

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 27 JUIN 2024
BRS/F/24-010**

Concerne : **Docteur A.**
médecin généraliste agréé
B. 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 le Docteur A. et à la SRL B., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Il s'agit de 1918 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.

Base réglementaire

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.

Argumentation

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 aucune prestation de participation à une garde organisée n'a pu être identifiée sur base du N° de tiers payant du poste de garde de ..., à laquelle elle est inscrite, ni sur base des listings des gardes de celle-ci.

2.014 prestations à l'acte ont finalement été reprochées au docteur A. pour la période du 30/01/2019 au 20/12/2021 dans le PVC du 8/07/2022.

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 30/01/2019 au 20/12/2021 (dates de prestation), l'infraction est donc relevée pour 1.918 prestations.

Conclusion

Le grief concerne 1918 prestations.

L'indu correspondant s'élève à 47.946,28 euros.

Le 16/01/2023 le Docteur A. a envoyé un courriel faisant part de son souhait de rembourser les prestations 101076 (consultations) et 103132 (visites) de patients non inscrits passés 30 fois à la Maison médicale au cours de la période visée par le PVC ainsi que les prestations liées au DMG. Le docteur A. indique que cela correspond à 692 prestations pour un montant de 19.923,55 €.

Le versement bancaire de cette somme a été effectué par la SRL B. le 04/07/2023.

Le 05/02/2024, le Service a reçu un courriel du Docteur A. signalant sa décision de rembourser l'indu résiduel. Deux versements bancaires de 3.022,73 € et de 25.000 € ont été effectués par la SRL B. le 06/02/2024.

2 DISCUSSION

2.1 Les moyens de défense du Docteur A. :

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. explique que sa maison médicale se trouve dans le quartier ... qui comporte une grande concentration de patients défavorisés. Pour plusieurs d'entre eux, il s'est avéré très difficile de les inscrire, mais ils avaient besoin de soins. Elle a fait le choix de travailler avec une population aussi vulnérable par engagement social. Elle produit des chiffres qui montrent la faiblesse et la défavorisation des patients dans la maison médicale expliquant, selon elle, la difficulté d'inscrire ce groupe des patients fort défavorisés.

Le Docteur A. explique que les années 2020, 2021 et le début de 2022 ont été très intenses pour elle en tant que médecin de première ligne. Elle explique que, quand elle a reçu, le 8 juillet 2022, le procès-verbal de constat, elle a senti le sol se dérober sous ses pieds et avoir été complètement dépassée. Elle pensait avoir fait son travail comme il le fallait. Selon elle, elle a dû commencer à analyser toutes les prestations et faire l'enquête à décharge elle-même.

Pandémie COVID

Le Docteur A. 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.

Elle demande qu'il soit fait preuve d'indulgence et de souplesse sur la question de permettre ou pas la facturation de ces prestations à l'acte à côté du forfait eu égard à la crise du secteur des soins de première ligne à ce moment-là.

Avis à distance

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.

Le Docteur A. explique que le SECM indique qu'elle a attesté 1 prestation 101990 pour un patient inscrit. Il s'agit d'une erreur de sa part. Elle a remboursé cette prestation.

Pénurie de médecins généralistes à ...

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.

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, le Docteur A. 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 13 et 13 bis des moyens de défense). Elle 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 3 bis des moyens de défense - KvB 2 juni 2016, AR FB-002-14 p. 5).

Le Docteur A. 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).

L'article 35, alinéa 1^{er} de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé

Elle invoque l'article 35, alinéa 1^{er} de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé auquel un arrêté royal ne peut déroger.

Dépannage pour testing covid :

Le Docteur A. reprend un extrait d'un document tiré d'un site internet ... selon lequel les patients peuvent bien se faire tester chez les médecins.

Le Docteur A. renvoie à sa justification relative aux soins urgents pour justifier ces prestations « dépannage pour testing covid ».

Méfiance des patients par rapport à la pratique au Forfait :

Il y a des patients qui n'osaient pas signer les conventions mais qui nécessitaient des soins urgents.

Elle 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.

Inscription des patients :

Elle soulève, qu'avant 2021, lorsque la facturation du forfait avec les mutualités se faisait sur papier, le formulaire papier d'inscription devait comporter une vignette d'identification du patient (pièce 20). Selon elle, il n'était pas possible de soumettre les documents d'inscription aux mutuelles sans y ajouter une vignette.

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.

Selon le Docteur A., le dépannage d'un collègue médecin empêché pour assurer la continuité des soins du patient n'est en réalité rien d'autre que fournir des soins d'urgence. Il est à cet égard fait référence au rapport de la commission forfait du 3 mars 2021.

Ouverture et prolongations de dossiers médicaux globaux

Le dispensateur de soins ne conteste pas ces prestations reprochées. En ce qui concerne les honoraires liés aux prolongations des DMG, il s'agit de prolongations automatiques exécutées par les mutualités dont elle n'est pas responsable et pour lesquelles elle n'était pas au courant. Elle a remboursé ces prestations. Le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026 mentionne un renouvellement automatique de la gestion des DMG pour les médecins travaillant dans le système forfaitaire. Il s'agit d'une erreur commise par les mutuelles.

En ce qui concerne les ouvertures de DMG, le Docteur A. explique avoir été confrontée à de nouveaux patients qui souhaitaient s'inscrire au forfait et qui devaient subir une intervention chirurgicale les jours suivants l'inscription et pour lesquels le spécialiste demandait l'accès au dossier médical global et au Sumehr. C'est la raison pour laquelle elle a ouvert plusieurs DMG. En ce qui concerne la partie financière, il s'agit donc d'une erreur de sa part. Elle a remboursé ses prestations.

Dépannages de personnes temporairement dans la zone :
Le Docteur A. invoque différentes situations de dépannages de personnes temporairement dans la zone de soins, qui vivent ailleurs, qui ont un médecin généraliste, ayant besoin de soins urgents. L'un de ces patients était sa mère. Elle renvoie à son argumentation sur les soins urgents et produit un avis du Conseil national du 18/06/2022 relatif aux aspects déontologiques de la relation de soins entre un médecin et un patient avec lequel il entretient par ailleurs une relation affective ou amicale (pièce 1bis).

Enfants de parents divorcés en garde alternée :

Elle fait état, pour les prestations liées à des enfants de parents divorcés en garde alternée, à un mail du service des maisons médicales de l'INAMI du 18 avril 2024.

Prestations d'urgences en soirée et weekend

Le Docteur A. explique qu'il s'agit de 19 prestations et renvoie à son argumentation sur les soins urgents.

Inscriptions jamais finalisées :

Sont visées ici des consultations « pré-inscriptions » pour des patients chez qui le forfait a été expliqué et compris. Ces patients ne sont soit plus revenus signer leur contrat, soit sont revenus sans leurs papiers ou encore ont signé leur contrat puis ont annulé celui-ci.

Elle 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.

Ces prestations ont été faites car le patient avait besoin de soins urgents.

Patients psychiatriques :

Il s'agit d'un couple indiscipliné qui refusait de s'inscrire dans la maison médicale. Le couple ne pouvait pas se déplacer plus loin que sa maison médicale. Le Docteur A.

renvoie à son argumentation sur les soins urgents ainsi qu'à la pénurie de médecins généralistes.

Constat de décès :

En ce qui concerne la prestation relative à un constat de décès, le docteur A. renvoie à son argumentation sur les soins urgents et invoque un extrait d'un avis du Conseil national (pièce 1)

New Deal

En outre, les moyens de défense du Docteur A. font référence au New Deal, qui fonctionne également avec une population fixe et qui présente des similitudes essentielles avec le système au forfait. Le DMG équivaut à une inscription et il y aurait discrimination entre un médecin à l'acte qui est autorisé à voir des patients avec lesquels il n'a pas de relation durable et un médecin forfaitaire qui n'y est pas autorisé. Les grandes lignes du fonctionnement du New Deal correspondent pleinement aux grandes lignes du fonctionnement du forfait. Le Docteur A. fait la comparaison avec les 25% qui peuvent encore être facturés pour les "patients non inscrits" dans le cadre du New Deal et déclare que, dans sa situation, cela correspondrait à 8,6%, alors que dans le cadre du New Deal, cela ne poserait pas de problème jusqu'à 25 %.

Demande du dispensateur de soins

Dans ses moyens de défense du 10 juin 2024, le Docteur A. demande :

- Que les faits reprochés n'étant pas prouvés, ils ne peuvent être retenus ;
- Que les faits reprochés ne sont pas contraires à l'article 73bis de la loi SSI ;
- *Subsidiairement*, qu'elle a agi conformément aux directives de la Commission Forfait et du service des Maisons médicales de l'Inami ;
- *Plus subsidiairement*, procéder à la « mise en classe sans suite » ou donner un avertissement ou ne pas imposer d'amende administrative.

2.2. Réponses du SECM

Selon une étude¹, les pratiques forfaitaires arrivent à toucher un public socio-économiquement vulnérable qui n'a pas ou pas suffisamment accès aux pratiques de médecine générale traditionnelles. Les pratiques forfaitaires constituent donc une plus-value importante en termes d'accessibilité des soins et de lutte contre les inégalités en matière de santé. Cela ne correspond pas aux explications du Docteur A. selon lesquelles il est difficile d'inscrire les patients défavorisés.

Il est exact, en effet, que l'inspecteur social a établi un PVC contenant des prestations qui n'ont ensuite plus été retenues. Après que le dispensateur de soins ait fourni des éléments démontrant que certaines prestations étaient correctement facturées, l'inspecteur social l'a informée que ces prestations n'étaient plus retenues et l'invitation au remboursement volontaire a été recalculée. Ceci n'a toutefois aucune incidence sur l'appréciation des prestations encore retenues.

¹ "Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour », Michel Boutsen, Giulia Camilotti, Tonio Di Zinno, Anne-Françoise Pirson, Pauline Van Cutsem, Katrien Vervoort, 8 décembre 2017, IMA-AIM

Par souci de clarté, le texte de l'article 15 de l'arrêté royal du 23/04/2013 est reproduit ci-dessous :

« § 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. »

C'est ce texte qui détermine quelles prestations peuvent être facturées et quelles prestations sont correctement facturées.

- **Pandémie Covid**

Comme détaillé dans la note de synthèse, l'interdiction de facturer à l'acte prévue par l'arrêté royal du 23/04/2013 est restée pleinement applicable pendant la pandémie de Covid. La réglementation était alors inchangée, ce qui signifie que les prestataires de soins de santé auxquels s'appliquait l'arrêté royal devaient toujours en respecter le contenu sans pouvoir, par exemple, se prévaloir d'exceptions supplémentaires.

- **Avis à distance :**

Il y a eu 31 codes d'avis à distance 101135 et 18 codes 101990 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 d'un corrigendum adressé le 10/05/2023 au dispensateur.

La totalité des avis à distances covid (49) ont été retirés des prestations reprochées dans le PVC.

- **Pénurie de médecins généralistes :**

Le docteur A. a choisi de travailler dans le cadre du système forfaitaire. C'est un choix qu'elle a fait elle-même, ce qui l'oblige ensuite à respecter la réglementation applicable. 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)² reprend dans le tableau ci-dessous l'évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans l'arrondissement de ...

² <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

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

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

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 et le profil de prestations attestées à l'acte du dispensateur.

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.

- Soins urgents :

L'un des principaux arguments des moyens de défense du Docteur A. porte sur le fait que des prestations reprochées se rapportent à des soins urgents qui, selon elle, seraient une exception autorisée.

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 rapports 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 une 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 des règles qui pourraient être assimilées 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 C. et plusieurs fois évoqué, ne précise pas expressément que les facturations seraient autorisées de façon générale. Il précise que les soins prodigués aux touristes et aux étudiants ne sont normalement dispensés 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.

Il en va de même du courriel du 18 avril 2024 concernant la situation spécifique d'enfants dont un parent, habitant dans la zone d'inscription, est inscrit dans la maison médicale tandis que l'autre parent ne vit pas dans la zone et n'est pas inscrit dans la maison médicale. Ici aussi il n'est pas précisé que les facturations seraient autorisées de façon générale. Ce courriel fait des considérations liées à l'inscription de l'enfant en distinguant selon que le médecin de la maison médicale est le médecin traitant de l'enfant ou pas. Les soins prodigués à ces enfants ne sont dispensés par un médecin qui n'est pas le médecin traitant de l'enfant que lorsqu'il s'agit de soins urgents avec une mention de l'urgence sur un certificat de soins papier. 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 légales (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).

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 concrète⁴.

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.

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.

Le Docteur A. cite également un extrait du plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026.

Nous reprenons, ci-dessous, l'extrait du plan d'action repris dans les moyens de défense du Docteur A. :

Urgence médicale

En pratique, la Commission Forfait permet également aux médecins généralistes de facturer à l'acte aux bénéficiaires non inscrits en cas d'urgence médicale.

Il a été constaté que certains médecins du secteur déclarent et facturent un volume très élevé et peu courant de telles urgences. En principe, l'urgence médicale est un phénomène rare en médecine générale, qui se produit environ 2 à 3 fois par an dans un cabinet de médecine générale.

Une clarification des règles relatives à l'urgence médicale est nécessaire, mais n'est pas aisée. L'urgence ne doit pas être invoquée parce que l'on ne veut pas enregistrer les patients et/ou parce que les patients ne veulent pas être enregistrés.

Règles d'exception de l'art. 15, § 2

L'urgence médicale est souvent utilisée pour résoudre un problème plus large lié aux règles du secteur. Les règles d'exception de l'article 15, § 2, de l'AR du 23 avril 2013 ne sont pas formulées de manière suffisamment claire et/ou sont inadéquates dans la pratique.

Le plan d'action précise clairement qu'une urgence médicale est en principe un phénomène rare en médecine générale. Cela rend le raisonnement du docteur A., selon lequel elle réduit d'innombrables cas à des urgences médicales impossible à soutenir.

La section du plan d'action consacrée aux maisons médicales commence clairement en indiquant que plusieurs types d'infractions sont énumérés, pour lesquels des actions seront prises dans le cadre de la mise en œuvre du plan.

Description :

Plusieurs types d'infractions sont énumérés, pour lesquels des actions seront prises dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan. Ces actions seront élaborées par plusieurs services de l'INAMI et des O.A.

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 formulées de manière suffisamment claires et/ou seraient inadéquates dans la pratique n'équivaut pas à dire que l'INAMI a formulé cette position. L'INAMI relève que cela semble être le cas pour le secteur et étudie quelles sont les alternatives possibles. Cela ne signifie pas 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 pour lui 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.

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

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

L'article 35, alinéa 1^{er} de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé

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 de santé. Toutefois, cet article précise clairement que les praticiens visés ont droit à des honoraires ou à une rémunération forfaitaire. Tant que le Docteur A. a adhéré à la pratique forfaitaire, elle 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 de santé, mais les deux normes cohabitent.

Ouverture et prolongations de dossiers médicaux globaux

En ce qui concerne les honoraires liés aux prolongations des DMG, le service relève que le docteur A. a remboursé les prestations, mais que ce remboursement n'a été effectué qu'après que l'inspecteur social ait constaté qu'elles avaient été perçues à tort. Le docteur A. aurait dû savoir qu'elle n'avait pas droit à ces montants au moment où l'assurance soins de santé a mis en œuvre et payé un renouvellement automatique du DMG. Le remboursement est donc volontaire après le constat, mais il aurait pu être effectué plus tôt.

Le dispensateur de soins, ayant pourtant opté pour le forfait, atteste des codes d'ouverture de DMG alors que le DMG est déjà inclus dans le forfait. Eu égard au nombre de prestations concernées, ses explications relatives à des patients inscrits devant se faire opérer dans les jours suivants l'inscription sont peu crédibles. Elle pouvait par ailleurs donner un accès au DMG à partir de l'inscription du patient.

Situations spécifiques décrites par le Docteur A. :

Le service renvoie, pour les arguments ci-dessous, à sa position développée supra sur les soins urgents.

a Méfiance des patients par rapport à la pratique au Forfait :

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* ».

⁶ Nous soulignons

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 dans les cas visés à l'article 15 §2.

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.

b Dépannage pour testing covid

Le refus d'un patient de se rendre dans un centre de testing est un choix propre du patient.

Lorsque les prestations concernées ont été attestées, les patients étaient renvoyés vers les centres de testing pour garantir le respect des règles de distanciation sociale.

c Inscriptions

En ce qui concerne les vignettes sur les formulaires d'inscription papiers, les données d'identification du patient peuvent être complétées par les maisons médicales.

Les données d'assurabilité des patients sont consultables dans les banques de données sécurisées des mutualités via un logiciel agréé MyCareNet ou via le portail web sécurisé MyCareNet⁹

d Médecin empêché :

Ces prestations ne font pas partie des exceptions permises pour les dispensateurs de soins ayant opté pour le forfait, le SECM ne peut donc pas les accepter.

La réglementation en matière de soins de santé est d'ordre public et d'interprétation stricte¹⁰.

Le dispensateur de soins se réfère à un extrait de PV de la commission forfait du 3/03/2021. Il s'agit d'un extrait reprenant un échange sorti de son contexte.

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.

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

⁹ [Dispensateurs de soins - Accès aux données d'assurabilité des patients | INAMI \(fgov.be\)](#)

¹⁰ 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

e Les dépannages de personnes temporairement dans la zone de soins, qui vivent ailleurs, qui ont un médecin généraliste, ayant besoin de soins urgents.

Le service relève que les situations décrites par le dispensateur de soins ne font pas partie des exceptions permettant d'attester des prestations à l'acte en dehors du forfait visées 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, cordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

Pour le service, accepter de prendre en charge ces patients externes en plus de ses propres patients et accepter de déroger à la réglementation établie sont des choix délibérés du Docteur A.

En ce qui concerne l'avis du Conseil national du 18/06/2022 relatif aux aspects déontologiques de la relation de soins entre un médecin et un patient avec lequel il entretient par ailleurs une relation affective ou amicale, le service relève que cet avis conclut qu'il n'est pas interdit d'avoir une relation thérapeutique avec un membre de sa famille ou un proche. Cet avis porte sur la déontologie et non sur la manière d'attester des soins à l'assurance maladie obligatoire.

f Enfants de parents divorcés en garde alternée :

Le service renvoie à sa position développée plus haut sur les soins urgents, et plus spécifiquement, à sa réponse concernant la pièce 13 bis (mail du 18 avril 2024).

g Prestations d'urgence le soir et le WE

En ce qui concerne les prestations d'urgence, le docteur A. fait référence aux prestations 102410, 104215 et 104252 qu'elle a attestées. Il s'agit de 19 contacts

Tout code de prestations urgente, comme le 104215 et 104252, n'équivaut pas à une garde.

Les prestations de garde ont été décomptées. Ces prestations ne font pas partie des exceptions autorisées par l'arrêté royal.

h Inscriptions jamais finalisées

Le service renvoie à sa position développée supra relative au PV de la commission Forfait du 26 février 2019.

i Patients psychiatriques :

Le service relève que ces patients auraient pu être référés dès le départ vers un médecin à l'acte et renvoie à sa position concernant l'argument portant sur la pénurie de médecins généralistes.

i Constat de décès :

Le dispensateur de soins a expliqué que, lors d'une visite à une patiente résidente d'une maison de repos située à côté du bâtiment de la maison médicale, il a été demandé de procéder au constat de décès d'une voisine de chambre de la patiente de la maison médicale.

Le Docteur A. reprend un avis du Conseil national sur l'intervention et la présence du médecin qui a de l'importance pour les proches ou le personnel soignant.

Le service relève, d'une part, que cet avis traite du rôle général du médecin lors du décès et, d'autre part, que cet avis rendu dans un cadre déontologique ne porte pas sur la manière d'attester des soins à l'assurance obligatoire.

Cette prestation ne correspond pas à une exception permise, le service la retient à grief.

New Deal :

Concernant la comparaison avec le New Deal, on constate qu'il s'agit d'un nouveau mode de financement que le prestataire de soins peut choisir. Tout comme le docteur A. a choisi de travailler pour la maison médicale, un médecin généraliste peut également choisir de s'inscrire au New Deal. Comme on peut le lire sur le site de l'INAMI :

Votre cabinet peut-il opter pour le nouveau modèle ?

Toute « forme » de médecine générale peut rejoindre ce système : médecin solo, cabinet de groupe ou cabinet en réseau, qu'il soit issu du système de financement à la prestation ou du système de financement forfaitaire des maisons médicales.

Voici les conditions à remplir par les cabinets de groupe ou en réseau :

- Un cabinet généraliste doit adhérer dans son intégralité : chaque médecin généraliste du cabinet doit soutenir la candidature.
- Le cabinet de groupe ou en réseau doit être enregistré comme groupement via ProSanté.be
- Le cabinet de groupe ou en réseau doit travailler avec un dossier patients partagé.
- Utiliser des outils d'intégration, tels que les dossiers patients électroniques et homologués partagés, les concertations de soins et les réunions de coordination.

Chaque médecin généraliste du cabinet doit être accrédité au moment de l'inscription.¹¹

Le docteur A. n'est pas obligée de travailler au forfait dans une maison médicale, c'était son choix. Elle est obligée de respecter les règles qui accompagnent son propre choix.

¹¹ [Un nouveau modèle de financement et d'organisation pour votre cabinet de médecin généraliste \(New Deal\) | INAMI \(fgov.be\)](#)

Les différents systèmes de financement cohabitent et ont chacun leurs propres conditions. Il n'est pas possible pour le prestataire de soins de choisir et de combiner librement, à sa guise, les aspects les plus attractifs des différents systèmes.

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 47.946,28 €.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner le Docteur 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 47.946,28 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 le Docteur A. au remboursement des sommes indument perçues, soit 47.946,28 euros.

La SRL B. a procédé au remboursement total de l'indu.

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 :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Déclare le grief établi ;- Condamne solidairement le Docteur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 47.946,28 euros ;- Constate que la totalité de l'indu (47.946,28 euros) a été remboursée;- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité. |
|--|

Ainsi décidé à Bruxelles, le (date de la signature)

Le Fonctionnaire-dirigeant,