

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 27 JUILLET 2024
BRS/F/24-007**

Concerne : **Monsieur A.**
Médecin généraliste agréé
Et
SRL « 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 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 :

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 911 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'A.R. 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 (à l'époque de l'infraction)

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

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. [1 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.]1

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

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

AR n° 20 du 13/05/2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

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
101113	N01	Supplément de permanence porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21h réservé aux médecins inscrits auprès d'un service de garde organisé	X 2	01/07/2008
101135	N01	Avis en vue de la continuité des soins	N 10	14/03/2020
101533	N01	Honoraires de gestion du dossier médical global durant une année de prolongation (avec ou sans contact)	N 8,415	01/01/2021
101555	N01	Honoraires de gestion du dossier médical global durant une année de prolongation pour un bénéficiaire ayant le statut affection chronique (avec ou sans contact)	N 55	01/01/2021
101990	N01	Avis en vue du triage COVID-19	N 10	14/03/2020
103132	N01	Visite par le médecin généraliste	D 4 / E 1 / N 5,6	01/05/2013
104215	N01	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste	D 11,99 / E 1 / N 5,6	01/05/2013
109012	N01	Avis	N 2	01/04/1985

1.3 Argumentation

Le Dr A. est médecin et gestionnaire de la maison médicale qui est une SRL « C. ».

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 maison médicale 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 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 maison médicale où travaillent les dispensateurs.

Le docteur A. n'a pas fait de demande de dérogation et 92 prestations de participation à une garde organisée, attestées sous le numéro de tiers payant ... de ..., ont pu être identifiées et n'ont donc pas été reprochées.

Dans un premier temps, 1.843 prestations à l'acte ont été reprochées au docteur A. pour la période du 01/12/2020 au 29/12/2021 introduites auprès des organismes assureurs du 01/12/2020 au 31/12/2021 dans le PVC du 8/07/2022.

Malgré que le docteur A. travaille au Centre de santé de ..., qui est au forfait depuis le 1/12/2020, de nombreuses prestations avec remboursement à l'acte ont été attestées au bénéfice de 1118 assurés pour la période du 01/12/2020 au 29/12/2021 (dates de prestation).

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 01/12/2020 au 29/12/2021 (dates de prestation) l'infraction est donc relevée pour 911 prestations (voir tableau sous le point 4.7 de la présente note de synthèse).

Corrections apportées au PVC

Suite à l'analyse de justifications du dispensateur, 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 8/07/2022 à ne plus retenir à charge 932 prestations :

- 34 prestations ont été attestées dans le cadre d'une garde organisée
- 473 prestations d'avis à distance (numéros-codes 101135 et 101990) ne répondent pas aux justifications relatives au grief 1 du PVC du 08/07/2022 car attestées au bénéfice d'assurés non inscrits au forfait
- 291 prestations ont été attestées dans la période couverte par la dérogation concernant les inondations
- 134 prestations de prolongation de DMG (numéros-codes 101452 et 141474) touchées pendant l'année d'entrée du dispensateur dans le système forfaitaire et qui concernent des patients dont le Dr A. était titulaire du DMG avant son passage au système forfaitaire.

Les corrections amenées aux nombre de prestations à grief du PVC du 08/07/2022 ont été communiquées au dispensateur dans un courrier daté du 1/03/2023.

Conclusion

Ce grief concerne 718 assurés pour 911 prestations (ventilation : voir tableau ci-dessous et liste dans EDOS pièce 0057, folder PV Constat - Concerné), pour la période de prestations du 01/12/2020 au 29/12/2021 et de réception par les OA du 01/12/2020 au 31/12/2021, à concurrence d'un indu (total) de 25.655,34 €.

Suite à la réception du PVC du 8/07/2022, le docteur A. a remboursé volontairement 2.970,18 €.

Suite à la réception de l'invitation au remboursement volontaire corrigée du 1/03/2023 avec demande de remboursement avant le 2/05/2023, le docteur A. a envoyé le 2/05/2023 un mail expliquant qu'il ne reconnaissait pas toutes les infractions portées en compte, qu'il ne souhaite donc pas rembourser et qu'il attend la réponse du Fonctionnaire-dirigeant quant à la suite du dossier.

Indu résiduel : 22.685,16 €.

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 12/10/2022 (pièce 0024, folder Correspondance avec concerné hors envoi PV), lors de son audition du 13/01/2023 (pièce 0031, folder PV Audition concerné) et dans les moyens de défense reçus 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 réalisées pour assurer la continuité des soins pendant la pandémie. Pendant cette période, les dispensateurs de soins ont été sursollicités.

2.1.2. Avis à distance COVID

Le dispensateur de soins relève que les codes d'avis à distance 101990 et 101135 pouvaient être attestés 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. 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 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 (pièce 15 des moyens de défense). 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 (pièce 1 des moyens de défense – KvB, 2 juni 2016, AR FB-002-14 p. 5).

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 y a également des patients très fragiles socialement qui n'ont pas finalisé leur inscription et qui ne sont donc pas inscrits.

2.1.7. Situations spécifiques – Visiteurs

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. Il s'agit de touristes, d'un membre de la famille d'un patient inscrit, d'étudiants en kot, etc. Dans ces cas les prestations à l'acte ont été dispensées uniquement dans le cadre de soins urgents comme c'est permis (cf. supra 2.1.4. soins urgents).

2.1.8. Situations spécifiques - Pas encore de nouveau médecin

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont été dispensées à des patients qui ne veulent pas s'inscrire dans la maison médicale mais qui n'ont pas encore trouvé de nouveau médecin. Ces prestations à l'acte ont été dispensées uniquement dans le cadre de soins urgents.

Cf. supra soins urgents 2.1.4. et pénurie médecins généralistes 2.1.3.

2.1.9. Situations spécifiques – Enfants garde alternée

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont été dispensées à des enfants de parents divorcés avec garde alternée. Ces prestations à l'acte ont été dispensées uniquement dans le cadre de soins urgents. Dr. A. invoque que la Commission des forfaits estime qu'aucune exception ne doit être demandée pour les enfants de parents divorcés.

2.1.10. Code 101113

Le dispensateur de soins considère que la prestation attestée sous ce code ne peut être reprochée étant donné qu'elle peut être attestée à l'acte.

2.1.11. Prestations de garde

Le dispensateur de soins soutient, en ce qui concerne l'attestation des codes 102410, 104215 et 104230, que les services de garde constituent l'une des exceptions prévues

par 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.

2.1.12. 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.).

2.1.13. Prolongations de dossiers médicaux globaux

Le dispensateur de soins conteste ces prestations reprochées sauf pour 2022.

A titre subsidiaire, il invoque qu'il s'agit d'une erreur de la mutuelle.

En outre, ne pas reconnaître ces prestations comme exception légale violerait le principe de proportionnalité. Ce dernier est violé lorsqu'une autorité administrative qui dispose d'un pouvoir discrétionnaire utilise ce dernier pour prendre des décisions manifestement déraisonnables.

2.1.14. Patients avec problématique de dépendance

Le docteur A. dit que la catégorie patients avec problématique de dépendance ne se trouve pas dans le PVC.

Faire une exception pour traiter les patients concernés par une problématique de dépendance et ensuite contester pareille prestation relève du non-respect des principes de sécurité juridique et de légitime confiance.

2.1.15. Prestations prévues dans la circulaire inondations

Le dispensateur soutient que certaines prestations ont été dispensées en accord avec la circulaire 2021/309 permettant à des dispensateurs au forfait d'attester à l'acte pour des patients non-inscrits dont le médecin est dans l'incapacité d'offrir une continuité des soins étant impacté par les inondations.

2.1.16. New deal

Le new Deal est un troisième système 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. En outre, 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 réglementations spécifiques ont, par ailleurs, été prévues pour permettre exceptionnellement certaines prestations à l'acte pendant la pandémie.

2.2.2. Avis à distance COVID

Il y a eu 351 codes d'avis à distance 101135 et 130 codes 101990 d'attestés au nom du docteur A.

Le service considère que 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 de corrections adressées le 1/03/2023 au dispensateur.

473 avis à distance chez les patients non-inscrits ont été retirés des prestations reprochées dans le PVC.

Néanmoins, le service relève que la majorité de ces prestations à distance retirées avaient été attestées au bénéfice d'assurés déjà connus du dispensateur de soins avant la pandémie COVID.

4 prestations 101135 et 4 prestations 101990 sont néanmoins retenues à grief car attestées pour des patients inscrits.

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)¹ 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 ou autorisation générale de l'INAMI visant à permettre aux 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

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

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 D. et plusieurs fois évoqué, ne précise pas expressément que les prestations portées en compte par M. A. 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.

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 D. et plusieurs fois évoqué, ne précise pas expressément que les prestations portées en compte par le Dr A. 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 littéralement 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 illégale³.

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 concret⁴.

² 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, Larquier Cass, 2005, p. 34, n°184.

³ voy. notamment : C.E., arrêt n°254.300, 29.07.2022 et C.E., arrêt n°257.714, 24.10.2023.

⁴ Antwerpen (burg.) (B6Me k.) 17 avril 2023, nr. 2021/AR/1165.

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 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. 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.

⁵ C.E., Reynart c. Inami, arrêt n°130202 du 9 avril 2004

⁶ Nous soulignons

La réglementation en matière de soins de santé est d'ordre public et d'interprétation stricte⁷.

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.

2.2.6. Situations spécifiques - patients « fragiles »

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 – Visiteurs

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

2.2.8. Situations spécifiques - Pas encore de nouveau médecin

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

2.2.9. Situations spécifiques – Enfants garde alternée

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

2.2.10. Code 101113

Le numéro-code 101113 est une prestation qui ne peut être attestée que par des médecins inscrits auprès d'un service de garde organisé mais qui n'est pas assimilée à une prestation effectuée lors d'une participation à une garde organisée.

⁷ Voy. 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

⁸ Nous soulignons

La description de ce code est la suivante : « Supplément permanent facturé pour les consultations entre 18 heures et 21 heures, réservé aux médecins inscrits dans un service de garde organisé ». Ce code de nomenclature est réservé aux médecins inscrits dans un service de garde organisé. Cela ne signifie pas que la prestation pour laquelle le supplément est facturé a été effectuée pendant une période de garde.

Les prestations facturées via le numéro de tiers payant d'un poste de garde de médecin généraliste ont été supprimées lors de l'analyse réalisée par le service. Les prestations portées en compte ont été vérifiées sur la base des listes d'attente du poste de garde. Cela montre que les prestations litigieuses n'ont pas été attestées correctement car elles ne concernaient pas des prestations effectuées lors d'un service de garde.

L'argument concernant le numéro-code 101113 justifiant la facturation à l'acte du dispensateur n'est donc pas pertinent. Le service maintient les prestations à charge telle que constatées.

2.2.11. Prestations de garde

Le service relève que tout code de prestations urgente, comme le 102410, 104215 et 104230, 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.

Après vérification des listes de garde encodées par la ..., ..., à laquelle le docteur A. est inscrit, 34 prestations ont été identifiées en tant que participation à une garde et ne sont plus reprochées. Ceci a été communiqué au dispensateur dans le courrier du 1/03/2023.

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.

2.2.12. Médecin empêché

Le service ne suit pas cet argument. 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.

2.2.13. Prolongations de dossiers médicaux globaux

Quant au principe de proportionnalité, le SECM considère qu'il n'est pas violé puisque le Service n'a pas reproché les prolongations perçues l'année d'entrée du Dr A. dans le système au forfait comme c'est perçu pour l'année écoulée. A partir du moment où le dispensateur est au forfait, le DMG et sa prolongation sont perçus déjà dans le montant mensuel du forfait. Il est donc logique que le SECM reproche les prolongations de DMG à partir de l'année d'après. D'ailleurs comme le dispensateur n'est plus sensé suivre des patients à l'acte, surtout pas de manière structurelle (comme détenteur du DMG), il est logique qu'il ne perçoive pas non plus ni DMG ni prolongation. Le fait que les prolongations soient automatiques n'y change rien.

Concernant ce grief, le SECM constate 134 prestations qu'il ne retient plus à charge. En effet, ces prestations de prolongation de DMG (numéros-codes 101452 et 141474) concernent des patients dont le Dr A. était titulaire du DMG avant son passage au système forfaitaire.

Pour 2022, le Service constate que le dispensateur de soins ayant pourtant opté pour le forfait perçoit cependant ces codes alors que le DMG est déjà inclus dans le forfait.

2.2.14. Patients avec problématique de dépendance

Le docteur A. n'a pas fait de demande de dérogation dans le cadre d'un suivi de patients avec une problématique de dépendance. Ces prestations ne concernent donc pas une exception autorisée par la Commission Forfait. Le service maintient donc les prestations à charge telles que constatées.

Le SECM relève que les types de patients n'ont pas été spécifiés dans le PVC car c'est suite aux justifications du Dr A. que des différences ont été faites entre les patients. Le Dr A. n'a pas de dérogation pour cette activité donc le SECM n'en n'avait pas tenu compte et il n'y a pas de facturation non plus sur un autre numéro pour cette activité que sur le numéro INAMI du Dr A.

2.2.15. Prestations prévues dans la circulaire inondations

Concernant ce grief, le SECM constate que 291 prestations ne sont plus retenues à charge. En effet, ces prestations ont été attestées dans la période couverte par la dérogation concernant les inondations, donc du 14/07/2021 au 31/12/2021.

2.2.16. New deal

Le new Deal est un système neuf qui n'existait pas pendant la période du PVC. C'est un 3^{ème} 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 Evrard 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, il est constaté que toutes les prestations reprochées ne correspondent pas à une des exceptions permises. Les prestations sont retenues à grief sauf dans l'occurrence de participations à une garde organisée, des avis à distance COVID pour des patients non-inscrits et des prestations couvertes par la circulaire « inondations ».

Concernant les prolongations de DMG, le Service n'a pas retenue à grief les prolongations de DMG perçus pendant l'année d'entrée dans le système forfaitaire du dispensateur.

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 25.655,34 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^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 25.655,34 euros.

Cependant, c'est la SRL « B. » 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 SRL « B. » doit être condamnée solidairement avec M. A. au remboursement des sommes indument perçues, soit 25.655,34 euros.

Monsieur A. a remboursé volontairement 2.970,18 € le 13/10/2022. L'indu résiduel s'élève donc à 22.685,16 €.

4. Quant au prononcé d'une amende administrative

4.1.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative, l'article 142, §1^{er}, 2^o de la loi SSI prévoit, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

4.1.2. Concernant l'application d'une amende administrative, deux éléments doivent être réunis: un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel consiste dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

En ce qui concerne l'élément moral, il existe des infractions dites « réglementaires » pour lesquelles *«le législateur n'a pas expressément prévu, comme condition de l'existence de l'infraction, une intention ou un défaut de prévoyance ou de précaution»*⁹. Ces infractions sont prévues par des lois qui *« punissent la simple violation matérielle de leur prescription. Elles ne recherchent que l'acte lui-même, le punissent dès qu'il est constaté et ne s'enquière[n]t ni de ses causes, ni de la volonté qui l'a dirigé »*¹⁰.

Dès lors, *« la responsabilité pénale en droit social n'est souvent subordonnée qu'à deux conditions : la transgression matérielle et l'imputabilité, les délits en cette matière étant généralement des délits réglementaires ne requérant aucun élément moral particulier sauf exceptions. Ainsi, [le fait réprimé] est constitutif d'infraction par le seul fait de la transgression de la prescription légale, abstraction faite de l'intention de l'auteur ou de sa bonne foi. Toutefois, (...) la responsabilité de l'auteur de l'acte ne peut être retenue que si le juge constate en outre que l'acte peut lui être imputé. Toute infraction, qu'elle soit ou non réglementaire, doit être le résultat de l'activité libre et consciente de son auteur »*¹¹.

⁹ F. KEFER, Précis de droit pénal social, 2e éd., Limal, Anthémis, 2014, p. 68, §61.

¹⁰ *Idem*

¹¹ C.trav. Mons, 26 juin 2007, J.T.T., 2008, p. 146.

Les infractions prévues par l'article 73bis de la loi SSI constituent des infractions réglementaires. En effet, elles ne nécessitent pas une volonté particulière de celui qui la commet (« *il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés (...) de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents [non réglementaires]* »).

En l'espèce, la matérialité des faits est établie et les explications avancées par M. Evrard ne constituent pas des causes de justification admissibles.

4.1.3. Le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié de prononcer une amende administrative à charge de M. 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.

En l'espèce, des prestations non conformes ont été attestées sur une période infractionnelle de près de 2 ans et ont généré un indu de 25.655,34 euros.

Le SECM 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.

La nomenclature des prestations de santé est une réglementation d'ordre public (Chambre de première instance FA-008-13 du 27 juin 2014, pp. 12 et 13, FA-013-13, 21 janvier 2015, p. 5, FA-017-14 du 2 juin 2015, pp. 3 et 4, FA-016-14 du 2 juin 2015, p. 4, www.inami-fgov.be/Professionnels/Infractions; Cass., 28 décembre 1988, *J.T.T.*, 1989, p. 23 ; Cass., 24 avril 1989, *Pas.*, 1989, I, p. 877 ; C. trav. Mons, 8 mai 1998, RG n° 13949, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Anvers, sect. Anvers, 13 février 2001, *B.I.*, 2001/2, p. 238 ; C. trav. Bruxelles, 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 18 avril 2003, *B.I.*, 2003/3, p. 345 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Bruxelles, 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

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 M. A. (actif depuis 2002), au remboursement partiel de l'indu et afin de rappeler à M. A. l'importance de la faute commise, le Fonctionnaire-dirigeant estime justifié de prononcer l'amende suivante :

une administrative s'élevant à 25% du montant des prestations indues (6.413,83 euros), assortie d'un sursis pour 5%, soit une amende effective de 20% (5.131,07 euros) (articles 142, §1er, 2° et 157 de la loi SSI).

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 « B. » à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 25.655,34 euros;
- Constate que 2.970,18 euros ont été remboursés et que le solde de l'indu s'élève à 22.685,16 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 25% du montant des prestations indues (6.413,83 euros), assortie d'un sursis pour 5%, soit une amende effective de 20% (5.131,07 euros) (articles 142, §1er, 2°et 157 de la loi SSI) ;
- 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,