

GE_GERICHTE ATAS/150/2016 vom 26. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_150_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/150/2016 du 26 février 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/150/2016 del 26 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), 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). 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 demanderesse, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise razione 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 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 ; RSG E 5 10). Elle est dès lors recevable.

E. 3

L'objet du litige est la question de savoir si la pratique médicale du défendeur en 2011 respecte le principe de l'économicité et, dans la négative, quel montant il est tenu de restituer à titre de prestations indûment perçues.

E. 4

Le défendeur conteste que les demanderesse CSS, HELSANA et SANITAS soient valablement représentées par Santésuisse, dès lors qu'elles ne font plus partie de cette fédération. Cependant, ces assurances n'ont adhéré à la nouvelle fédération Curafutura qu'en janvier 2014 et faisaient encore partie de Santésuisse jusqu'à fin 2013. Dès lors que la demande a été introduite en décembre 2013, il y a lieu d'admettre qu'elles ont été valablement représentées par Santésuisse. En tout état de cause, au vu de ce qui suit, cette question peut rester ouverte.

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. Cette

disposition a pour but de protéger la communauté des assurés de l'utilisation abusive de prestations. Elle fonde une obligation de droit public de respecter l'économicité de traitement et concerne la pratique diagnostique et thérapeutique globale des fournisseurs de prestations. Ils sont tenus d'apporter toute leur diligence pour éviter de procéder à des prestations inutiles ou d'en

A/4211/2013 - 12/18 - ordonner (Gebhard EUGSTER, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, ch. 267).

E. 6

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ce principe s'applique également aux procédures relatives au contrôle de l'économicité de la pratique médicale d'un médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 23/03 du 14 mai 2004 consid. 5). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

E. 7

a. De jurisprudence constante, 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. Le même délai s'applique aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 V 579 p. 582 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2). Cette question doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 9/00 du 24 avril 2003 consid. 2). b. Il s'agit d'un délai 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. Selon le Tribunal fédéral, il n'est pas arbitraire de se fonder sur les dates de la préparation des données figurant sur ces statistiques, en l'absence de pièces permettant d'envisager leur publication antérieure. Il ne suffit notamment pas d'émettre des suppositions ou des hypothèses, selon lesquelles ces statistiques étaient connues des assureurs à une date antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008, consid. 2.2). c. Lorsqu'il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire, de sorte qu'une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est également sauvegardé par un acte préalable par lequel l'assureur-maladie fait valoir de manière appropriée sa créance en restitution des prestations contre le fournisseur de prestations. La raison en est que si le délai de péremption ne peut être sauvegardé que par l'introduction d'une demande en justice, cela impliquerait pour l'assureur un risque financier important, ce qui ne serait pas exigible (ATF 133 V 579 consid. 4.3.5 p. 585 s.).

A/4211/2013 - 13/18 -

E. 8

a. En l'espèce, les statistiques de Santésuisse concernant l'année 2011 ont été portées à la connaissance des demandesses au plus tôt le 13 juillet 2012, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur les statistiques RSS. Certes, d'autres statistiques étaient disponibles déjà auparavant, comme cela résulte du document "SASIS AG-Rechnungsstellerstatistik Abrechnungsdatum 2011" du 5 mai 2012 produit par le défendeur. Toutefois, ces statistiques concernent l'ensemble des coûts médicaux pour le canton de Genève et non pas les statistiques concernant les coûts facturés par les différents médecins. Ce document ne constitue ainsi pas une preuve de ce que les statistiques-factureurs des médecins étaient déjà connues avant le 13 juillet 2012. Partant, en application de la jurisprudence en la matière, c'est cette dernière date qui est pertinente. b. La demande déposée le 23 décembre 2013 ne respecte assurément pas le délai légal d'une année. c. Se pose dès lors la question de savoir si Santésuisse a pu sauvegarder ce délai par sa missive notifiée sous pli recommandé le 11 juillet 2013, laquelle respecte le délai d'une année. Le défendeur estime que le délai de péremption ne peut être sauvegardé par un acte préalable, par lequel l'assureur-maladie fait valoir sa créance, que dans l'hypothèse où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire. Or, une telle procédure est bel et bien prévue par la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), de sorte qu'un simple acte préalable est insuffisant pour la sauvegarde du délai. Certes, selon les art. 41 et 45 LaLAMal, le tribunal ne peut entrer en matière avant que le cas ait été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention ou à une tentative de conciliation par le président du tribunal. Il n'en demeure pas moins que le tribunal est saisi par une requête (art. 45 al. 1 LaLAMal) et que les frais du tribunal sont à la charge des parties (art. 46 al. 1 LaLAMal). Ils sont également dus pour la procédure de conciliation, comme cela résulte de l'art. 46 al. 2 LaLAMal, selon lequel le tribunal fixe, dans le jugement ou dans le procès-verbal de conciliation, le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter. Il sied ainsi de constater que, dans le canton de Genève, aucune tentative de conciliation extrajudiciaire n'est prévue, en dehors d'une convention conclue entre les parties. Par conséquent, conformément à la jurisprudence précitée, il est loisible à l'assureur-maladie de sauvegarder le délai de péremption par une simple missive par laquelle il fait valoir sa créance en restitution de l'indu contre le fournisseur de prestations de façon appropriée, c'est-à-dire d'une façon qui ne laisse pas le moindre doute quant à ses intentions (ATF 133 V 579 consid. 4.4 p. 586). Le courrier du 11 juillet 2013 de Santésuisse mentionne que le montant dû à titre de rétrocession s'élève à CHF 148'931.- et que Santésuisse déposera une requête dans ce sens pour l'année 2011 dans l'hypothèse d'un échec de la conciliation. Cette missive ne laisse pas de doute sur les intentions de Santésuisse de demander la

A/4211/2013 - 14/18 - restitution de cette somme, de sorte qu'il doit être admis que le délai de péremption a été valablement sauvegardé.

E. 9

a. Selon l'art. 56 al. 2 let. a LAMal ont qualité pour demander la restitution l'assuré ou, conformément à l'art 89 al. 3 LAMal, l'assureur dans le système du tiers garant. 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). 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. b. En l'occurrence, toutes les demandereses ont remboursé des prestations aux patients du défendeur en 2011, comme cela résulte du document « Datenpool Jahresdaten Geschäftsjahr 2011 ». Le Tribunal de céans n'a aucune raison de mettre en doute ce document, en l'absence d'éléments précis laissant supposer qu'il ne correspond pas à la réalité. Il est à cet égard à relever que la bonne foi est présumée, selon l'art. 3 al. 1 du Code civil suisse (CCS). Partant, la légitimation active doit être reconnue aux demandereses.

E. 10

a. Pour établir l'existence d'une polypragmasie, le Tribunal fédéral 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, laquelle est appliquée en règle générale 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

A/4211/2013 - 15/18 - (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. 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 des traitements directs que ceux des 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). d. Le médecin qui fait l'objet d'une procédure en remboursement en raison d'une polypragmasie doit établir par des exemples concrets pourquoi une certaine catégorie de ses malades engendrerait un surcoût. Il ne suffit pas de l'affirmer, de requérir l'intervention d'un expert ou de produire une liste de patients. Il appartient au contraire au médecin de rendre vraisemblable que sa pratique diffère fondamentalement de celle des autres médecins

composant son groupe de comparaison (cf. arrêt du Tribunal fédéral K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 4.6.2 et 4.7.3).

E. 11

En l'espèce, le défendeur conteste être comparé au groupe des médecins praticiens, en se prévalant d'un titre de post-grade en médecine interne. a. Jusqu'à l'entrée en vigueur, le 1er septembre 2007, de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd; RS 811.11), les professions médicales étaient régies par loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM), laquelle a été partiellement révisée par la loi du 8 octobre 1999, entrée en vigueur le 1er juin 2002. La FMH était la seule entité de formation en médecine humaine et délivrait 44 titres fédéraux postgrades jusqu'au 1er septembre 2007 (Message du Conseil fédéral concernant la LPMéd du 3 décembre 2004, FF 2005 p. 171). Ces titres constituaient jusqu'au 1er juin 2002 des titres FMH de droit privé. Cependant, les médecins déjà porteurs d'un titre de spécialiste FMH étaient reconnus d'office (art. 24 al. 1 LEPM, dans sa teneur au 1er juin 2002). L'affiliation à la FMH est en outre facultative depuis cette date. b. En l'espèce, le titre fédéral de spécialiste en médecine interne générale a été reconnu au défendeur officiellement le 12 juin 2014. Cependant, comme l'ISFM l'a attesté dans son courrier du 24 septembre 2015, le défendeur aurait pu demander

A/4211/2013 - 16/18 - l'ancien titre de spécialiste en médecine générale dès 2002 déjà, dans la mesure où il remplissait les conditions des dispositions légales alors en vigueur, à savoir • une autorisation de pratique du canton de Genève de 1994; • 30 mois de formation postgraduée pouvant être validés conformément au programme de formation postgraduée en médecine générale; • 60 mois de pratique; • justificatif de formation continue. Partant, il convient d'admettre qu'en 2011, sa formation et pratique correspondaient au nouveau titre de spécialisation de "médecine interne générale", de sorte qu'il y a lieu de le comparer au groupe des médecins de cette spécialisation. En effet, ce n'est pas seulement le titre officiel du médecin incriminé qui est important pour déterminer si sa pratique médicale respecte le principe d'équité, mais également les spécificités de sa pratique qui diffèrent fondamentalement de celle des autres médecins. Or, dans la mesure où le défendeur avait déjà en 2011 une pratique correspondant à celle de spécialisation en médecine interne générale, comme cela est attesté par l'ISFM, il suffit de se référer aux statistiques de ce groupe, sans exiger du défendeur de démontrer sa spécificité par d'autres moyens.

E. 12

Selon les statistiques RSS pour les spécialistes en médecine interne, le coût direct total par malade était en 2011 de CHF 343.90, alors qu'il était pour le défendeur de CHF 830.86, soit largement supérieur à ce coût moyen. Cependant, le total des coûts directs et indirects du défendeur n'est que de CHF 1'584.64 en 2011, alors qu'il est de CHF 1'634.73 pour l'ensemble des spécialistes en médecine interne du canton de Genève. Des statistiques RSS 2011 concernant les médecins généralistes résultent des coûts directs par patient de CHF 323.80 et un total des coûts directs et indirects de CHF 1'173.23. Par rapport à ce groupe de référence, les coûts totaux du défendeur sont donc supérieurs de 35 % et dépassent de 5% la marge admissible de 130%. Enfin, il résulte des statistiques RSS 2011 pour le nouveau groupe des spécialistes en médecine interne générale, que les coûts directs sont de CHF 484.90 par patient et les coûts totaux de 1'297.66. Les coûts totaux du défendeur sont ainsi

supérieurs de 22% pour ce groupe de référence. Il s'avère ainsi que le coût moyen du défendeur, en incluant les coûts indirects, est inférieur au groupe de comparaison des spécialistes en médecine interne, supérieur de 35% par rapport au groupe des médecins généralistes et de 22% par rapport au nouveau groupe des spécialistes en médecine interne générale. Dans la mesure où, dans le groupe des spécialistes en médecine interne générale auquel le défendeur appartient formellement, son dépassement des coûts totaux se situe à l'intérieur de la marge de 130%, il y a lieu d'admettre qu'une polypragmasie n'est pas établie.

A/4211/2013 - 17/18 - Au demeurant, le fait que les coûts totaux du défendeur sont en-dessous de 130% par rapport au groupe des spécialistes en médecine interne générale, alors que les coûts directs dépassent le coût moyen par patient de 71 %, étaye les allégués du défendeur, selon lesquels il effectue beaucoup d'exams diagnostiques au cabinet, grâce aux nombreux appareils dont il est équipé, soit un laboratoire d'hématologie de chimie, une radiologie numérique, une salle de soins pour les traitements au laser, un ECG, une échographie, une oxymétrie nocturne, une spirométrie et des lasers chirurgicaux pour la petite chirurgie. Enfin, les demanderesses se sont basées uniquement sur les statistiques pour justifier leur demande. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner si celle-ci pourrait être fondée, en tout ou partie, pour d'autres raisons.

E. 13

Cela étant, la demande sera rejetée.

E. 14

a. La procédure par-devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite (cf. art. 46 LaLAMal). En outre, selon l'art. 87 al. 2 LPA, la juridiction peut, sur requête, allouer à la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause, une indemnité pour les frais indispensables causés par le recours. Conformément à l'art. 88 al. 1 LPA, la juridiction administrative peut aussi prononcer une amende à l'égard de celui dont le recours ou l'action est jugé téméraire ou constitutif d'un emploi abusif des procédures prévues par la loi. b. En l'occurrence, dès lors que les demanderesses succombent entièrement, elles doivent en principe supporter l'intégralité des frais de la procédure et des dépens du défendeur. Cependant, comme les demanderesses l'ont relevé, le défendeur n'a pas vraiment collaboré à l'établissement des faits, en versant spontanément à la procédure les documents établissant la réalité des formations postgrades alléguées. Il est à supposer que Santésuisse aurait renoncé à une procédure, si elle avait été en possession des diplômes de formation postgraduée du défendeur et si celui-ci aurait été dès le départ plus transparent. Il a aussi empêché, en cours de procédure, l'ISFM d'informer Santésuisse depuis quand il réalisait les exigences légales pour prétendre au titre de médecine interne générale, obligeant le Tribunal de céans de requérir ce renseignement. Cela étant, il se justifie de mettre à la charge du défendeur 20% des frais de procédure de CHF 3'400.- et de l'émolument fixé à CHF 2'000.-.

E. 15

Les demanderesses seront par ailleurs condamnées à verser au défendeur une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.

A/4211/2013 - 18/18 -

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