	6
103132	N01	Visite par le médecin généraliste	D4/E1/N5,6	01/05/2013	82
103574	N01	Honoraires pour la gestion du dossier médical global avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet : ouverture du dossier médical	N 8,415	01/08/2014	3
103596	N01	Honoraires pour la gestion du dossier médical global avec utilisation des fonctionnalités des services MyCareNet : prolongation du dossier médical	N 8,415	01/08/2014	1
				Total	1905

L'indu total du dossier s'élève à 46.937,02 €.

A l'avantage du dispensateur, ce montant est revu à 46.917,02 € suite à la double soustraction dans le corrigendum du 21/02/2023 d'une même prestation.

Suite à la réception du PVC du 8/07/2022, le dispensateur a effectué un remboursement de 1.560,29 euros et 1.020,19 euros le 28/10/2022.

Le 17/01/2023, le dispensateur a envoyé un courriel faisant part de son souhait de rembourser les prestations 101076 (consultations) et 103132 (visites à domicile) de patients passés 30 fois ou plus à la MM. Concrètement, il s'agit de 221 prestations 101076 et de 1 prestation 103132, pour un montant total de 5.533,57 euros.

L'invitation au remboursement volontaire corrigée du 21/02/2023 avec demande de remboursement avant le 22/04/2023 est restée sans réaction, cependant un versement supplémentaire de 14.961,67 euros a été effectué le 24/04/2023.

Le docteur A. a remboursé volontairement en 2023 la somme de 17.542,15 €.

En date du 12/02/2024, le docteur A. a fait un remboursement volontaire supplémentaire de 29.374,87 €.

Le 13/02/2024, le docteur A. a envoyé un courriel faisant part de son remboursement de l'intégralité de l'indu, souhaitant ainsi clôturer son dossier définitivement. Le 14/02/2024, il a remboursé le solde de l'indu.

#### 2. DISCUSSION

## 2.1. Justifications du dispensateur de soins et moyens de défense

Le docteur A. conteste et justifie ces prestations avec les arguments exposés dans le courrier du 28/10/2022 (pièces 0024 et 0028, folder Correspondance avec concerné hors envoi PV), lors de son audition du 14/12/2022 (pièce 0068, folder PV Audition concerné) et dans l'annexe 3 du PV d'audition du 14/12/2022 (pièce 0069, folder PV Audition concerné), dans le courriel du 23/12/2022 (pièce 0071, folder Correspondance avec concerné hors envoi PV) et dans ses moyens de défense recus le 10 juin 2024:

#### 2.1.1. Pandémie COVID

Le dispensateur de soins soulève qu'une bonne partie des prestations à l'acte qui sont reprochées par le service sont notamment des prestations relevant des soins urgents qui ont été dispensés pendant le premier confinement complet entre le 18/03/2020 et le 03/05/2020 puis pendant la pandémie. Pendant cette période, les dispensateurs de soins ont été sursollicités. Des médecins généralistes travaillant à l'acte ne pouvaient plus fonctionner ce qui a eu pour conséquence une augmentation de demandes de patients non inscrits pour des soins urgents auprès de médecins généralistes travaillant au forfait. Ils se sont occupés de patients non-inscrits au forfait pour des soins urgents.

#### 2.1.2. Avis à distance COVID

Concernant les codes d'avis à distance 101990 et 101135, le dispensateur se justifie par l'argument suivant dans le courrier du 28/10/2022 :

L'article 8 de l'AR n° 20 du 13 mai 2020 stipule clairement que cette nomenclature peut être portée en compte pour des patients de maisons médicales non-inscrits :

#### 2.1.3. Pénurie de médecins généralistes

Le dispensateur de soins soulève qu'il existe une pénurie de médecins généralistes à ... Les maisons médicales sont contactées par des patients non-inscrits qui demandent à être vus en situation urgente.

#### 2.1.4. Attestation dans le cadre de soins urgents

Le Dr A. signale que plusieurs médecins (assistants) ont facturé en son nom pour des soins urgents puisqu'il était leur maître de stage.

Le dispensateur de soins soulève que la majorité des prestations à l'acte reprochées concernant des patients non-inscrits relevaient de l'urgence. Le dispensateur de soins considère que la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait (ci-après commission « Forfait ») a décidé que les prestations réalisées dans le cadre des soins urgents devaient être rétribuées à l'acte et que cela constituerait une coutume. En outre, il allègue que le service des maisons médicales de l'INAMI a également informé par écrit que la demande d'exception n'était pas nécessaire et que les soins urgents pouvaient être facturés dans le cadre du système à l'acte. Il invoque également qu'il découle de la jurisprudence de la Chambre de recours que le prestataire de soins doit pouvoir s'appuyer sur une décision d'un organe compétent de l'INAMI (Chambre de recours FB-002-14 , 2 juin 2016).

Il soulève que les soins urgents dans le secteur des maisons médicales au forfait sont confirmés dans le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026 de la Commission anti-fraude (CAFC) de l'INAMI (pièce 3 - Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026 de la Commission anti-fraude de l'INAMI).

# 2.1.5. Situations spécifiques – Attestations dans le mois civil de l'inscription

Le dispensateur de soins relève que certaines prestations reprochées concernent des patients qui ont été inscrits au forfait dans la maison médicale. Il s'agit de prestations à l'acte de patients inscrits pendant le mois civil de l'inscription dont le forfait n'avait pas encore pris effet. Ces prestations à l'acte relèvent donc d'une exception autorisée par l'arrêté royal du 23 avril 2013. Il relève, qu'au sein de la commission Forfait du 26 février 2019, en préparation des amendements à l'arrêté royal de 2013 concernant les maisons médicales, il était admis dans le secteur que l'on était autorisé à voir un patient pendant trois mois avant qu'il ne soit enregistré.

## 2.1.6. Situations spécifiques – Patients fragiles

Le dispensateur de soins relève que des prestations à l'acte ont été dispensées à des patients très fragiles socialement qui, après avoir été vus « à l'acte », ont finalement été inscrits au forfait auprès de la maison médicale.

Il s'agit de patients pris en charge par le CPAS dans le cadre du statut « aide médicale urgente », de patients pris en charge par le CPAS qui ne relèvent pas du statut « aide médicale urgente », des nourrissons nés pendant la période du Covid qui n'étaient pas en ordre au niveau de l'enregistrement auprès des services de la population de la commune ainsi que de patients, dont le domicile est éloigné de la maison médicale, qui n'ont pas tout de suite opté pour le forfait.

#### 2.1.7. Situations spécifiques – Médecin empêché

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont été dispensées à des patients qui sont suivis par un médecin, lequel était empêché (maladie, congé ou absence), pour assurer une continuité des soins.

Cette question a déjà été abordée lors de la Commission Forfait du 3 mars 2021 où il a été précisé qu'aucune exception ne doit être demandée lorsqu'un médecin généraliste dans le système forfaitaire voit un patient d'un médecin généraliste à l'acte lorsque le médecin généraliste à l'acte est indisponible. Il se réfère également à la jurisprudence de la chambre de recours (cf. supra point 2.1.4.).

## 2.1.8. <u>Situations spécifiques – Patients habitant hors zone</u>

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont été dispensées pour des patients qui habitent en dehors de la zone d'inscriptions et de soins de la maison médicale. Eu égard à la pénurie de médecins généralistes à ..., ces prestations à l'acte ont été dispensées uniquement dans le cadre de soins urgents.

## 2.1.9. Ouvertures de dossiers médicaux globaux et leurs prolongations

Le dispensateur ne conteste pas les prestations d'ouverture et prolongation de DMG.

## 2.1.10. Participation aux services de garde

Le Dr A. invoque que les services de garde constituent l'une des exceptions prévues par l'arrête royal du 23 avril 2013.

## 2.1.11. Prestations non-urgentes

Le prestataire reconnaît qu'il s'agit dune erreur et que la prestation n'aurait pas dû être facturée.

## 2.1.12. Prestations non-identifiées

Le prestataire reconnaît qu'il s'agit dune erreur et que la prestation n'aurait pas dû être facturée.

## 2.1.13. Diviser entre tous les prestataires de la MM

Le docteur A. a déclaré lors de l'audition du 14/12/2022 que la facturation des prestations à l'acte a été déléguée au staff administratif.

#### 2.1.14. Manque d'information des prestataires en MM au forfait :

Le dispensateur de soins soulève que l'INAMI, et plus particulièrement le SECM, qui a une obligation légale d'informer, n'a pris aucune mesure en ce sens alors que l'INAMI est conscient que ces règles complexes ne sont pas connues du groupe de médecins concerné.

Il invoque avoir suivi les règles élaborées et communiquées par la Commission Forfait sur la facturation des prestations de soins urgents aux patients non-inscrits. En outre, le service des maisons médicales de l'INAMI a également informé par écrit que la demande d'exception n'était pas nécessaire et que les soins urgents pouvaient être facturés dans le cadre du système à l'acte (cf. supra point 2.1.4 soins urgents).

## 2.1.15. Système new deal

Le new Deal est un troisième systèmes de facturation. Il s'agit d'une combinaison du système à l'acte et du système au forfait.

Il en découle une question d'égalité et d'interdiction de discrimination entre un médecin à l'acte et un médecin forfaitaire, le DMG étant l'équivalent d'une inscription lorsque l'on compare le système à l'acte au système forfaitaire. Il y a discrimination lorsqu'un médecin à l'acte est autorisé à voir des patients qui n'ont pas de relation durable avec lui (DMG) alors qu'un médecin forfaitaire ne l'est pas.

## 2.1.16 Quant au remboursement de l'indu et à l'amende

M. A. demande que le grief ne soit pas déclaré établi et que, si le grief est établi, de classer le dossier sans suite ou de prononcer un avertissement mais de ne pas prononcer d'amende vu son absence d'antécédent et sa bonne foi puisqu'il a agi conformément aux directives de la Commission Forfait et du Service des Maisons Médicales de l'INAMI.

## 2.2. Réponse du SECM.

## 2.2.1. Pandémie COVID

Le service ne retient pas l'argument avancé.

L'interdiction d'attester à l'acte, telle que décrite dans l'arrêté royal du 23/04/2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales, est restée d'application sans modification pendant la pandémie COVID.

Des règlementations spécifiques ont, par ailleurs, été prévues pour permettre exceptionnellement certaines prestations à l'acte pendant la pandémie.

#### 2.2.2. Avis à distance

Il y a eu 68 codes d'avis à distance 101135 et 25 codes 101990 attestés au nom du docteur A. L'attestation de codes d'avis à distance était permise pour des patients non inscrits, ces prestations ne sont plus retenues à grief et ont fait l'objet d'un corrigendum adressé le 21/02/2023 au dispensateur.

93 avis à distances chez les patients non inscrits ont été retirés des prestations reprochées dans le PVC.

Néanmoins, il y a lieu de remarquer que la majorité de ces prestations à distance retirées avaient été attestées au bénéfice d'assurés déjà connus du dispensateur avant la pandémie COVID. Malgré la question de savoir pour quel motif plusieurs assurés ne sont pas inscrits au forfait alors qu'ils sont suivis de longue date à la MM, les prestations à distance dont ces assurés ont bénéficié n'ont pas été retenues à grief dans ces cas précis, à l'avantage du dispensateur.

#### 2.2.3. Pénurie de médecins généralistes

Le service ne suit pas cet argument.

L'analyse des prestations à l'acte attestées par chacun des prestataires travaillant au forfait en Belgique pour la période de 2019 à fin 2021, n'a pas démontré d'augmentation généralisée des prestations à l'acte.

En Belgique, un dispensateur de soins a le choix de travailler selon 2 systèmes de facturation, l'un est la pratique à l'acte et l'autre est une pratique forfaitaire.

Le dispensateur de soins a fait librement le choix de travailler sous le mode de remboursement « au forfait » et doit respecter la réglementation applicable en la matière.

Le fait qu'il y ait une pénurie de médecins généralistes dans certaines régions ne signifie pas que l'arrêté royal du 23/04/2013 ne serait plus applicable.

Par ailleurs, le site de l'Agence Intermutualiste (AIM)<sup>1</sup> reprend dans le tableau ci-dessous l'évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans l'arrondissement de ...

	2018	2019	2020	2021
Bruxelles	1 109	1 133	1 178	1 237

Une légère augmentation du nombre de médecins généralistes est à noter. Si on se réfère au nombre de bénéficiaires par nombre de médecins généralistes, le nombre de bénéficiaires par médecin diminue :

	Bruxelles	
	Nombre de médecins généralistes	Nombre de bénéficiaires (*1)
2018	1 109	1 110 925
2019	1 133	1 115 989
2020	1 178	1 115 509
2021	1 237	1 118 041

Il n'y a donc pas de corrélation entre la pénurie connue de longue date de médecins généralistes, le profil de prestations attestées à l'acte du dispensateur et la discordance entre son profil et celui d'autres médecins généralistes au forfait.

L'argument de la pénurie des médecins généralistes justifiant la facturation à l'acte du dispensateur de soins n'est donc pas pertinent. Le service maintient les prestations à charge telles que constatées.

# 2.2.4. Attestation dans le cadre de soins urgents

Le service ne suit pas cet argument.

L'arrêté royal du 23/04/2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales, ne permet pas d'attester à l'acte des prestations sous la justification générale qu'il s'agirait de soins urgents.

Le dispensateur de soins se base sur des extraits de comptes-rendus de réunions de la Commission « Forfait », sortis de leurs contextes.

Ces extraits d'échanges intervenus entre des membres de la commission forfait ne constituent pas une décision et autorisation générale de l'INAMI visant à permettre aux

<sup>1</sup> https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr

dispensateurs de soins qui ont adhéré au forfait de facturer à l'acte des prestations dispensées à des patients non-inscrits au motif qu'il s'agirait de soins urgents. Premièrement, ces rapports ne sont pas publics, précisément parce qu'il s'agit de discussions purement internes et qu'ils ne peuvent être considérés comme des « décisions » de la Commission Forfait, ni comme une réglementation qui pourrait être assimilée à l'arrêté royal du 23/04/2013. Deuxièmement, les discussions de la Commission Forfait portent toujours sur des échanges entre membres qui ne peuvent être envisagés sans leur contexte.

Un prestataire de soins peut demander une dérogation à la Commission Forfait. Le courriel du 19 décembre 2022, signé par Madame F. et plusieurs fois évoqué, ne précise pas expressément que les prestations portées en compte par M. G. seraient autorisées sans aucun doute. Il précise que les soins prodigués aux touristes et aux étudiants ne sont normalement accordés que lorsqu'il s'agit de soins urgents. Ils ne sont pas répertoriés comme « autorisés ». De plus, le courrier électronique date d'après la période d'investigation et la réponse ne peut donc être lue de manière rétroactive pour les prestations réalisées pendant la période d'investigation.

Le Dr A. invoque également de la jurisprudence de la Chambre de recours selon laquelle le prestataire de soins doit pouvoir s'appuyer sur une décision d'un organe compétent de l'INAMI (légitime confiance).

Les principes généraux de bonne administration, comme la « légitime confiance », ne peuvent pas être invoqués s'ils aboutissent à une politique ou une décision contraire aux dispositions légales².

Dans le même sens, la jurisprudence constante du Conseil d'Etat souligne que ce principe ne permet pas de revendiquer le maintien d'une situation irrégulière et il ne permet pas de justifier une décision illégale<sup>3</sup>.

Le dispensateur de soins ne peut pas non plus être suivi au regard de la « coutume » qui aurait été créée. Les rapports de la Commission forfait n'étant pas publiés dans leur intégralité, ils ne sont normalement pas connus du public. Il ne peut y avoir de droit coutumier s'il ne concerne pas les décisions officielles prises par l'institution et connues du public. Cela porterait atteinte à la sécurité juridique si les échanges entre membres lors d'une réunion de la Commission devaient s'appliquer au-delà des règles relatives à l'assurance soins de santé et indemnités publiées au Moniteur belge. L'administration n'a pris aucun engagement ni promesse concret<sup>4</sup>

En tout état de cause, une règle de droit non écrite, comme la « coutume », ne peut ajouter à la norme écrite lorsqu'une situation est réglée par celle-ci.

Concernant le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026, il y est précisé qu'une urgence médicale est en principe un phénomène rare en médecine générale. La section sur les maisons médicales du plan d'action commence clairement en indiquant que plusieurs types d'infractions sont répertoriés pour lesquelles des mesures seront prises lors de la mise en place du plan.

Le fait que le secteur estime que les règles d'exception de l'article 15, § 2 de l'arrêté royal du 23/04/2013 ne seraient pas suffisamment clairement formulées et/ou seraient

\_

 $<sup>^2</sup>$  Cass, 14.06.1999, J.T.T., 1999, p. 384, Cass., 30.10.2000, JTT, 2000, p. 497, Cass., 26.05.2003, S 010108 F et Cass., 29.11.2004, S 030057 F, Larcier Cass, 2005, p. 34, n°184.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Voy. notamment: C.E., arrêt n°254.300, 29.07.2022 et C.E., arrêt n°257.714, 24.10.2023.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Antwerpen (burg.) (B6Me k.) 17 april 2023, nr. 2021/AR/1165.

pratiquement inadéquates n'équivaut pas à dire que l'INAMI a formulé ce point de vue. L'INAMI a établi que cela semble être le cas pour le secteur et étudie quelles sont les alternatives possibles. Cela ne signifie pas en soi que les réglementations actuellement en vigueur ne doivent plus être respectées. Dans le cas contraire, tout prestataire de soins pourrait prétendre que les réglementations ne sont pas suffisamment claires et qu'il ne doit donc pas les respecter.

Le Conseil d'Etat a d'ailleurs jugé que si un dispensateur de soins considère que la réglementation ne serait plus/pas adaptée, il ne lui appartient « pas sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet »5.

En outre, le plan d'action évoqué n'a été publié sur le site Internet de l'INAMI qu'après la période contrôlée. Ce document n'a donc pas semé la « confusion » au moment des faits, comme semble le laisser entendre le prestataire de soins.

## 2.2.5. Situations spécifiques – Attestations dans le mois civil de l'inscription

Lorsque le service a procédé à l'analyse d'origine, les prestations attestées pour chaque patient dans le mois qui précède le début du forfait ont été éliminées des prestations à l'acte du dispensateur.

L'affirmation selon laquelle « il était admis dans le secteur que l'on était autorisé à voir un patient pendant trois mois avant qu'il ne soit enregistré » est contraire aux dispositions de l'arrêté royal du 23.04.2013 et en particulier à son article 15 §1 et §2. Ces dispositions prévoient que les prestations et honoraires « à l'acte » sont possibles pour « les bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription », « le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période maximum de trois mois qui ne peut être renouvelée »6 ou « pour les bénéficiaires non inscrits, dans le cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital ».

Il n'est nullement prévu qu'une dérogation au délai d'un mois ou de trois mois soit possible pour la période qui précède l'enregistrement, sauf et uniquement dans les cas visés à l'article 15 §2.

La réglementation en matière de soins de santé est d'ordre public et d'interprétation stricte<sup>7</sup>.

Par ailleurs, dans l'extrait du procès-verbal de la Commission forfait du 26 février 2019, il a été uniquement répondu à la question posée que « le délai de trois mois serait annulé »8 : ce qui n'est pas le cas à ce jour.

En tout état de cause, la Commission forfait ne peut modifier, ajouter ou retrancher au texte clair de l'arrêté royal du 23.04.2013.

Le dispensateur de soins n'apporte pas de pièces pour appuyer son argument.

<sup>6</sup> Nous soulignons

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> C.E., Reynart c. Inami, arrêt n°130202 du 9 avril 2004

Vov. notamment: C.trav.Mons. 03.05.1998. BI INAMI. 1998/3, p.387; C.trav.Mons. 26.06.1998, BI INAMI, 1998/3, p. 388; C.trav.Anvers, 13.02.2001, BI INAMI, 2001/2, p. 238, et C.trav.Bruxelles, 10.04.2003, BI INAMI, 2003/3, p. 343

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Nous soulignons

## 2.2.6. Situations spécifiques – Patients fragiles

Les patients pris en charge par le CPAS dans le cadre du statut « aide médicale urgente » :

Le service relève qu'un patient CPAS « AMU » (aide médicale urgente) est un patient inscrit au CPAS et dont les soins sont pris en charge par SPF intégration sociale. Ces patients ne sont pas inscrits auprès d'une mutualité.

Les prestations effectuées dans ce cadre-ci ne sont donc pas remboursées par une mutualité et ne se retrouvent en principe pas dans les données de facturation du dispensateur. Cela a été confirmé par le CPAS de ... et les organismes assureurs.

Cependant, certaines prestations ont été relevées dans les données pour des bénéficiaires CPAS « AMU ». Ces prestations ont été introduites pour remboursement par le CPAS après que le patient ait été régularisé et inscrit auprès d'une mutualité.

Ces 3 prestations identifiées comme telles ne sont plus reprochées au dispensateur dans le courrier corrigendum du 21/02/2023.

Les patients pris en charge par le CPAS en dehors du statut « aide médicale urgente » :

Le service relève qu'un patient CPAS « non AMU » est inscrit auprès d'une mutualité et donc éligible à l'inscription au forfait.

De nombreux CPAS exigent notamment en vue de l'octroi de la carte médicale l'ouverture d'un dossier médical global auprès d'un médecin généraliste conventionné et agréé avec le CPAS.

Le patient CPAS « non AMU » doit donc s'inscrire au forfait pour l'ouverture de son DMG, s'il choisit de consulter un dispensateur en maison médicale au forfait.

Ces prestations à l'acte restent reprochées.

Les nourrissons nés pendant la période du Covid qui n'étaient pas en ordre au niveau de l'enregistrement auprès des services de la population de la commune :

Le service relève que la liste des prestations reprochées a été vérifiée pour les prestations attestées chez des enfants nés entre le 01/03/2020 et le 31/12/2020.

Toutes les prestations ont été effectuées à une période bien ultérieure à la date de leur naissance et hors période de difficulté à l'enregistrement de l'enfant au Service de la population de la Commune.

Ces prestations à l'acte restent reprochées.

De façon générale, le service relève que l'arrêté royal du 23/04/2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales prévoit que (nous soulignons) « Les dispensateurs de soins visés à l'alinéa précédent peuvent dispenser des prestations et percevoir des honoraires à l'acte si ces prestations sont dispensées aux bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum trois mois qui ne peut être renouvelée. ».

Les exceptions prévues dans la réglementation permettent des prestations à l'acte dispensées aux bénéficiaires qui sont inscrits (dans le mois civil de l'inscription ainsi que pendant 3 mois pour une inscription avec option du bénéficiaire).

La réglementation n'autorise nullement des prestations à l'acte par des dispensateurs de soins qui ont opté pour le forfait dans l'attente d'une inscription du bénéficiaire.

## 2.2.7. Situations spécifiques – Médecin empêché

Ces prestations à l'acte ne font pas partie des exceptions permises pour des dispensateurs de soins ayant opté pour le forfait et sont donc reprochées.

#### 2.2.8. Situations spécifiques – Patients habitant hors zone

Le service relève que la zone d'action de la Maison médicale ... comprend les communes de .... Pour le Centre médical ..., la zone d'action comprend les communes... Les patients concernés par ces prestations viendraient dans le cadre de soins urgents d'une autre commune de ... ou d'ailleurs.

Ces prestations ne font pas partie des exceptions permises, le SECM ne peut donc pas les accepter.

#### 2.2.9. Ouvertures de dossiers médicaux globaux et leurs prolongations

Les numéros-codes 102771 et 101496 concernent une ouverture de DMG et non une prolongation. C'est bien le dispensateur qui suite au consentement éclairé du patient atteste ce code.

Le dispensateur de soins ayant pourtant opté pour le forfait atteste cependant ces codes alors que le DMG est déjà inclus dans le forfait.

Le dispensateur ne conteste pas les prestations d'ouverture et prolongation de DMG.

## 2.2.10. Participation aux services de garde

Tout code de prestations urgente, comme le 102410, 102432, 104230 et 104252, n'équivaut pas à une garde.

Les prestations attestées sous les numéros de tiers payant de postes de garde ont été décomptées lors de l'analyse effectuée par le SECM lors de son enquête. Pour le docteur A., 79 prestations de participation à une garde organisée attestées sous le numéro de tiers payant 67801020 du poste de Garde ... avaient été identifiées au préalable et donc pas reprochées.

Comme déclaré lors de son audition du 14/12/2022, le docteur A. ne preste lui-même plus de garde mais ses assistants ont presté des gardes à la garde ... sous sa supervision pendant la période reprochée.

Après vérification des listes de garde encodées par la garde ... à laquelle le docteur A. est inscrit, 80 prestations de garde ont été identifiées parmi les prestations reprochées dans le PVC du 8/07/2022.

# Les 80 prestations identifiées comme participation aux services de garde ne sont plus reprochées au dispensateur dans le courrier corrigendum du 21/02/2023.

Pour le surplus, l'argument concernant la participation aux services de garde justifiant la facturation à l'acte du dispensateur n'est donc pas pertinent. Le service maintient ces prestations à charge telles que constatées.

## 2.2.11. Prestations non-urgentes

Le prestataire reconnaît qu'il s'agit d'une erreur et que la prestation n'aurait pas dû être facturée.

## 2.2.12. Prestations non-identifiées

Le prestataire reconnaît qu'il s'agit d'une erreur et que la prestation n'aurait pas dû être facturée.

#### 2.2.13. Concernant l'argument « à diviser entre tous les prestataires de la MM » :

Etant donné que le dispensateur a délégué sa facturation à un tiers, il est responsable des facturations attestées en son nom. Pour le partage de son certificat eHealth au CM ... avec les autres généralistes, il est tout autant responsable des prestations qu'il laisse le staff administratif attester en son nom. Il n'y a rien qui empêche les autres dispensateurs a également avoir un certificat.

De plus, toutes les prestations à l'acte effectuées à la MM ... ne sont pas attestées qu'au nom du docteur A. mais elles sont réparties au nom de tous les dispensateurs de la MM ... Cela est également le cas au Centre médical ....

Il n'y a donc pas de raison de diviser les prestations reprochées par le nombre de prestataires. Ses assistants à lui attestent d'ailleurs d'office en son nom conformément à l'art. 1 § 4ter.2 de la NPS.

#### 2.2.14. Mangue d'information des prestataires en MM au forfait

Le service relève que, sur le site de l'INAMI, une rubrique est consacrée au système forfaitaire. Les données de contact du Service des Soins de Santé (Mh-Mm) s'occupant de ce sujet sont également reprises sur le site et ce service est joignable pour toute question.

Le Service des Soins de Santé Mh-Mm transmet les circulaires concernant les MM aux MM au forfait qui sont leurs interlocuteurs fixes.

Les fédérations de MM sont représentées dans la Commission Forfait et sont le lien entre les MM, l'INAMI et les OA.

Pour le surplus, le SECM se réfère à ce qui a été expliqué au point 2.2.4. relatif aux soins urgents.

# 2.2.15 Quant au new deal

Le new Deal est un système neuf qui n'existait pas pendant la période du PVC. C'est un 3ème système de remboursement pour lequel le dispensateur peut choisir depuis le 1/04/2024. Ce système n'est donc pas d'application dans le présent dossier.

Concernant la comparaison avec le new Deal, on constate qu'il s'agit d'un nouveau mode de financement parmi lequel le prestataire de soins peut choisir. Tout comme le docteur

A. a choisi de travailler pour une maison médicale, un médecin généraliste peut également choisir de s'inscrire au new Deal.

Le docteur A. n'est pas obligé de travailler dans une maison médicale, c'était son choix. Il est seulement tenu de respecter les règles qui accompagnent son propre choix.

Les différents systèmes de financement coexistent et ont chacun leurs propres conditions. Il n'est pas possible pour le prestataire de soins de choisir et de combiner librement les aspects les plus attractifs des différents systèmes. Le docteur A. se réfère également à l'article 35, premier alinéa de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Toutefois, il y est précisé clairement que les praticiens visés ont droit à des honoraires ou à une rémunération forfaitaire. Tant que le Dr A. est inscrit à la maison médicale, il a droit à sa rémunération forfaitaire, sauf cas exceptionnels prévus par l'arrêté royal. L'arrêté royal sur les maisons médicales ne déroge donc pas à la loi sur l'exercice des professions des soins de santé, mais les deux coexistent.

Malgré les pièces justificatives apportées par le dispensateur, le Fonctionnaire-dirigeant constate que les prestations reprochées ne correspondent à aucune des exceptions permises. Elles sont retenues à grief sauf dans l'occurrence des avis à distance COVID, de certaines prestations de participation à une garde organisée et de prestations dont le CPAS était percepteur des honoraire (patients « AMU » inscrits auprès du CPAS).

## 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 46.937,02 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner M. 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 SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 46.937,02 euros.

Cependant, c'est la A. SRL qui a perçu ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, la société A. SRL doit être condamnée solidairement avec M. A. au remboursement des sommes indument perçues, soit 46.937,02 euros.

Monsieur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 14/02/2024.

#### 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 Monsieur A. et la SRL A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 46.937,02 euros;
- Constate que l'indu a été totalement remboursé par M. A.;
- 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 (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,