

GE_GERICHTE A/2445/2015 vom 2. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2445_2015

FR: GE_GERICHTE A/2445/2015 du 2 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/2445/2015 del 2 settembre 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.09.2016 A/2445/2015

A/2445/2015 ATAS/708/2016 du 02.09.2016 (ARBIT) , ADMIS Recours TF déposé le 23.11.2016, rendu le 20.04.2017, REJETE, 9C_776/2016 En fait En droit Par ces motifs rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2445/2015 ATAS/708/2016 ARRET DU TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES du 2 septembre 2016 En la cause ARCOSANA AG, ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA, AVANEX VERSICHERUNGEN AG, AVENIR ASSURANCES, CAISSE MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, CMBB CAISSE-MALADIE, CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, EGK GRUNDVERSICHERUNGEN, GROUPE MUTUEL, HELSANA ASSURANCE SA, HERMES CAISSE-MALADIE ET ACCIDENTS, INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, KOLPING KRANKENKASSE AG, KPT/CPT ASSURANCE SA, LA CAISSE VAUDOISE, MOOVE SYMPANY AG, MUTUEL ASSURANCES, OKK SUISSE SA, PHILOS CAISSE-MALADIE ET ACCIDENT, PROGRES ASSURANCES SA, SANATOP VERSICHERUNGEN AG, SANITAS KRANKENVERSICHERUNG, SUPRA CAISSE MALADIE, SWICA KRANKENVERSICHERUNG, UNIVERSA CAISSE-MALADIE ET ACCIDENTS, VISANA AG, toutes représentées par SantéSuisse, elle-même comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BONARD Yves demanderesse contre Doctoresse A_____, domiciliée à GENÈVE défenderesse EN FAIT 1. Madame A_____, docteur en médecine, exploite un cabinet médical à Genève, où elle pratique la médecine générale sans être au bénéfice d'une spécialisation FMH. ![/endif]>![if> 2. Elle a été plusieurs fois avertie par SantéSuisse, association faîtière des assureurs-maladie dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, que la facturation de ses honoraires dépassait de façon notable depuis 1994 celle de ses confrères et qu'elle était susceptible de l'exposer au remboursement des coûts causés par sa pratique non économique. Invitée à se déterminer, la praticienne a critiqué les chiffres avancés par le représentant des caisses-maladie et justifié la différence des coûts par la spécificité de sa patientèle et de sa pratique.![endif]>![if> 3. Par le biais de quatre demandes séparées, quatre groupes d'assureurs-maladie, agissant par l'intermédiaire de SantéSuisse, ont saisi le Tribunal arbitral des assurances de la République et canton de Genève, en concluant à la restitution des montants de respectivement CHF 77'483.- pour 2004, CHF 28'722.- pour 2005, CHF 212'133.- ou CHF 67'325.- pour 2006 et CHF 219'726.- ou CHF 63'270.- pour 2007.![endif]>![if> 4. Après avoir joint les procédures et procédé aux mesures d'instruction jugées nécessaires, le Tribunal arbitral a, par jugement du 31 août 2012 (ATAS/1090/2012), partiellement admis la demande et condamné la Dresse A_____ à rembourser aux assureurs-maladie habilités à procéder les

sommes de CHF 59'722.10 pour 2004, CHF 12'208.75 pour 2005, CHF 30'575 pour 2006 et CHF 27'978.10 pour 2007, soit la somme totale de CHF 130'483.95 au titre des honoraires reçus par la défenderesse à raison de traitements jugés non économiques qu'elle avait prodigués.![endif]>![if> 5. Par arrêt 9C_821/2012 du 12 avril 2013, le Tribunal fédéral a confirmé ledit jugement. En substance, il a considéré que le constat selon lequel la patientèle de la recourante, composée à plus de 98 % de patients d'origine étrangère et à plus de 80% de personnes exerçant des tâches manuelles, ne permettait pas encore d'expliquer les raisons pour lesquelles la pratique (coûts directs) de la recourante dépassait la marge de tolérance admise par la jurisprudence (indices de 163 en 2004, 141 en 2005, 152 en 2006 et 151 en 2007). A cet égard, la recourante s'était contentée de formuler des généralités, sans préciser en quoi la nature particulière de sa patientèle devait engendrer dans son cas personnel des coûts plus élevés que la normale. En particulier, elle n'avait pas mentionné qu'elle ferait usage de méthodes médicales particulières ou qu'elle aurait recours à du matériel médical spécifique ; rien n'indiquait par ailleurs que les pathologies traitées différaient fondamentalement de celles de ses collègues figurant dans son groupe de comparaison. On ne pouvait pas non plus affirmer que les coûts directs engendrés par la recourante auraient été compensés par des coûts indirects moindres (indices de 151 en 2004, 130 en 2005, 135 en 2006 et 135 en 2007). Faute d'arguments concrets plaidant en faveur de l'application de la méthode analytique, sollicitée par la recourante, la juridiction cantonale n'avait pas violé le droit fédéral en appliquant strictement la méthode statistique.

![endif]>![if> 6. Par courrier recommandé du 12 juillet 2012, Santésuisse a informé la Dresse A_____ que la statistique RSS 2010 du 13 juillet 2011 démontrait qu'elle avait toujours des indices dépassant la marge de tolérance. Ses coûts directs s'étaient élevés à CHF 311'203.- et son indice RSS (coûts directs et indirects par malade) avait été de 149. Le montant dû à titre de rétrocession était de CHF 39'689.60. Santésuisse invitait en outre l'intéressée à la contacter en vue de « considérer globalement la situation en regard des procédures en cours devant le Tribunal arbitral (genevois) ».![endif]>![if> Cette dernière n'a pas donné suite à ce courrier. 7. Par courrier recommandé du 3 mai 2013, Santésuisse a constaté que les statistiques de l'intéressée pour 2011, établies le 13 juillet 2012 et jointes en annexe, présentaient toujours un indice hors normes, si bien qu'elle était en droit de lui présenter, pour cette année-là, une demande de rétrocession « théorique » de CHF 67'549.-. Santésuisse a en outre convoqué la Dresse A_____ à un entretien pour le 17 juin 2013, en vue de la tentative de conciliation prévue « dans le cadre de la procédure d'économicité », avant de saisir le Tribunal arbitral cantonal.![endif]>![if> 8. Par courriel du 16 juin 2013, la Dresse A_____ a indiqué qu'elle n'avait nullement envie de venir s'entretenir avec des personnes qui « l'avaient traquée pendant treize ans, sans scrupule ni gêne, de façon injustifiée et inhumaine ». Elle n'avait nullement fait de la polypragmasie. Elle avait facturé ses consultations et son travail selon le tarif de l'Etat, tarif accepté par Santésuisse. A titre d'exemple, elle avait donné 3'380 consultations pour l'année 2006 et se demandait si ses confrères en avaient fait autant. Ce chiffre était vérifiable par simple addition des ordonnances délivrées en possession de Santésuisse. Elle ne comprenait pas pourquoi Santésuisse avait attendu treize ans pour la convoquer à un entretien, ni pourquoi Santésuisse avait affirmé au Tribunal fédéral qu'elle avait été avertie à plusieurs reprises et qu'elle n'avait pas écouté ses conseils, ce qui était faux. Si Santésuisse avait des directives en matière de facturation ou de prescription de médicaments et d'examen qu'elle ne connaîtrait pas, elle souhaitait en être informée par écrit et s'engagerait à les respecter. Elle maintenait son opposition au jugement du Tribunal arbitral

du 31 août 2012 et continuerait « à chercher ses droits ». Et de prier l'association « de bien vouloir arrêter cette traque et cet harcèlement et de me laisser travailler honnêtement et dignement, car j'ai, jusqu'à présent, fait consciencieusement mon travail et je ne me sens aucunement coupable de quoi que ce soit ».

9. Par courrier du 9 juillet 2013, Santésuisse a informé la Dresse A_____ que, selon la statistique 2011, ses coûts directs s'étaient élevés à CHF 311'625.- et son indice RSS (coûts directs par malade) avait été de 162. Le montant dû à titre de rétrocession était de CHF 61'556.-. L'année statistique 2010 « étant toujours en cours, elle s'ajoutait à notre procédure 2011 ». Avant de saisir le Tribunal arbitral, Santésuisse invitait en outre l'intéressée à la contacter en vue « de discuter globalement de la situation ».

10. Par courrier recommandé du 20 mars 2014, Santésuisse a averti l'intéressée que ses statistiques 2012, jointes en annexe, présentaient toujours un indice RSS dépassant son « collectif de référence » et qu'elle était en droit de lui réclamer CHF 89'372.- à titre de rétrocession pour 2012. L'année statistique 2011 était toujours pendante et serait intégrée dans la discussion. A Genève, il n'existait plus de commission paritaire, telle que prévue par la Convention cantonale d'adhésion au contrat national TARMED. Toutefois, Santésuisse collaborait avec l'Association des médecins de Genève (AMG) et pouvait de ce fait lui proposer une séance de conciliation pour le 9 mai 2014, en présence ou non de représentants de l'AMG, choisis, le cas échéant, par l'intéressée.

11. Par courriel du 7 avril 2014, la Dresse A_____ a indiqué qu'elle ne se rendrait pas à ladite séance. Sa correspondance du 16 juin 2013 était restée sans réponse de la part de Santésuisse. Cette histoire cauchemardesque n'en finissait pas, car Santésuisse avait la facilité et l'indélicatesse de condamner des braves gens en se basant sur de fausses statistiques. Elle a également réitéré sa demande relative aux directives de Santésuisse quant à la facturation, la prescription d'examen et de médicaments, « afin de pouvoir être au même niveau que mes collègues ».

12. Par courrier recommandé du 7 juillet 2014, Santésuisse a invité l'intéressée à demander conseil à l'AMG. Malgré une condamnation en restitution ordonnée par le Tribunal arbitral pour les années 2004 à 2007, confirmée par le Tribunal fédéral, celle-ci n'avait pas modifié sa pratique afin de respecter le caractère économique des prestations LAMal. La rétrocession pour l'année 2012 ferait l'objet d'une requête auprès du Tribunal arbitral en paiement de CHF 87'174.-, compte tenu de coût directs de CHF 356'999.-, d'un indice RSS des coûts totaux (directs et indirects) de 172 et d'un dépassement de 42.

Dans ce même courrier, Santésuisse estimait que « compte tenu du contexte actuel, une rencontre nous semble nécessaire pour que les enjeux d'une seconde procédure soient annoncés ».

13. Par courrier du 17 juillet 2014, la Dresse A_____ a persisté dans sa position. Elle n'avait rien à se reprocher et ne devait rien à Santésuisse. Elle n'était pas membre de l'AMG et attendait de Santésuisse des explications quant au reproche selon lequel elle ne respecterait pas le caractère économique des prestations LAMal. Elle ne faisait pas confiance à Santésuisse et n'avait pas à négocier sur « l'attitude de mon travail ». Il appartenait à Santésuisse d'édicter ses règles et de les lui transmettre, et à elle-même de les respecter ensuite.

14. Par courrier du 14 octobre 2014, Santésuisse a informé l'intéressée qu'elle déposerait prochainement, devant le Tribunal de céans, une requête en paiement de CHF 67'721.- à titre de rétrocession pour 2013, compte tenu de coût directs de CHF 342'840.-, d'un indice de RSS (coût directs) de 162 et d'un dépassement de 32. L'indice de « prestations base par malade » était à 161, ce qui signifiait qu'en moyenne elle voyait plus souvent ses patients que ses confrères (61% de plus) ; l'indice « pharmacies prescrits : indice coût par malade » était à 189, si bien que ses prescriptions étaient presque

deux fois plus élevées que la moyenne de son groupe de comparaison ; l'indice « physiothérapie prescrits : indice coût/malade » était à 221, de sorte que ses prescription était de 121% supérieures à celles de son groupe de comparaison. Par ailleurs, l'analyse de la facturation indiquait qu'elle facturait la position 00.0420 « examen complet par le spécialiste de premier recours » sept à huit fois plus que les médecins de son groupe de comparaison. Enfin, Santésuisse solliciterait du Tribunal l'exclusion de l'intéressée de toute activité à la charge de la LAMal, du fait de la répétition du non-respect du principe d'économicité. Un délai au 14 novembre 2014 lui était imparti afin de se déterminer.!

15. Par courrier du 14 novembre 2014, la Dresse A_____ s'est plainte de ne jamais avoir reçu de réponse à la question de savoir comment elle devait facturer ses prescription de médicament et de physiothérapie pour des patients souffrant pour la plupart de maladies chroniques. Elle avait également posé en vain cette question devant le Tribunal arbitral. Sa facturation était juste et honnête. En trente ans, jamais aucun de ses patients ne s'était plaint. Elle sous-facturait même le temps réel passé avec eux. Elle contestait la poursuite du « harcèlement » de Santésuisse et continuerait « à chercher ses droits ».

16. Par demande déposée le 14 juillet 2015, ARCOSANA AG et vingt-huit autres assureurs-maladie, agissant par Santésuisse, ont requis du Tribunal de céans la condamnation de la Dresse A_____ au paiement de CHF 256'140.60, à titre rétrocession pour les années 2010 à 2013, avec suite de frais et dépens. Ce montant se décompose comme suit :

- CHF 39'689.60, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2010 ;
- CHF 61'556.-, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2011 ;
- CHF 87'174.-, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2012 ;
- CHF 67'721.-, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2013.

Les demanderesses ont également conclu à ce que la défenderesse soit définitivement exclue de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elles ont en substance fait valoir que l'intéressée n'avait pas toujours remboursé les montants au paiement desquels elle avait été définitivement condamnée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 12 avril 2013 pour les années 2004 à 2007. De surcroît, pour les années statistiques 2010 à 2013, la défenderesse avait dépassé les marges de tolérance admises (indices de 19, 32, 42 et 32). Ainsi, depuis plus de quinze ans, la défenderesse violait de manière persistante les normes légales relatives au caractère économique des prestations.

17. Le Tribunal de céans a tenté de convoquer la défenderesse à deux reprises en conciliation. Cette dernière n'ayant pas valablement excusé son absence lors de l'audition prévue pour le 6 novembre 2015, le Tribunal lui a imparti un délai au 7 décembre 2015 pour lui faire parvenir son mémoire de réponse. Dans le même délai, il l'a invitée à désigner un arbitre représentant son groupe.

18. Par courrier du 21 novembre 2015, la défenderesse a expliqué qu'elle ne s'était pas présentée à l'audience du 6 novembre précédent, en raison d'un deuil et du fait qu'elle n'était pas en mesure de « se présenter à ces séances de conciliation, et encore moins de discuter de l'injustice qui a été faite à mon encontre, voilà plus de seize ans ». Elle n'avait « absolument rien à (se) reprocher et par conséquent n'avait pas besoin d'arbitre représentant (son) groupe (...) ».

19. Par courrier du 24 novembre 2015, le Tribunal a informé l'intéressée qu'à défaut de désigner un arbitre dans le délai imparti, la désignation serait faite d'office. En outre, si son état de santé l'empêchait de participer à la suite de la procédure, respectivement de produire son mémoire de réponse, il lui était loisible de se faire représenter par un avocat.

20. La défenderesse n'ayant pas déféré à cette injonction, le Tribunal lui a désigné d'office un arbitre de son groupe.

21. Lors de l'audition de

comparution personnelle du 8 avril 2016, les demanderesse ont persisté dans leurs conclusions. Elles ont en outre déposé les statistiques RSS de la défenderesse pour 2014, datées du 15 juillet 2015, d'où il ressort que l'indice des coûts totaux s'élève à 170 et l'indice des coûts directs par malade à 168. De son côté, la défenderesse s'est opposée à la demande dans son intégralité. Elle n'était pas d'accord « avec le Tribunal fédéral, qui ne m'a pas entendue (...), ni avec l'arrêt du Tribunal arbitral du 31 août 2012 ». En l'état, elle n'envisageait pas de prendre sa retraite. 22. A la demande du Tribunal, les demanderesse ont, par courrier du 26 avril 2016, précisé avoir intenté une poursuite à l'encontre de la défenderesse suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 12 avril 2013. Cette dernière avait fait opposition. Le jugement de mainlevée étant exécutoire, elles avaient demandé la continuation de la poursuite et restaient dans l'attente de recevoir le procès-verbal de saisie, 23. A ce jour, la défenderesse n'a déposé aucun mémoire de réponse. EN DROIT 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) de la défenderesse 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 ratione loci, dans la mesure où le cabinet de la défenderesse y est installé à titre permanent. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La demande respecte les conditions de forme prescrites par l'art. 45 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; RS J 3 05) et les articles 64 al. 1 et 65 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RSG E 5 10) applicable par renvoi de l'art. 45 al. 4 LaLAMal, étant précisé que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ne s'appliquent pas à la procédure auprès du tribunal arbitral cantonal (art. 1 al. 2 let. e LAMal). La demande est dès lors recevable. 3. Le litige porte tout d'abord sur la question de savoir si la restitution par la défenderesse d'un montant total de CHF 256'140.60 (CHF 39'689.60 + CHF 61'556.- + CHF 87'174.- + CHF 67'721.-), à titre de rétrocession pour les années 2010 à 2013, aux différentes caisses-maladie concernées, à raison de traitements jugés non économiques prodigués par elle et remboursés par l'assurance obligatoire des soins ces années-là, est fondée. 4. De jurisprudence constante, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'assureur-maladie a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement des prestations (cf. art. 25 al. 2 LPGA). Le délai de péremption d'une année commence à courir au moment où la statistique des factumeurs (RSS ; Rechnungssteller-Statistik) de Santéuisse est portée à la connaissance des assureurs-maladie, soit, au plus tôt, à la date de la "préparation des données" figurant sur ces mêmes statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_968/2009 du 15 décembre 2010, consid. 2.3 non publié à l'ATF 136 V 415 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C__205/2008 du 19 décembre 2008 consid. 2.2). Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité

de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Si la demande de restitution a été formulée dans les délais, la péremption est définitivement exclue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2).!endif>![if> Là où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire et où, par conséquent, une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est sauvegardé par un acte préalable par lequel le créancier (assureur -maladie) fait valoir de manière appropriée sa créance (en restitution des prestations) contre le débiteur (fournisseur de prestations) (ATF 133 V 579 consid. 4). 4.1 Pour l'année 2010, Santésuisse a, par envoi recommandé du 12 juillet 2012, informé l'intéressée, calculs et données statistiques établies le 13 juillet 2011 à l'appui, qu'elle était débitrice CHF 39'689.60 à titre de rétrocession pour l'année 2010. Pour l'année 2011, Santésuisse a porté à la connaissance de la défenderesse les statistiques établies le 13 juillet 2012, par envoi recommandé du 3 mai 2013, tout en lui réclamant le paiement de CHF 67'549.-. Pour l'année 2012, Santésuisse a porté à la connaissance de la défenderesse les statistiques établies le 15 juillet 2013, par envoi recommandé du 20 mars 2014, tout en lui réclamant le paiement de CHF 89'372.-. Pour l'année 2013, Santésuisse a porté à la connaissance de la défenderesse les statistiques établies le 15 juillet 2014, par envoi recommandé du 14 octobre 2014, tout en lui réclamant le paiement de CHF 67'549.-. Ce faisant, force est d'admettre que les demanderesses ont fait valoir de manière appropriée, respectivement en temps utile, leur créance en restitution des prestations contre la défenderesse, au sens de la jurisprudence précitée. Dès lors, dans la mesure où les demanderesses ont déposé leur requête en paiement correspondante le 14 juillet 2015, le délai de péremption a été respecté. 5. Il convient maintenant d'examiner si, comme le soutiennent les demanderesses, la facturation de la défenderesse pour les années litigieuses relève de polypragmasie.!endif>![if> 6. 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. 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 de ces deux méthodes (consid. 4.1 non publié in ATF 133 V 37 ; consid. 6.1 non publié in ATF 130 V 377 ; ATF 119 V 448 consid. 4). Les tribunaux arbitraux restent en principe libres de choisir la méthode d'examen même si la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique qui est en règle générale appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2010 du 27 décembre 2011, consid. 4.2). 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 (notamment arrêt du Tribunal fédéral K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.2 non publié in ATF 133 V 37). 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 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 (« Überarztung ») 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).

!> 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 in fine) et, cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 consid. 4.7.2). 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 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 5.2.3). Cette marge 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). Les résultats fournis par la méthode statistique ne constituent toutefois pas une présomption irréfragable, dans la mesure où le médecin concerné a toujours la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de ses confrères appartenant à son groupe de comparaison (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 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 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'ATFA non publié K 150/03 du 18 mai 2004).

L'obligation de restitution fondée sur l'art. 56 al. 2 LAMal ne peut englober que les coûts directement liés à la pratique du médecin (y compris les médicaments délivrés par lui : ATF 137 V 43 consid. 2.5). L'exclusion des coûts indirects de l'obligation de restitution ne modifie en rien la pratique selon laquelle l'examen du caractère économique de la pratique médicale doit se faire sur la base d'une appréciation globale de la situation, au sens de la jurisprudence publiée aux ATF 133 V 37, selon laquelle l'indice de l'ensemble des coûts est en principe déterminant. Ne constitue pas, par exemple, une pratique médicale contraire au principe de l'économicité, la pratique qui, tout en étant à l'origine d'importants coûts directs, engendre des coûts indirects limités et des coûts globaux (directs et indirects) dans la moyenne, voire inférieurs à celle-ci parce que le médecin concerné conduit personnellement de nombreux traitements qu'un autre médecin aurait délégué en principe à des tiers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2012 précité consid. 5.2.4 ; ATF 137 V 43 consid. 2.5.6) (pour une énumération des particularités justifiant une telle pratique, cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.3, non publié in ATF 130 V 377 ; K 9/99 du 29 juin 2001 consid. 6c ; voir également CHRISTIAN SCHÜRER, Honorarrückforderung wegen Überarztung bei ambulanter ärztlicher Behandlung - Materiellrechtliche Aspekte, in Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, Schaffhauser/Kieser [éd.], 2001, p. 88; GEBHARD EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, 2003, p. 233 n. 674 ss). Autrement dit, si l'indice des coûts globaux (directs et indirects) se situe dans la marge de tolérance, le principe d'économicité n'est pas violé. Dans le cas contraire, il convient d'examiner - dans un second temps - si les coûts directs dépassent la marge de tolérance. Si tel n'est pas le cas, il n'existe aucune obligation de restitution malgré

l'existence d'une pratique médicale non économique (ATF 137 V 43 consid. 3.1). Des sanctions au sens de l'art. 59 al. 1 let. a, c ou d LAMal peuvent néanmoins s'imposer (ATF 137 V 43 consid. 2.5.4 48 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3.5). 7. Le Tribunal établit les faits d'office et apprécie librement les preuves (art. 45 al. 3 LaLAMal). 8. En l'occurrence, afin de s'opposer aux prétentions des demanderesse pour les années litigieuses de 2010 à 2013, la défenderesse s'est limitée à contester, de manière toute générale, le bien-fondé de l'arrêt Tribunal fédéral du 12 avril 2013 et du jugement du Tribunal arbitral du 31 août 2012, tout en réaffirmant qu'elle ne voyait pas comment réduire ses coûts. Dans son arrêt, la Haute Cour a confirmé, à la suite du jugement du Tribunal arbitral, que la défenderesse avait violé le principe d'économicité pour les années 2004 à 2007, faute pour cette dernière de pouvoir se targuer de particularités liées à sa pratique médicale qui justifieraient un coût moyen plus élevé et, partant, l'admission d'une marge supplémentaire ajoutée à la marge de tolérance de 130% retenue initialement par Santésuisse. La défenderesse n'ayant fait valoir à cet égard aucune argumentation nouvelle, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des considérations précitées du Tribunal fédéral, et, partant, de remettre en cause, quant à son principe, le bien-fondé des nouvelles prétentions des demanderesse formulées au titre de polypragmasie dans le cadre de la présente procédure pour les années 2010 à 2013. Par ailleurs, bien que la défenderesse ait demandé à Santésuisse de lui indiquer comment réduire ses coûts, il n'appartient pas à cette association, ni a fortiori au Tribunal de céans, de lui expliquer comment rendre sa pratique moins onéreuse. On se bornera néanmoins à observer à cet égard, par exemple, que l'indice des coûts directs 2012 et 2013 pour "médicaments cabinets médical" a bondi à 884, respectivement à 1222, alors qu'il était à 149 en 2011, et même à 103 en 2009 et à 53 en 2008, ce qui démontre que la défenderesse a été par le passé en mesure de contenir lesdits coûts. Au demeurant, on peut sérieusement douter de la volonté de la défenderesse de modifier sa pratique à l'avenir, dans la mesure où elle a toujours refusé de donner suite aux propositions d'entretien formulées par Santésuisse afin « de discuter globalement de la situation » (cf. par ex. courrier de Santésuisse du 9 juillet 2013 ; voir aussi convocation en 2000 devant la Commission mixte de l'association des médecins de Genève : cf. ch. 2 de la partie « en fait » de l'arrêt du Tribunal arbitral du 31 août 2012 précité ; courriers de la défenderesse à Santésuisse du 14 novembre 2014 et au Tribunal de céans du 21 novembre 2015). 9. Cela étant, rien ne s'oppose à l'utilisation des statistiques RSS dans le présent cas. 10. D'emblée, il faut constater que les calculs de la polypragmasie auxquels les demanderesse ont procédé pour 2010 et 2012 sont erronés, puisqu'elles ont comparé l'indice des coûts globaux (directs et indirects) de la défenderesse à l'indice des coûts directs du groupe de comparaison. En effet, modifiant sa pratique, le Tribunal fédéral a jugé, dans son arrêt 9C_821/2012 du 12 avril 2013 précité, que seuls les coûts directs étaient, désormais, soumis à l'obligation de restitution et qu'il était erroné de comparer l'indice des coûts globaux (directs et indirects) du médecin concerné à l'indice des coûts directs du groupe de comparaison (ibidconsid. 5.2.4 et 5.4). 10.1 S'agissant par exemple de l'année 2010, les demanderesse ont retenu que la défenderesse avait présenté un indice des coûts par malade (directs et indirects) de 149 et que ses coûts directs s'élevaient à CHF 311'203.-. Compte tenu de la marge de tolérance de 30%, le montant maximum admissible à la charge de l'assurance-obligatoire s'élevait à CHF 271'519.40 (CHF 311'203.- x 130 : 149). Le dépassement en coûts directs se montait donc à CHF 39'689.60 (recte : CHF 39'683.60) (CHF 311'203.- – CHF 271'519.40). 10.2 Au vu de la jurisprudence précitée, ce calcul

aurait toutefois dû s'établir de la manière suivante : Indice des coûts directs de la défenderesse : 151 Total des coûts directs par malade : CHF 755.35 Moyenne des coûts directs par malade du groupe : à CHF 500.20 (CHF 755.35 : 151 x 100) Moyenne des coûts directs par malade du groupe de comparaison (indice 100) : CHF 500.20 Nombre de malades de la défenderesse : 412 Facturation par rapport au coût moyen : 412 x CHF 500.20 = CHF 206'082.- + 30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet : CHF 267'906.60 Chiffre d'affaires de la défenderesse : CHF 311'203.- Différence : CHF : 43'296.40 10.3 Il n'y a toutefois pas lieu d'examiner plus avant les répercussions de cette erreur, dans la mesure où la correction des calculs conduit, comme on vient de le voir, à un résultat plus défavorable pour la défenderesse (soit CHF : 43'296.40 au lieu de CHF 39'683.60). En effet, le Tribunal de céans ne saurait statuer ultra petita (art. 69 al. 1 LPA par analogie), étant précisé que la reformatio in pejus prévue par l'art. 61 let. LPGA n'est pas applicable à la procédure auprès du Tribunal arbitral cantonal, en vertu de l'art. 1 al. 2 let. e LAMal. Le Tribunal de céans s'en tiendra donc aux montants tels que calculés par les demanderesses. 11. Par ailleurs, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral dans l'ATF 137 V 43 précité, il convient encore d'examiner la question de l'économicité, sur la base d'une vision globale de la pratique médicale du médecin concerné, soit au regard de l'ensemble des coûts directs et indirects. En l'occurrence, on ne saurait retenir que la pratique de la défenderesse serait conforme au principe d'économicité, dans la mesure où le dépassement admissible des coûts directs engendrés en 2010, 2011, 2012 et 2013 n'est pas compensé en l'occurrence par des coûts indirects, respectivement des coûts globaux, qui seraient dans la moyenne, voire inférieurs à celle-ci, puisque l'indice de ces derniers était, ces années-là, de 147, respectivement de 170, 175 et 173. 12. En 2011, selon le calcul (non contesté) opéré par les demanderesses, la défenderesse a présenté un indice des coûts directs par malade de 162 et ses coûts directs se sont élevés à CHF 311'476.-. Compte tenu de la marge de tolérance de 30%, le montant maximum admissible à la charge de l'assurance-obligatoire s'élevait ainsi à CHF 249'949.90 (CHF 311'476.- x 130 : 162). Le dépassement en coûts directs s'élève donc à CHF 61'526.- (arrondi) (CHF 311'476.- – CHF 249'949.90) pour 2011. En 2012, la défenderesse a présenté un indice des coûts par malade (directs et indirects) de 172 et ses coûts directs se sont élevés à CHF 356'999.-. Compte tenu de la marge de tolérance de 30%, le montant maximum admissible à la charge de l'assurance-obligatoire s'élevait ainsi à CHF 269'824.80 (CHF 356'999.- x 130 : 172). Le dépassement en coûts directs s'élève donc à CHF 87'174.- (arrondi) (CHF 356'999.- – CHF 269'824.80) pour 2012. En 2013, la défenderesse a présenté un indice des coûts directs par malade de 162 et ses coûts directs se sont élevés à CHF 342'840.-. Compte tenu de la marge de tolérance de 30%, le montant maximum admissible à la charge de l'assurance-obligatoire s'élevait ainsi à CHF 275'118,50 (342'840 x 130 : 162). Le dépassement en coûts directs s'élève donc à CHF 67'721.- (arrondi) (342'840 – 275'118,50) pour cette année-là. Le montant total ainsi dû par la défenderesse s'élève à CHF 256'110,60 (39'683,60 + 61'526 + 87'174 + 67'721) pour les années 2010 à 2013. 13. La prétention des demanderesses en paiement d'intérêts moratoires correspondants de 5% l'an dès le 1 er janvier 2010, respectivement les 1 er janvier 2011, 2012 et 2013, doit être écartée. En effet, ni la LAMal, ni les règles matérielles de la LPGA (applicables en vertu de l'art. 1 al. 2 let. e LAMal a contrario), ne prévoient le paiement d'intérêts moratoires dans les contestations portées devant le tribunal arbitral et opposant un médecin à une caisse-maladie en matière de polypragmasie (ATAS/1253/2013 du 10 décembre 2013 consid. 6). Le dossier ne contient pas non plus une éventuelle convention des parties sur ce

point (ATF 117 V 352 consid. 2). Il n'existe pas davantage de circonstances particulières qui justifieraient d'admettre, à titre exceptionnel, une obligation de verser des intérêts moratoires en l'occurrence (ATF 119 V 81 consid. 3 et 4). [endif]>[if> 14. Il convient encore d'examiner la requête des demanderessees visant à ce que le Tribunal de céans prononce l'exclusion définitive de la défenderesse de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, motif pris qu'elle a contrevenu de manière répétée au principe de l'économicité. [endif]>[if> 15. Selon 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. [endif]>[if> Aux termes de l'art. 59 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de qualité des prestations prévues dans la loi (art. 56 et 58) ou dans un contrat font l'objet de sanctions. Celles-ci sont : a. l'avertissement ; [endif]>[if> b. la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée ; c. l'amende ; d. en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Tribunal arbitral au sens de l'art. 89 prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs (cf. art. 59 al. 2 LAMal ; voir aussi EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 258). Il sied en effet de rappeler que les assureurs-maladie sont tenus, de par la loi, à veiller eux-mêmes à ce que les prestations allouées soient efficaces, appropriées et économiques (cf. François-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in : Mélanges pour le 75ème anniversaire du Tribunal fédéral des assurances, Berne 1992, p. 537). S'agissant de la mesure de la sanction, il convient d'appliquer le principe de proportionnalité (ATF 120 V 481 consid. 4 ; ATF 106 V 43 consid. 5c. A teneur de l'art. 59 al. 3 LAMal, constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles visées à l'al. 1 : a. le non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 al. 1 ; b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information au sens de l'art. 57 al. 6 ; c. l'obstruction aux mesures de garantie de la qualité prévue à l'art. 58 ; d. le non-respect de la protection tarifaire visé à l'art. 44 ; e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56 al. 3 ; f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité. 16. En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que, depuis de nombreuses années, la défenderesse a présenté des indices de coûts par patient sensiblement plus élevés que la moyenne de 100 de ses confrères et supérieurs à l'indice de 130 (marge de tolérance comprise) à partir duquel il y a présomption d'un cas de polypragmasie. On peut mentionner à cet égard les chiffres suivants, tels qu'ils ressortent des statistiques : [endif]>[if> - année 2002 : indice coûts directs par malade: 181 indice coûts totaux : 171 - année 2003 : 202 187 - année 2004 : 163 156 - année 2005 : 141 135 - année 2006 : 152 143 - année 2007 : 151 142 - année 2008 : 156 155 - année 2009 : 152 151 - année 2010 : 151 149 - année 2011 : 162 166 - année 2012 : 169 172 - année 2013 : 162 168 - année 2014 : 168 170 De surcroît, la défenderesse a déjà été condamnée par le Tribunal arbitral à restituer aux demanderessees la somme totale de CHF 130'483.95 pour non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal, pour les années 2004 à 2007, montant dont elle ne s'est jamais acquittée. Bien plus, il apparaît que la défenderesse a tenté d'échapper à ses créancières, en ayant fait opposition à la poursuite

intentée à son encontre en dépit de l'arrêt du Tribunal fédéral du 12 avril 2013 confirmant définitivement sa condamnation au paiement dudit montant. A cela s'ajoute qu'au mépris de l'arrêt du Tribunal fédéral du 12 avril 2013 (portant sur les années 2004 à 2007), la défenderesse n'a pris, en 2013 et 2014, aucune disposition en vue de respecter le principe de l'économicité des prestations prescrit par la LAMal et a persisté à pratiquer une médecine dispendieuse. Cela étant, force est de constater que la défenderesse n'a pas respecté, de manière répétée, les exigences relatives au caractère économique prévues dans la loi de sorte qu'une sanction s'impose au sens de l'art. 59 al. 3 let. a LAMal. 16.1 Compte tenu de la durée du comportement incriminé (depuis 2002) et de l'attitude de la défenderesse, qui persiste, quoiqu'elle en dise, à refuser de remettre en cause sa pratique dispendieuse à ce jour, le Tribunal de céans considère qu'une exclusion temporaire de six mois de toute pratique à la charge de l'assurance obligatoire des soins constitue une mesure appropriée. A titre de comparaison, on relèvera que le comportement de la défenderesse apparaît globalement moins grave que celui ayant donné lieu à l'arrêt K 45/04 du 25 janvier 2006. Dans cette affaire, le Tribunal fédéral des assurances avait confirmé l'exclusion de deux ans à l'encontre d'un médecin ayant régulièrement pratiqué de manière polypragmasique entre 1971 et 2011 et ayant fait l'objet d'une demi-douzaine d'arrêts le condamnant à rembourser la somme globale de CHF 1'544'920.- pour la période de 1981 à 1993 (comp. aussi avec l'ATF 106 V 40 prononçant une exclusion de deux ans et demi dans le cas d'une polypragmasie de plusieurs années - "jahrelang massiv überarztet" -, le médecin ayant de surcroît fait l'objet de plusieurs condamnations pénales). Certes, s'agissant plus particulièrement des années 2002, 2003, et 2008 à 2014, la défenderesse n'a pas fait l'objet d'une condamnation (définitive) pour polypragmasie, contrairement à la période de 2004 à 2007, sanctionnée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 12 avril 2013. Il n'en reste pas moins que, devant le Tribunal de céans, l'intéressée n'a développé aucun élément nouveau à cet égard (se limitant à manifester son désaccord général à l'égard de sa condamnation précédente et renonçant même à déposer un mémoire de réponse dans le cadre de la présente procédure), élément qui eût permis au Tribunal fédéral d'aboutir, le cas échéant, à une solution différente s'il avait été également saisi de prétentions en remboursement au titre de la polypragmasie pour ces années-là (cela du moins jusqu'à l'année statistique 2012 précédent le prononcé de son arrêt), ni, au demeurant, s'il devait être saisi pour les années 2013 ou 2014. En tout état, la présentation d'un éventuel argument nouveau pour la première fois devant le Tribunal fédéral devrait être considéré, dans ces circonstances, comme contraire au principe de la bonne foi (ATF 133 III 638 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_642/2015 du 29 juillet 2016 consid. 5.2). 17. La procédure par-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, frais d'expertise, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émolument global n'excédant pas CHF 15'000.-. Le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (cf. art. 46 al. 2 LaLAMal). [endif]>![if> Succombant, la défenderesse supportera les frais du Tribunal de CHF 6'287.25, ainsi qu'un émolument de justice de CHF 2'000.-. Elle sera également condamnée à verser aux demanderesses, prises conjointement et solidairement, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à leurs frais et dépens. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES: Statuant A la forme : 1. Déclare la demande recevable. [endif]>![if> Au fond : 2. Condamne la défenderesse à restituer, pour les statistiques 2010, à ARCOSANA AG, ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT,

AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA, AVANEX VERSICHERUNGEN AG, AVENIR ASSURANCES, CAISSE MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, CMBB CAISSE-MALADIE, CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, EGK GRUNDVERSICHERUNGEN, GROUPE MUTUEL, HELSANA ASSURANCE SA, HERMES CAISSE-MALADIE ET ACCIDENTS, INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, KOLPING KRANKENKASSE AG, KPT/CPT ASSURANCE SA, LA CAISSE VAUDOISE, MOOVE SYMPANY AG, MUTUEL ASSURANCES, OKK SUISSE SA , UISSE SA, PHILOS CAISSE-MALADIE ET ACCIDENT, PROGRES ASSURANCES SA, SANATOP VERSICHERUNGEN AG, SANITAS RANKENVERSICHERUNG, SUPRA CAISSE MALADIE, SWICA KRANKENVERSICHERUNG, UNIVERSA CAISSE-MALADIE et ACCIDENTS, VISANA AG, prises conjointement et solidairement, CHF 39'683.60 en mains de SANTESUISSE, à charge pour elle de procéder à la répartition.!

3. Condamne la défenderesse à restituer, pour les statistiques 2011, à ARCOSANA AG, ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, AUXILIA

ASSURANCE-MALADIE SA, AVANEX VERSICHERUNGEN AG, AVENIR ASSURANCES, CAISSE MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, CMBB CAISSE-MALADIE, CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, EGK GRUNDVERSICHERUNGEN, GROUPE MUTUEL, HELSANA ASSURANCE SA, HERMES CAISSE-MALADIE ET ACCIDENTS, INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, KOLPING KRANKENKASSE AG, KPT/CPT ASSURANCE SA, LA CAISSE VAUDOISE, MOOVE SYMPANY AG, MUTUEL ASSURANCES, OKK SUISSE SA , UISSE SA, PHILOS CAISSE-MALADIE ET ACCIDENT, PROGRES ASSURANCES SA, SANATOP VERSICHERUNGEN AG, SANITAS RANKENVERSICHERUNG, SUPRA CAISSE MALADIE, SWICA KRANKENVERSICHERUNG, UNIVERSA CAISSE-MALADIE et ACCIDENTS, VISANA AG, prises conjointement et solidairement, CHF 61'526.- en mains de SANTESUISSE, à charge pour elle de procéder à la répartition.!

4. Condamne la défenderesse à restituer, pour les statistiques 2012, à ARCOSANA AG, ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, AUXILIA

ASSURANCE-MALADIE SA, AVANEX VERSICHERUNGEN AG, AVENIR ASSURANCES, CAISSE MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, CMBB CAISSE-MALADIE, CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, EGK GRUNDVERSICHERUNGEN, GROUPE MUTUEL, HELSANA ASSURANCE SA, HERMES CAISSE-MALADIE ET ACCIDENTS, INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, KOLPING KRANKENKASSE AG, KPT/CPT ASSURANCE SA, LA CAISSE VAUDOISE, MOOVE SYMPANY AG, MUTUEL ASSURANCES, OKK SUISSE SA , UISSE SA, PHILOS CAISSE-MALADIE ET ACCIDENT, PROGRES ASSURANCES SA, SANATOP VERSICHERUNGEN AG, SANITAS RANKENVERSICHERUNG, SUPRA CAISSE MALADIE, SWICA KRANKENVERSICHERUNG, UNIVERSA CAISSE-MALADIE et ACCIDENTS, VISANA AG, prises conjointement et solidairement, CHF 87'174.- en mains de SANTESUISSE, à charge pour elle de procéder à la répartition.!

5. Condamne la défenderesse à restituer, pour les statistiques 2013, à ARCOSANA AG,

ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA, AVANEX VERSICHERUNGEN AG, AVENIR ASSURANCES, CAISSE MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, CMBB CAISSE-MALADIE, CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, EGK GRUNDVERSICHERUNGEN, GROUPE MUTUEL, HELSANA ASSURANCE SA, HERMES CAISSE-MALADIE ET ACCIDENTS, INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, KOLPING KRANKENKASSE AG, KPT/CPT ASSURANCE SA, LA CAISSE VAUDOISE, MOOVE SYMPANY AG, MUTUEL ASSURANCES, OKK SUISSE SA , UISSE SA, PHILOS CAISSE-MALADIE ET ACCIDENT, PROGRES ASSURANCES SA, SANATOP VERSICHERUNGEN AG, SANITAS RANKENVERSICHERUNG, SUPRA CAISSE MALADIE, SWICA KRANKENVERSICHERUNG, UNIVERSA CAISSE-MALADIE et ACCIDENTS, VISANA AG, prises conjointement et solidairement, CHF 67'721.- en mains de SANTESUISSE, à charge pour elle de procéder à la répartition.![endif]>![if> 6. Prononce l'exclusion de six mois de la défenderesse de toute pratique à la charge de l'assurance obligatoire des soins.![endif]>![if> 7. Met les frais du Tribunal de CHF 6'287.25 et un émolument de justice de CHF 2'000.- à la charge de la défenderesse. ![endif]>![if> 8. Condamne la défenderesse à verser aux demandresses, solidairement entre elles, une indemnité de procédure de CHF 2'000.-.![endif]>![if> 9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Irène PONCET Le président Jean-Louis BERARDI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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