GE_GERICHTE ATAS/124/2008 vom 30. Januar 2008

GE Cour de justice, 2008-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_124_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/124/2008 du 30 janvier 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/124/2008 del 30 gennaio 2008

Erwägungen

E. 1

a) Selon l’art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l’assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Le Tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l’assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1 LAMal) ; en pareil cas, l’assureur représente, à ses frais, l’assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal). b) En l’espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l’ordonnance sur l’assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) du défendeur n’est pas contestée. Quant aux demanderesses, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise ratione loci, dans la mesure où le cabinet du défendeur y est installé à titre permanent. Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

E. 2

La demande des demanderesses respecte les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), lesquels s’appliquent par analogie.

A/2795/2006 - 11/18 - Leur demande est dès lors recevable.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 25 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA), le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Il s'agit d'une question qui doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (ATFA non publié du 24 avril 2003, cause K 9/00, consid. 2). Avant l'entrée en vigueur de la LPGA en date du 1er janvier 2003, l'art. 47 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci- après LAVS) était applicable par analogie pour ce qui concerne la prescription des prétentions en restitution, selon la jurisprudence (ATF 103 V 153, consid. 3). Cette disposition avait la même teneur que l'art. 25 al. 2 LPGA, de sorte que l'ancienne jurisprudence concernant la prescription reste valable. Selon celle-ci, les délais de la disposition précitée constituent des délais de péremption (ATF 119 V 433, consid. 3a). L'expiration de ce délai est empêché lorsque les assureurs-maladie introduisent une demande, dans le délai d'une année à partir de la connaissance des statistiques, par devant l'organe conventionnel, l'instance de conciliation légale ou le Tribunal arbitral (RAMA 2003, p. 218, consid. 2.2.1). Le délai commence à courir au moment où les statistiques

déterminantes sont portées à la connaissance des assureurs suisses (ATFA non publié du 16 juin 2004, cause K 124/03, consid. 5.2). b) En l'espèce, les statistiques de Santésuisse concernant l'année 2004 ont été portées à la connaissance des demanderesses au plus tôt le 28 juillet 2005, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur ces statistiques. Dans la mesure où la demande a été déposée le 28 juillet 2006, il sied de constater que celle-ci respecte le délai légal d'une année.

E. 4

L'objet du litige est la question de savoir si la pratique du défendeur en 2004 respecte le principe de l'économicité.

E. 5

Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépasse cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de cette loi.

E. 6

Selon l'art. 56 al. 2 let. b LAMal ont qualité pour demander la restitution les assureurs dans le système du tiers-payant. Selon la jurisprudence en la matière, il s'agit de l'assureur qui a effectivement pris en charge la facture. Par ailleurs, les assureurs, représentés le cas échéant par leur fédération, sont habilités à introduire une action collective à l'encontre du fournisseur de prestations, sans spécifier pour chaque assureur les montants remboursés (ATF 127 V 286 consid. 5d).

A/2795/2006 - 12/18 - Néanmoins, la prétention en remboursement appartient à chaque assureur-maladie, raison pour laquelle il doit être mentionné dans la demande, ainsi que dans l'arrêt (RAMA 2003, p. 221). Lorsqu'un groupe d'assureurs introduit une demande collective, il ne peut dès lors réclamer que le montant que les membres de ce groupe ont payé. Il n'est pas habilité d'exiger le remboursement d'un montant que d'autres assureurs, lesquels ne sont pas représentés par ce groupe, ont pris en charge.

E. 7

En l'espèce, les demanderesses ont indiqué dans leur demande que l'assurance- maladie CONCORDIA avait également remboursé des traitements pour des patients du défendeur, alors même que cette caisse n'est pas partie à la présente procédure. Selon le courrier du 16 avril 2007 de cette caisse, il s'agit de seize personnes. Par conséquent, il convient de déduire le cas échéant des prétentions des demanderesses le montant correspondant aux prestations du défendeur remboursées par la caisse-maladie Concordia. Le défendeur n'a par ailleurs pas contesté que les demanderesses ont remboursé des factures qu'il a adressées à ces patients en 2004. Partant, le Tribunal de céans admettra leur qualité pour agir.

E. 8

a) Pour établir l'existence d'une polypragmasie, le Tribunal fédéral des assurances admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377, ATF 119 V 453 consid. 4). Les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen. Toutefois, la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui en règle générale est appliquée seulement lorsque des données fiables pour une

comparaison des coûts moyens font défaut (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377, ATF 98 V 198). b) La méthode statistique consiste à comparer la statistique des frais moyens de traitement auprès du médecin en cause avec celle concernant les traitements auprès d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables, à condition que la comparaison s'étende sur une période assez longue et que les éléments statistiques soient rassemblés d'une manière analogue. Une polypragmasie doit être admise lorsqu'un nombre considérable de notes d'honoraires émises par un médecin à une caisse-maladie est en moyenne sensiblement plus élevé que celles d'autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable, alors qu'aucune circonstance particulière le justifie (ATF 119 V 453 consid. 4b). Il y a toutefois lieu de tenir systématiquement compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 454 consid. 4c in fine), ainsi que le cas échéant d'une marge supplémentaire (RAMA 1988 K 761, p. 92 consid. 4c ; SVR 2001 KV n° 19, p. 52 consid. 4b). La marge de tolérance ne doit pas dépasser l'indice de 130, afin de ne

 pas vider la méthode statistique de son sens et doit se situer entre les indices de 120 et de 130 (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377). c) Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral des assurances, il convient de prendre en considération pour l'examen de l'économicité l'indice de l'ensemble des coûts, à savoir aussi bien les coûts de traitement directs que de traitements indirects (coût des médicaments et autres coûts médicaux occasionnés par le médecin auprès d'autres fournisseurs de prestations), lorsque l'ensemble des coûts est inférieur aux coûts directs. Toutefois, lorsqu'il existe des indices concrets que les coûts inférieurs dans un domaine sont dus à des circonstances extérieures sans lien de causalité avec la façon de pratiquer du médecin, il n'y a pas lieu de procéder à une prise en compte de l'ensemble des coûts (ATF 133 V 39 ss consid. 5.3.2 à 5.3.5).

E. 9

En l'occurrence, le défendeur conteste l'utilisation des statistiques de Santésuisse en ce qui le concerne. En premier lieu, il met en cause leur fiabilité. La valeur probante des statistiques établies par Santésuisse a été cependant expressément reconnue par le Tribunal fédéral des assurances. Notre Haute Cour a ainsi jugé que seules les statistiques RSS fournissaient les données qui permettaient une comparaison valable entre les différents fournisseurs de prestations et ainsi de se prononcer sur le respect ou la violation du principe de l'économicité (ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03, consid. 6.4.2). De surcroît, la jurisprudence a développé des moyens pour compenser les défauts des statistiques RSS (ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03, consid. 6.4.1). Il convient par ailleurs de considérer que les explications des demanderesses concernant le nombre différent des médecins de la catégorie déterminante en 2003 et 2004 sont satisfaisantes. Le nombre de 184 médecins du groupe de comparaison du défendeur est également largement suffisant pour constituer un échantillonnage valable. Quant au fait que les chiffres de ces statistiques ne coïncideraient in casu pas avec les chiffres réels du cabinet du défendeur pour les années 2004 et 2005, s'agissant du chiffre d'affaires et du nombre de ses patients, il est a relever que cette différence de chiffres ne constitue pas un indice pour une erreur dans les statistiques, dès lors que celles-ci ne sont pas établies sur la base du chiffre d'affaires du cabinet de l'année en cause, ni du nombre des patients qui ont consulté le médecin, mais sur la base des factures remboursées par les assurances aux patients. Le chiffre d'affaires pris en considération dans les statistiques est ainsi déterminé par l'addition du montant des factures transmises par les assurés à leurs caisses-maladie pendant une année, ainsi que le

nombre des patients faisant l'objet de ces factures. Il convient ainsi de considérer qu'il est dans la logique des choses que le chiffre d’affaires et le nombre des patients soient inférieurs aux chiffres

A/2795/2006 - 14/18 - ressortant de la comptabilité du cabinet, dans la mesure où certaines factures ne parviennent pas à l’assurance, notamment lorsque leur montant est inférieur à la franchise contractée. A cet égard, il n'est pas établi que des assurés plus modestes contracteraient des franchises moins élevées, comme le fait valoir le défendeur, ni que, dans cette hypothèse, le coût par malade se trouverait majoré. Au contraire, le coût par malade est en principe plus élevé, lorsque seules sont prises en considération les notes d'honoraires importantes et qu'un certain nombre de factures modestes ne sont jamais communiquées à l'assureur-maladie. Le défendeur allègue également que l'année 2004 est éventuellement une mauvaise année de comparaison en raison de l'introduction du TARMED et du retard de facturation en résultant. Toutefois, il ressort des statistiques RSS que le défendeur présente déjà depuis 2000 des indices des coûts directs et indirects par malade trop élevés. En 2001, l'indice des coûts totaux était de 156, en 2002 de 158 et en 2003 de 145. Il appert ainsi que l'indice de 148 des coûts directs et indirects afférents à l'année 2004 est du même ordre de celui des années précédentes et ne saurait donc pas être considéré comme exceptionnel. L'on pourrait également relever que, si l'année 2004 correspond effectivement à l'entrée en vigueur de TARMED, les aléas liés à cette introduction touchent également tous les autres confrères composant l'échantillon de comparaison. Néanmoins, l'écart demeure le même. Le défendeur ne saurait non plus tirer un argument des statistiques CTESIAS, celles-ci ayant été établies, d’une part, uniquement pour 2006 en ce qui concerne le défendeur, alors que la présente procédure concerne l’année 2004, et d'autre part prennent en considération un nombre de médecins moins élevé que les statistiques de Santésuisse. Il paraît en outre impossible d’enregistrer un assuré sous le nom d’un autre, même en cas de patronyme homonyme, comme on le rencontre fréquemment chez les portugais, étant donné que, pour chaque patient et assuré, est mentionnée la date de naissance, ainsi que son numéro d’assurance. Le défendeur ne fait par ailleurs valoir aucun argument qui s'opposerait à sa comparaison aux médecins de la catégorie "00" établie par Santésuisse, soit aux spécialistes en médecine générale. Il n'indique notamment pas à quelle autre catégorie il aurait dû être comparé. En ce qui concerne le fait qu'un pourcentage élevé de ses patients est étranger et les formations complémentaires du défendeur, ces éléments sont à prendre en considération dans l'examen des particularités de son cabinet (ATFA non publié du

juillet 2003, K 113/03, consid. 5.5). Partant, rien ne s’oppose en principe à l'utilisation des statistiques RSS dans le cas présent.

A/2795/2006 - 15/18 - 10. Se pose cependant la question de savoir si des particularités dans la pratique du défendeur justifient un coût moyen plus élevé. a) Selon la jurisprudence, les particularités suivantes liées à la pratique médicale du médecin peuvent justifier un coût moyen plus élevé: une clientèle composée d’un nombre plus élevé que la moyenne de patients nécessitant souvent des soins médicaux (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), un nombre plus élevé de la moyenne de visites à domicile et une très grande région couverte par le cabinet (SVR 1995 p. 125 consid. 4b), un pourcentage très élevé de patients étrangers (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), une clientèle composée d’un nombre plus élevé de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés (ATFA non publié du 18

octobre 1999, K 152/98) ou le fait que le médecin s’est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l’ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03). b) Le défendeur fait valoir que sa clientèle est composée à 95 % de portugais. Sur la base de la liste des patients transmise, il convient d'admettre que cela est exact. Toutefois, il résulte également des statistiques de Santésuisse que la moyenne d’âge de ses patients est peu élevée, dans la mesure où elle se situe à 43,6 années, alors que la moyenne d'âge des patients des médecins de sa spécialité est de 49,16. A cela s'ajoute que, alors même que le chiffre d'affaires et le nombre de patients sont resté stables entre 2004 et 2006, selon les propres allégations du défendeur, son indice des coûts directs pour 2005 était de 126 et pour 2006 de 120, ce qui démontre que les particularités du cabinet alléguées par le défendeur n'entraînent pas nécessairement des coûts plus élevés. Le défendeur conteste à cet égard avoir modifié sa pratique en 2005 et fait valoir avoir été informé des critiques relatives à l'année 2004 seulement en février 2006, soit à la fin de l'exercice 2005. Cependant, il avait déjà fait l'objet d'une interpellation au sujet de sa pratique en 2002 et 2003 et savait donc bien avant 2005 qu'il fallait le cas échéant la modifier. Quant aux maladies traitées, le défendeur allègue soigner beaucoup de patients pour des pathologies musculaires, des fibromyalgies et des dépressions. Cependant, ces seules pathologies ne sauraient justifier l’application d’un indice supérieur à 130 %, celui-ci tenant déjà compte de la différence de la pratique d’un cabinet à l’autre. En ce qui concerne la différence de formation du défendeur par rapport à ses confrères généralistes (lecture de l’électrocardiogramme et mesure de la pression artérielle sur 24 heures), il convient de relever que le groupe des généralistes comprend en principe aussi des praticiens qui ont bénéficié d’une formation spécifique dans un domaine médical particulier et traitent de ce fait une catégorie de patients nécessitant des mesures diagnostiques et thérapeutiques s’écartant de celles prodiguées en règle générale par un médecin généraliste (ATFA non publié du 2 décembre 2005, cause K 148/04, consid. 5.2). Ainsi, le recourant ne saurait rien déduire en sa faveur de la différence de formation acquise.

A/2795/2006 - 16/18 - Quant au laboratoire, le recourant n’est pas le seul généraliste à en disposer. En tout état de cause, il en sera tenu compte dans les coûts indirects, conformément à la récente jurisprudence du Tribunal fédéral précitée. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime qu’il n’y pas lieu de s’écarter de la marge de tolérance appliquée de 30 %. 11. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que les statistiques RSS, ainsi que les autres données relatives aux caractéristiques du cabinet du défendeur sont suffisantes pour examiner l'économicité de sa pratique. Par conséquent, de l'avis du Tribunal de céans, il n'est en l'occurrence pas nécessaire d'ordonner une expertise concernant cette question. Le défendeur a également conclu à ce que Santésuisse soit invitée à produire la liste nominative des médecins de sa catégorie de comparaison et à préciser le nombre de leurs patients et leurs chiffres d'affaires, ainsi que s'ils disposaient d'un laboratoire et quel type d'examens complémentaires ils fournissaient. Toutefois, au vu de la jurisprudence précitée, ainsi que de la prise en considération des coûts indirects dans l'examen de l'économicité, ces informations ne paraissent in casu pas indispensables pour l'appréciation de la cause. Le défendeur sera par conséquent débouté de ses conclusions dans ce sens. 12. Il résulte en l’espèce des statistiques RSS relatives à l’année 2004 que le total des coûts directs et indirects par malade du défendeur était de 1'764 fr. 74, ce qui représente un indice de 148 % par rapport à la moyenne de 100. Comme relevé ci- dessus, c’est cet indice qu’il convient de prendre en considération pour la détermination des sommes facturées en trop en violation du respect du principe de l’économicité. Cela étant,

le coût par malade du défendeur doit être établi à 148 % de la moyenne des coûts directs par malade du groupe de comparaison, laquelle est de 458 fr. 80 fr. Le calcul de la polypragmasie s'établit ainsi de la façon suivante : Moyenne des coûts par malade du groupe

de comparaison (indice 100)

458 fr. 80 Coût par malade du défendeur (indice 148)

679 fr. Nombre de malades du défendeur: 755 Facturation par rapport au coût moyen : 755 x 458 fr. 80

346'394 fr 30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet

103'918 fr. 20 Total admis

450'312 fr. 20

A/2795/2006 - 17/18 - Chiffre d'affaires du défendeur sur la base d'un indice de 148

(755 x 679 fr)

512'645 fr. Différence

62'332 fr. 80

De ce chiffre, il convient cependant de déduire le surcoût afférent aux assurés de la CONCORDIA qui ne fait pas partie des demanderesses, alors même que certains patients du défendeur étaient assurés auprès de cette assurance. Selon le courrier du

E. 16

avril 2007 de cette dernière, il s'agit de 16 personnes. Ainsi, la part concernant ces assurés est de 1'321 fr. (62'332 fr. 80 fr. : 755 x 16). Par conséquent, la somme facturée indûment s'élève à 61'011 fr. en chiffres ronds (62'332 fr. 80 - 1'321). 13. Cela étant, la demande sera partiellement admise. 14. L'émolument de 4'000 fr. sera mis à la charge des demanderesses, prises conjointement, à concurrence de 500 fr. et à la charge du défendeur à concurrence de 3'500 fr. 15. Le défendeur qui succombe partiellement sera également condamné à verser aux demanderesses, prises conjointement , une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens.

A/2795/2006 - 18/18 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.