

GE_GERICHTE ATAS/27/2020 vom 26. Februar 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_27_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/27/2020 du 26 février 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/27/2020 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 - E 5 10). Partant, elle est recevable.

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si la pratique médicale du défendeur est constitutive d'une polypragmasie et, dans l'affirmative, si celui-ci est tenu de ce fait de rembourser aux demanderesse la somme de CHF 458'607.- pour l'année statistique 2016, subsidiairement la somme de CHF 327'727.50.

E. 4

a. 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.

A/2416/2018 - 12/21 - b. Un cas de polypragmasie est réalisé aussi lorsque le fournisseur de prestations facture des montants qui excèdent ceux des traitements plus économiques qu'il aurait pu dispenser, ou que des positions tarifaires sont elles-mêmes cumulées de façon prohibée, car les prestations ne sont ainsi plus limitées à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2). c. Selon l'art. 56 al. 2 let. a LAMal ont qualité pour demander la restitution l'assuré ou l'assureur dans le système du tiers garant. Le Tribunal arbitral est en effet

également compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré. En pareil cas, l'assureur représente l'assuré au procès à ses frais (art. 89 al. LAMal). Ont également qualité pour demander la restitution les assureurs dans le système du tiers-payant (art. 56 al. 2 let. b LAMal). Selon la jurisprudence en la matière, a qualité pour agir 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. d. En l'espèce, il résulte des données du Datenpool Jahresdaten Geschäftsjahr 2016 que tous les assureurs-maladie ayant remboursé des prestations aux patients du défendeur font partie des demanderesses. Partant, elles sont habilitées à demander la restitution de l'intégralité de l'éventuel trop perçu. Le défendeur met en cause la valeur probante de ce document. Cependant, aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause sa véracité. Par ailleurs, selon la jurisprudence constante du Tribunal de céans, une pleine valeur probante a toujours été reconnue à ce document, en l'absence d'indices contraires (ATAS/209/2018 du 09.03.2018, ATAS/150/2016 du 26.02.2016, ATAS/856/2015 du 13.11.2015).

E. 5

Le défendeur invoque préalablement la péremption des prétentions des demanderesses. 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. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant. Cette disposition s'applique aux

A/2416/2018 - 13/21 - prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 V 579 p. 582 consid. 4.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les délais de la disposition précitée constituent des délais de péremption (ATF 142 V 20, consid. 3.2.2 p. 24). Ils ne peuvent dès lors être interrompus (ATF 136 II 187 consid. 6 p. 192). L'expiration de ce délai est empêchée lorsque les assureurs-maladie introduisent une demande, dans le délai d'une année à partir de la connaissance des statistiques, devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral. Le délai commence à courir au moment où les statistiques déterminantes sont portées à la connaissance des assureurs suisses (arrêt du Tribunal fédéral K 124/03 du 16 juin 2004 consid. 5.2). b. En l'espèce, les statistiques RSS de Santéuisse concernant l'année 2016 ont été portées à la connaissance des demanderesses au plus tôt le 17 juillet 2017, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur ces statistiques. Dans la mesure où la demande a été déposée le 13 juillet 2018, il sied de constater que le délai légal d'une année est respecté. Au demeurant, notre Haute Cour n'a pas considéré comme manifestement inexacte l'appréciation de la péremption sur la base de la date de la préparation des données figurant sur les statistiques-factureurs. Elle a également jugé que la date ressortant de ces statistiques ne pouvait être mise en doute par l'hypothèse suggérant

que la date en cause aurait pu être manipulée par Santésuisse, en absence de pièces du dossier permettant d'évoquer sérieusement une telle éventualité, et d'éléments concrets avancés pouvant la rendre vraisemblable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_968/2009 du 15 décembre 2010 consid. 2.3; 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 consid. 2.2).

E. 6

a. Pour établir l'existence d'une polypragmasie (Überarztung), le Tribunal fédéral admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.1; K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.1; ATF 119 V 448 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances op. cit.). b. La méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les frais moyens causés par la pratique d'un médecin particulier avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 op. cit. consid. 4.2). Cette méthode est concluante et peut servir comme moyen de preuve, si les caractéristiques essentielles des pratiques comparées sont similaires, si le groupe de comparaison compte au moins dix médecins, si la comparaison s'étend sur une période

A/2416/2018 - 14/21 - suffisamment longue et s'il est pris en compte un nombre assez important de cas traités par le médecin contrôlé. Il y a donc polypragmasie lorsque les notes d'honoraires communiquées par un médecin à une caisse-maladie sont, en moyenne, sensiblement plus élevées que celles des autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable alors qu'aucune circonstance particulière ne justifie la différence de coûts (ATF 119 V 448 consid. 4b et les références).

E. 7

Pour présumer l'existence d'une polypragmasie, il ne suffit pas que la valeur moyenne statistique (indice de 100, exprimé généralement en pour cent) soit dépassée. Il faut systématiquement tenir compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 448 consid. 4c) et, cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice- limite de tolérance (RAMA 1988 n° K 761 p. 92). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 op. cit. consid. 4.2; K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.1 et les références; SVR 1995 KV p. 125). La marge de tolérance sert à tenir compte des particularités et des différences entre cabinets médicaux ainsi que des imperfections de la méthode statistique en neutralisant certaines variations statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2010 du 27 décembre 2011 consid. 4.3). Le Tribunal fédéral a réaffirmé dernièrement le caractère admissible du recours à la méthode statistique comme moyen de preuve permettant d'établir le caractère économique ou non des traitements prodigués par un médecin donné (ATF 136 V 415 consid. 6.2). Outre le fait que la méthode n'a jamais été valablement remise en cause (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 et 9C_649/2007 du 23 mai 2008; arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 130/06 du 16 juillet 2007, K 46/04 du 25 janvier 2006, K 93/02 du 26 juin 2003 et K 108/01 du 15 juillet 2003) et qu'il ne s'agit pas d'une preuve irréfutable,

dans la mesure où le médecin recherché en remboursement a effectivement la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de confrères appartenant à son groupe de comparaison, on rappellera que cette méthode permet un examen anonyme, standardisé, large, rapide et continu de l'économicité (Valérie JUNOD, Polypragmasie, analyse d'une procédure controversée in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 40-2008, p. 140 ss) par rapport à une méthode analytique coûteuse, difficile à réaliser à large échelle et mal adaptée lorsqu'il s'agit de déterminer l'ampleur de la polypragmasie et le montant à mettre à charge du médecin (ATF 99 V 193 consid. 3; V. JUNOD, op. cit., p. 140 ss). Enfin, la méthode statistique comprend une marge de tolérance qui permet de prendre en considération les spécificités d'une pratique médicale et de neutraliser certaines imperfections inhérentes à son application (ATF 136 V 415 consid. 6.2). 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

A/2416/2018 - 15/21 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 152/98 du 18 octobre 1999) ou le fait que le médecin s'est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 150/03 du 18 mai 2004). Constitue une particularité de la pratique médicale tout caractéristique des prestations qui est plus souvent présent que dans la majorité des cabinets du groupe de comparaison et qui engendre un besoin de prestations plus élevé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 142/05 du 1er mars 2006). En présence de telles particularités, deux méthodes de calcul ont été admises (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/00, résumé dans PJA 2005 p. 1099). D'une part, une marge supplémentaire peut être ajoutée à la marge de tolérance déterminée au préalable (SVR 2001 KV n° 19 p. 52 [K 144/97] consid. 4b, 1995 KV n° 40 p. 125 consid. 4). D'autre part, il est permis de quantifier les particularités en question au moyen de données concrètes recueillies à cette fin, puis de soustraire le montant correspondant des coûts totaux découlant des statistiques (SVR 1995 KV n° 140 p. 125 consid. 4b). e. Lors de l'examen de la question de l'économicité, l'indice de l'ensemble des coûts est en principe déterminant (ATF 133 V 37 consid. 5.3). Lorsque ces coûts se situent dans la marge de tolérance de 30, le principe de l'économicité est respecté. Dans la négative, il sied d'examiner si l'indice des coûts directs dépasse la marge de tolérance. Si tel est le cas, une violation de ce principe est présumé. L'obligation de restituer en application de l'art. 56 al. 2 LAMal n'englobe toutefois que les coûts directement liés à la pratique du médecin (y compris les médicaments délivrés par lui; ATF 133 V 43 consid. 2.5.1-2.5.5 p. 47 ss). f. Contrairement à la méthode statistique qui s'appuie essentiellement sur la comparaison chiffrée des médecins, la méthode analytique entre dans le détail de la pratique du médecin soupçonné de polypragmasie (JUNOD, op. cit., p. 137). Lorsque le tribunal arbitral décide d'appliquer cette méthode, il ordonne la sélection d'un nombre représentatif de dossiers du médecin concerné (RAMA 1987 p. 349s).

E. 8

a. Le Tribunal établit les faits d'office et apprécie librement les preuves (art. 45 al. 3 LaLAMal). b. 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. 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

A/2416/2018 - 16/21 - 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. 9

En l'espèce, le Tribunal admet que la méthode statistique peut a priori constituer un moyen de preuve valable, dès lors que le groupe de comparaison comprend plus de 570 médecins et que la comparaison s'étend sur les années 2012 à 2016, durant lesquelles les indices du défendeur étaient toujours plus élevés que ceux de la moyenne du groupe de comparaison, à l'exception de l'année 2015. Il convient par conséquent de déterminer si la pratique médicale du défendeur présente des particularités permettant de justifier un coût moyen par patient plus élevé.

E. 10

Le défendeur estime en premier lieu que la présente procédure n'a pas de raison d'être, dans la mesure où son indice des coûts totaux ne dépasse que d'un point la marge de tolérance de 30 %. Toutefois, comme relevé ci-dessus, la marge de tolérance se situe entre 20 et 30 %. Par ailleurs, dès le moment où une marge de tolérance est admise, même un dépassement minimal justifie d'être considéré, à l'instar des dépassements de la vitesse autorisée pour les véhicules à moteur. Il convient par ailleurs de souligner que l'indice des coûts directs du défendeur est de 184 en 2016 selon les statistiques-facteurs. Quant aux coûts indirects, ils sont à peine inférieurs à la moyenne de ces coûts du groupe de comparaison. En effet, ils sont de 99. Cela étant, il y a bel et bien un soupçon de polypragmasie justifiant l'examen de la pratique médicale du défendeur sous l'angle de son économicité.

E. 11

Le fait que les assureurs-maladie n'ont jamais contesté les factures du défendeur ne permet pas de considérer qu'ils ont admis que la pratique médicale de ce dernier respecte le principe de l'économicité. En effet, ce n'est que sur la base de l'ensemble des notes d'honoraires qu'il peut être établi si ce principe a été violé.

E. 12

a. En ce que le défendeur se prévaut de ses formations complémentaires, il ne démontre pas qu'il effectue de ce fait des prestations plus coûteuses que les médecins de son groupe de comparaison. b. Le défendeur allègue également être médecin formateur et formateur d'apprenti, sans démontrer que cela implique un coût par patient plus élevé. Au demeurant, il a admis lors de son audition que la formation d'assistants n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, et qu'il ne facturait pas la supervision de ses assistants. c. Quant à l'équipement du cabinet du défendeur permettant d'effectuer des prestations médicales supplémentaires par rapport aux autres médecins du groupe de comparaison, il en est tenu compte dans la prise en considération des coûts indirects. En effet, ces prestations diminuent le cas échéant les coûts indirects, dans

A/2416/2018 - 17/21 - la mesure où les patients peuvent être traités directement au cabinet médical et ne doivent pas être envoyés auprès d'autres fournisseurs de prestations. Or, en l'occurrence, les coûts indirects du défendeur ne sont qu'à peine inférieurs à la moyenne de ses consœurs et confrères de sa spécialité, ce qui signifie qu'il fait appel presque aussi souvent que ceux-ci à d'autres fournisseurs de prestations. S'agissant précisément de la radiologie, même en admettant que le défendeur a effectué 477 prestations de radiologie en 2016 et non 294 comme comptabilisé dans la base de données de SASIS SA, ces prestations ne présenteraient qu'à peine 1,04 du total de ses prestations (46'017 points facturés selon SASIS SA), alors que la moyenne de celles-ci est de 2,8% chez ses consœurs et confrères. Partant, l'équipement du défendeur ne peut pas non plus expliquer un coût moyen par patient supérieur à la moyenne. Au demeurant, il n'apparaît pas non plus que l'équipement du défendeur soit exceptionnel, bon nombre de cabinets disposant d'un laboratoire, d'une radiologie et d'une échographie. d. Le défendeur se prévaut également de ce qu'il effectue de la petite chirurgie, ainsi que des opérations dermatologiques et qu'il utilise un laser. Cependant, cette activité paraît minime, dès lors qu'elle ne représente que 0,3 % des positions facturées, correspondant à 136 points facturés, selon les statistiques de SASIS. Certes, le défendeur conteste ce chiffre et allègue avoir effectué 167 interventions, en s'appuyant sur les statistiques de son cabinet. Cependant, même dans cette hypothèse, ces interventions sont peu fréquentes par rapport aux autres prestations effectuées. En effet, par rapport aux 136 points, cela représenterait une augmentation de seulement 18 % et établirait ainsi à 0,35 % l'importance de cette activité par rapport à l'ensemble de celle-ci. e. En ce que le défendeur allègue travailler 15 heures par jour et 6 jours par semaine, cela ne constitue pas une justification d'un coût moyen par patient supérieur à celui de la moyenne du groupe de comparaison. Ce fait a uniquement pour effet d'augmenter le chiffre d'affaires. f. Au même titre, il n'est pas compréhensible en quoi le fait que le défendeur a collaboré avec des assistants augmenterait le coût moyen par patient, à l'exception éventuellement d'une plus grande lenteur, laquelle ne devrait toutefois pas être significative. De surcroît, en tant que médecin formateur, le défendeur est responsable de ce que les assistants respectent la LAMal, notamment le principe de l'économicité. Au demeurant, à suivre le défendeur, il effectue la majeure partie de ses prestations lui-même, au vu du nombre d'heures de travail allégué.

A/2416/2018 - 18/21 - Enfin, les assistants n'ont pas pu être identifiés, le défendeur ayant omis d'indiquer leurs numéros EAN/GLN. Partant, cette allégation n'est pas prouvée. g. Il appert par ailleurs que la moyenne d'âge des patients du défendeur, de 46,4 ans, est inférieure à celle du groupe de comparaison, à savoir 53,6 ans. De ce fait, son coût moyen par patient devrait plutôt être inférieur à celui de ses consœurs et confrères de sa spécialité. h. Il n'est pas établi que le défendeur soigne plus de toxicomanes et sidéens que la moyenne des médecins de son groupe de comparaison. En effet, il résulte du PCG 12, qui répertorie les malades du Sida, que ses patients bénéficient de la même quantité moyenne de Defined Daily Dose que les patients des médecins du groupe de comparaison. En ce qui concerne les toxicomanes, la quantité des médicaments est largement inférieure à celle de ses consœurs et confrères de sa spécialité, selon le PCG 19. Le défendeur objecte qu'il ne prescrit pas beaucoup de médicaments et qu'il préconise d'autres traitements, de sorte que le PCG ne permet pas de déterminer dans son cas qu'il suit beaucoup de patients malades du Sida ou souffrant d'addictions. Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas démontré que le défendeur soigne beaucoup de patients souffrant de telles pathologies, en l'absence de ne serait-ce qu'un début de preuve. Il en va de même pour son allégation selon laquelle il traite

beaucoup de patients atteints d'autres maladies lourdes et chroniques. i. Il suit de ce qui précède qu'il n'y a pas de particularités au sens de la jurisprudence en la matière qui expliquent le coût moyen supérieur par patient du défendeur.

E. 13

En ce que le défendeur se prévaut de ce que le Tribunal a jugé en 2016 que sa pratique médicale respectait le principe de l'économicité, il sied de relever que cette procédure avait pour objet l'année statistiques 2011 et que, pour cette année, l'indice des coûts totaux des statistiques RSS ne dépassait que de 22 % le coût moyen par patient du groupe de spécialistes en médecine interne générale, auquel le défendeur a été comparé. Or, en 2016, son indice de coûts totaux dépasse largement le coût moyen du groupe de comparaison. Le défendeur allègue à cet égard que sa pratique médicale n'a pas évolué entre 2011 et 2016, ce qui est étonnant dès lors que ses indices ont considérablement augmenté. Aux dires du défendeur lui-même, rien ne justifie donc une augmentation de ses indices, sa pratique médicale étant restée identique.

E. 14

Les demandresses relèvent par ailleurs plusieurs particularités de facturation qui ne semblent pas conformes au Tarmed, s'agissant d'un chaînage de facturation automatique.

A/2416/2018 - 19/21 - Elles reprochent au défendeur de facturer avec ses consultations systématiquement le petit examen, position Tarmed 00.0410, et aussi presque systématiquement trois fois la position 0.0020, ainsi que, préalablement à chaque consultation, la position en l'absence du patient 00.0140. Le bien-fondé de la facturation de ces prestations peut toutefois rester ouvert, dès lors que les demandresses ne tirent pas des conclusions supplémentaires de cette facturation éventuellement non conforme. Il n'en demeure pas moins que la facturation automatique de certaines positions Tarmed, en plus de la consultation, pourrait expliquer que le coût moyen par patient du défendeur est plus élevé. Il est à cet égard à relever qu'il paraît vraisemblable que la durée des consultations est surfacturée, au vu du nombre d'heures par jour facturées pour les 18 février et 24 mars 2016, à savoir respectivement 19,5 et 21,75 heures. Même en admettant que les jours en question la moitié des heures a été effectuée par l'assistant du défendeur, leur nombre divisé par deux s'élève toujours à respectivement 9,75 et 10,87 heures par jour. Dès lors qu'il est probable que l'assistant a travaillé moins d'heures que le défendeur, au vu de son salaire mensuel relativement modeste de CHF 6'000.- comme déclaré par le défendeur lors de son audition, la durée de travail du défendeur paraît excessive, même dans l'hypothèse où il était secondé par un assistant, ce d'autant plus qu'il consulte également dans la structure Similia Medica. En tout état de cause, il n'est pas établi qu'un assistant a également effectué des prestations aux dates précitées, ni leur nombre.

E. 15

Les coûts élevés par patient du défendeur ne pouvant être justifiés par ses particularités, se pose la question de savoir sur la base de quelle méthode statistique la somme à restituer doit être déterminée. Selon l'art. 56 al. 6 LAMal, entré en vigueur le 1er janvier 2013, les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations. La disposition transitoire relative à cette modification prescrit que le Conseil fédéral fixe pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35 al. 2 let. a LAMal la méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations, si les assureurs et les fournisseurs de prestations ne sont pas convenus d'une méthode dans un

délai de 12 mois suivant l'entrée en vigueur de la présente modification. Le 27 décembre 2013/16 janvier 2014, les fournisseurs de prestations, par l'intermédiaire de la Fédération des médecins suisses (FMH), et les assureurs- maladie, représentés par Santésuisse et Curafutura, ont conclu un accord, aux termes duquel le contrôle de l'économicité de la pratique médicale est effectué sur la base de la méthode ANOVA. Le Tribunal fédéral a jugé que cet accord n'était pas contraire à la loi. Partant, il y a lieu de se fonder sur la méthode ANOVA pour établir le trop-perçu des prestations.

A/2416/2018 - 20/21 -

E. 16

Sur la base de cette méthode statistique, il appert que l'indice des coûts directs du défendeur en 2016 est de 221 points et dépasse ainsi de 91 points le seuil de la marge de tolérance de 130. Compte tenu d'un chiffre d'affaires de CHF 1'113'759.- en 2016, les prestations dépassant cette marge s'élèvent à CHF 458'607.- ($1'113'759 : 221 \times 91$).

E. 17

Au vu de ce qui précède, la demande sera entièrement admise et le défendeur condamné au paiement aux demanderesse, prises conjointement et solidairement, de CHF 458'607.-.

E. 18

La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 LaLAMAL, les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émoulement global n'excédant pas CHF 15'000.-. Le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (art. 46 al. 2 LaLAMAL). En l'occurrence, la totalité de l'émoulement de justice de CHF 3'000.- et les frais du Tribunal de céans de CHF 5'033.75 seront mis intégralement à la charge du défendeur.

E. 19

Le défendeur qui succombe sera en outre condamné à verser aux demanderesse, prises conjointement et solidairement, la somme de CHF 5'000.- à titre de dépens.

A/2416/2018 - 21/21 -

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