

VD_FINDINFO Jug / 2024 / 499 vom 11. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2024___499

FR: VD_FINDINFO Jug / 2024 / 499 du 11 février 2025

IT: VD_FINDINFO Jug / 2024 / 499 del 11 febbraio 2025

Regeste

ADÉQUATION, VALEUR INTRINSÈQUE, SPÉCIALITÉ{EN GÉNÉRAL},
TRIBUNAL DES ASSURANCES, PSYCHIATRIE, DÉLAI LÉGAL, PÉREMPTION,
FOURNISSEUR DE PRESTATIONS | 32 LAMal, 56 LAMal, 59 LAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Tribunal arbitral Jug / 2024 / 499

ADÉQUATION, VALEUR INTRINSÈQUE, SPÉCIALITÉ{EN GÉNÉRAL},
TRIBUNAL DES ASSURANCES, PSYCHIATRIE, DÉLAI LÉGAL, PÉREMPTION,
FOURNISSEUR DE PRESTATIONS | 32 LAMal, 56 LAMal, 59 LAMal

TRIBUNAL CANTONAL T. arb. 11/23 - 3/2025 ZK23.039115 Tribunal Arbitral des assurances _____ Jugement du 11 février 2025 _____ Composition :

M. Piguet , président Mmes Antonazzo et Baumgartner, arbitres Greffière : Mme Simonin ***** Cause pendante entre :
Supra-1846 SA , à Lausanne, Concordia Assurance suisse de maladie et accidents SA , à Lucerne, Atupri Assurance de la SANTé SA , à Berne, Avenir Assurance Maladie SA , à Martigny, KPT Caisse-maladie SA , à Berne, EGK Grundversicherungen AG , à Laufen, Swica Assurance-maladie SA , à Winterthur, Mutuel Assurance Maladie SA , à Martigny, Sanitas Grundversicherungen AG , à Zurich, Assura-Basis SA , à Pully, Visana SA , à Berne, Helsana Assurances SA , à Dübendorf, demanderesses, toutes représentées par santésuisse SA, à Soleure, elle-même représentée par Mes Valentin Schumacher et Franziska Waser, avocats à Fribourg, et A. _____ , à [...], défendeur. _____

Art. 32, 56, 59 LAMal E n f a i t : Par acte du 13 septembre 2023, Supra-1846 SA et consorts (ci-après : les demanderesses) ont ouvert une action en paiement devant le Tribunal arbitral des assurances du Canton de Vaud (ci-après : le Tribunal arbitral des assurances) contre A. _____, tendant principalement à la restitution, pour l'année 2020, d'un montant de 99'234 fr., calculé sur la base des prestations facturées par le défendeur à l'assurance obligatoire des soins avec la position TARMED 00.0520 en l'absence des valeurs intrinsèques requises (ch. 1.1), ainsi qu'un montant de 24'688 fr. 55, calculé selon l'indice de régression (ch. 1.2). Subsidiairement, les demanderesses ont conclu à la restitution, pour l'année 2020, d'un montant de 97'282 fr. 55 calculé selon son indice de régression. Au surplus, elles ont requis que le défendeur soit averti du fait qu'il encourait une suspension de son droit de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie pour une durée temporaire ou définitive, en cas de récurrence d'une pratique contraire aux principes d'adéquation, d'efficacité et d'économicité. Les demanderesses ont exposé, en substance, que le défendeur avait facturé, en 2020, essentiellement la position TARMED 00.0520 (consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min.) alors qu'il ne répondait pas aux exigences de valeurs intrinsèques

requis. En effet, cette position tarifaire était réservée aux médecins disposant d'un titre FMH en médecine générale, en médecine interne ou en pédiatrie, alors que l'intéressé ne disposait que du titre de médecin praticien. Ainsi, le montant à restituer s'élevait à 125'740 fr., respectivement à 99'234 fr., vu la part de marché des demanderesse de 78,92 %. Se référant à la méthode dite « d'analyse de régression en deux étapes », et au « rapport de régression - année statistique 2020 » concernant le défendeur, les demanderesse ont également relevé que ce dernier présentait un indice de régression des coûts totaux (coûts directs et coûts prescrits) de 447 points, ce qui correspondait à un dépassement de 327 points par rapport au groupe de comparaison des médecins praticiens, compte tenu d'une marge de tolérance de 20 %. Compte tenu de coûts totaux (CT) de 192'974 fr., de coûts totaux directs (CTD) de 168'503 fr., d'un indice de régression des coûts totaux (IR) de 447 points et d'une marge de tolérance de 120 points, le montant à restituer s'élevait à 123'267 fr. 30. Il y avait toutefois lieu de déduire des coûts totaux le montant de 125'740 fr. correspondant aux prestations de psychiatrie que le demandeur n'était pas en droit de facturer. Il en résultait des coûts totaux adaptés de 67'234 fr. (192'974 fr. – 125'740 fr.) et des coûts totaux directs adaptés de 42'763 fr. (168'503 fr. – 125'740 fr.). Ainsi, le montant à restituer s'élevait à 31'283 fr., respectivement à 24'688 fr. 55, vu la part de marché des demanderesse de 78,92 %. Les demanderesse ont également saisi la Commission paritaire SVM - santésuisse d'une demande en conciliation et requis la suspension de la cause devant le Tribunal arbitral des assurances jusqu'à la fin de la procédure de conciliation. Invité à se déterminer sur la suspension de la cause, le défendeur n'a pas répondu dans le délai imparti. Le Président du Tribunal arbitral des assurances a suspendu la cause le 30 octobre 2023. Le 8 février 2024, les demanderesse ont produit le procès-verbal de l'audience de conciliation qui s'est tenue le 15 janvier 2024 devant la Commission paritaire SVM - santésuisse, duquel il ressort que la conciliation n'a pas pu être tentée, le Dr A. _____ ne s'étant pas présenté. Par courrier du 13 février 2024, le Président du Tribunal arbitral des assurances a informé les parties que la procédure était reprise et a imparti un délai au défendeur au 13 mars suivant pour déposer sa réponse. Le défendeur n'a pas répondu. Le 16 mai 2024, le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation à laquelle le défendeur, dûment convoqué, a fait défaut. Les demanderesse ont précisé leurs conclusions en ce sens qu'elles limitaient leurs prétentions au montant de 99'234 francs. Le 17 mai 2024, le Président du Tribunal arbitral des assurances a communiqué le procès-verbal de l'audience aux parties. Par courrier du 21 mai 2024, le Président du Tribunal arbitral des assurances a imparti un nouveau délai au 21 juin 2024 au défendeur pour déposer sa réponse, dans la mesure où les demanderesse avaient modifié leurs conclusions, précisant qu'à défaut de réponse, il statuerait en l'état du dossier et que seraient nommées comme arbitres Mme Heidi Baumgartner et la Docteure Alexandra Antonazzo. Le défendeur n'a pas réagi dans le délai imparti. E n d r o i t : 1. a) D'après l'art. 89 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.1), les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral (al. 1). Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (al. 2). Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (al. 3). Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété,

dans ce cas, par un représentant de chacune des parties (al. 4). b) Dans le canton de Vaud, le Tribunal arbitral des assurances est rattaché à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 36 al. 2 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal vaudois du 13 novembre 2007 ; BLV 173.31.1]). Il est présidé par un juge cantonal désigné par le Président du Tribunal cantonal, ainsi que par deux arbitres désignés pour chaque affaire par son Président (art. 114 al. 1 à 3 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). En pratique, le Président du Tribunal arbitral désigne généralement un arbitre parmi ceux proposés par la partie demanderesse et un arbitre parmi ceux proposés par la partie défenderesse. Pour le surplus, la procédure est régie par les art. 115 ss LPA-VD et par les art. 106 ss LPA-VD relatifs à l'action de droit administratif (par renvoi de l'art. 116 LPA-VD). Ces dispositions renvoient elles-mêmes, pour partie, aux règles de la procédure administrative ou de la procédure de recours de droit administratif prévues par la LPA-VD (art. 109 al. 1 LPA-VD) et, pour partie, aux règles de la procédure civile ordinaire (art. 109 al. 2 LPA-VD et art. 243 al. 3 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Cela étant, les normes auxquelles renvoie l'art. 116 LPA-VD ne sont applicables que par analogie et la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances doit rester simple et rapide ; le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires, qu'il apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Compte tenu de ces exigences de droit fédéral, le Tribunal arbitral des assurances impose une procédure plus ou moins formaliste, proche de la procédure civile ordinaire ou plus proche de la procédure simplifiée prévue par le CPC, selon la valeur litigieuse, la nature du litige qui lui est soumis et les parties en présence. Il fait rectifier les actes de procédure qui ne lui paraissent pas respecter les formes nécessaires (art. 27 al. 5 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 CPC).

c) Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur l'action en restitution déposée le 13 septembre 2023 par les demanderesses et la demande est recevable au plan formel. 2. Le litige porte sur le point de savoir si les demanderesses sont en droit d'exiger le remboursement, par le défendeur, d'un montant de 99'234 fr. (conclusion 1.1 de la demande), étant rappelé qu'elles ont retiré leur conclusion 1.2. qui tendait au paiement, en sus, du montant de 24'688 fr. 55, calculé selon l'indice de régression. 3. A titre liminaire, il convient d'examiner si le droit de demander la restitution des prestations est intervenu dans le délai prévu à cet effet. a) L'art. 25 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'applique par analogie à la péremption du droit de demander la restitution de sommes d'argent versées à tort dans des affaires opposant, comme en l'occurrence, des assureurs et des fournisseurs de prestations (TF 9C_525/2018 du 21 novembre 2018 consid. 3 et les arrêts cités). L'alinéa 2 de cette disposition a été modifié avec effet au 1^{er} janvier 2021 (RO 2020 5137) ; à compter de cette date, cette disposition prévoit que le droit de demander la restitution s'éteint trois ans 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. Malgré la terminologie légale, il s'agit de délais de péremption relatif et absolu (TF 9C_593/2021 du 6 septembre 2021 consid. 3.3.2). Jusqu'au 31 décembre 2020, l'art. 25 al. 2 prévoyait un délai relatif pour demander la restitution d'un an. b) Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1). D'après la jurisprudence, le délai pour demander la restitution commence à courir au moment où les statistiques des factumeurs de santé suisse sont portées à la

connaissance des assureurs-maladie (TF 9C_135/2022 du 12 décembre 2023 consid. 2.2, 9C_593/2021 précité consid. 3.3.2 et les références), c) Vu ce qui précède, il se justifie d'appliquer l'art. 25 al. 2 LPGa dans sa teneur en vigueur au moment de la connaissance par les demanderesse des statistiques de SantéSuisse concernant le défendeur pour l'année 2020, c'est-à-dire le 16 juillet 2021 (cf. pièce 6, rapport de régression pour l'année statistique 2020) ; l'art. 25 al. 2 LPGa dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2021 est donc applicable. Dès lors que les demanderesse ont déposé leur demande devant le tribunal arbitral, respectivement leur requête de conciliation devant la commission paritaire SVM-SantéSuisse le 13 septembre 2023, le délai relatif de trois ans est respecté.

4. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Seules les prestations efficaces, appropriées et économiques sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal. Le fournisseur de prestation doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt du patient et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56 al. 2 LAMal). Outre l'obligation de restituer tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée, l'art. 59 al. 1 LAMal prévoit la possibilité, pour le Tribunal arbitral des assurances, de sanctionner le fournisseur de prestations qui ne respecte pas les exigences relatives au caractère économique et à la qualité des prestations par un avertissement, une amende et, en cas de récurrence, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 59 al. 1 let. a à d LAMal). Le Tribunal arbitral prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs (art. 59 al. 2 LAMal). Cette dernière disposition implique que le Tribunal arbitral doit être saisi par un assureur ou une fédération d'assureurs pour prononcer une sanction contre un médecin. Une fois saisi, il n'est en revanche pas lié par la mesure proposée par la partie demanderesse, l'objectif du législateur en introduisant le catalogue de sanctions de l'art. 59 LAMal étant de laisser davantage de marge de manœuvre aux tribunaux (sur cet objectif : Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [liberté de contracter] du 26 mai 2004, FF 2004 p. 4077). Le Tribunal arbitral veillera toutefois au respect du droit d'être entendu du fournisseur de prestations concerné et ne prononcera pas, sans lui laisser l'opportunité de se déterminer, une sanction à laquelle il n'a pas à s'attendre au regard du déroulement de la procédure et, notamment, de l'échange d'écritures entre les parties.

b) D'après l'art. 35 al. 1 LAMal (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal. Ces fournisseurs de prestations sont notamment les médecins (art. 35 al. 2 let. a LAMal [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), s'ils sont titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral (art. 36 al. 1 LAMal [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

5. a) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération. Il peut notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (art. 43 al. 2 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par

l'autorité compétente (art. 43 al. 4 LAMal). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 5 LAMal). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43 al. 6 LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire) (art. 44 al. 1 LAMal).

b) Conformément à ce qui précède, la Fédération des médecins suisses et SantéSuisse ont adopté le 5 juin 2002 la Convention-cadre Tarmed, qui introduit une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse (ci-après : structure tarifaire Tarmed), pour les prestations des médecins exerçant en pratique privée et ceux fournissant des prestations selon les formes d'assurance particulière (HMO, modèle de médecin de premier recours, etc.) (art. 1 et 2 de la Convention-cadre Tarmed). En raison de différends entre les partenaires tarifaires sur l'adaptation de la convention, le Conseil fédéral a édicté, le 20 juin 2014, l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), qu'il a par la suite adaptée régulièrement. Cette ordonnance définit la Convention-cadre Tarmed, avec les adaptations apportées par le Conseil fédéral, selon son annexe 1, comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse (art. 2 de l'ordonnance). La structure tarifaire Tarmed contient des dispositions qui garantissent la qualité des prestations non seulement en termes d'économicité, mais également d'efficacité et d'adéquation, notamment en réservant certaines prestations à des médecins disposant d'une formation spécialisée. Le chiffre 10 du chapitre « Interprétations Générales » précise ainsi, sous le titre « Valeur intrinsèque », que « Les prestations ne peuvent être facturées que par les spécialistes répondant aux exigences de valeur intrinsèque qualitative et, le cas échéant, quantitative liées à ces prestations (exigences de formation postgraduée et continue, notamment titre de spécialiste et formations approfondies, attestations de formation complémentaire et certificats d'aptitude technique) ». La structure tarifaire Tarmed à laquelle se réfère l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie répond ainsi également au mandat donné par le législateur fédéral au Conseil fédéral de prendre les mesures nécessaires à garantir la qualité et l'adéquation des prestations (art. 58 al. 1 à 3 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 mars 2021 ; voir également art. 58h LAMal, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} avril 2021).

c) aa) La structure tarifaire Tarmed prévoit que les différentes prestations relevant de la psychiatrie et de la psychothérapie (sous chiffre 02), ne peuvent être facturées que par des médecins disposant d'un titre FMH de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ou en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ou d'un titre étranger reconnu comme équivalent en Suisse. Des prestations de psychothérapie déléguée, effectuées par un psychologue, peuvent par ailleurs être facturées aux conditions prévues par le chiffre 2.03. La psychothérapie déléguée est notamment limitée « au maximum par médecin à 4 thérapeutes et/ou 100 heures par semaine ». La Commission paritaire d'interprétation (CPI), constituée conformément à l'art. 16 de la Convention-cadre Tarmed, a précisé cette condition en ce sens que la limitation concerne uniquement l'aspect temporel (maximum 100 heures par semaine), indépendamment du nombre de thérapeutes (décision I■13001 « Adaptation de l'IC-02.03-1 [Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical], valable dès le 1^{er} avril 2013 ; cf. pièce D 17, ainsi que la liste des décisions de la CPI sur le site internet de la

FMH [www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/groupe-travail.cfm, consulté le 11 février 2022]). bb) Les médecins disposant d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale peuvent également facturer certaines prestations dans le domaine psychiatrique, sous la position tarifaire 00.0520 : consultation psychiatrique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 minutes. Cette position peut être utilisée pour une intervention de crise, le traitement de comportements addictifs et des addictions (substances psychotropes, alcool, nicotine), pour la prise en charge lors d'affections fonctionnelles ou psychosomatiques, de troubles du développement psychique de l'enfant ou de l'adolescent, ou encore lors d'affections psychiques chroniques. Les médecins ne disposant pas d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, et notamment les médecins praticiens, ne peuvent pas facturer la position Tarmed 00.0520. Le fait que Tarmed mentionne sous cette position, sous « remarques », un point médical de 9.69 pour les médecins praticiens, au lieu de 10.42, découle uniquement de l'application d'une réduction linéaire (« facteur d'échelle ») de 0.93 des points médicaux pour les médecins disposant uniquement d'un diplôme de médecin praticien (Tarmed, Interprétation générale 52). Pour des raisons techniques, cette réduction a été reportée sous « remarques » pour toutes les positions tarifaires Tarmed, y compris celles qui ne peuvent pas être facturées par les médecins ne disposant pas d'autre diplôme que celui de médecin praticien (Office fédéral des assurances sociales, Réponses aux questions fréquemment posées sur les adaptations apportées à la structure tarifaire TARMED au 1^{er} janvier 2018, Foire aux questions [FAQ], version du 5 juillet 2019, consulté sur le site de l'Office fédéral des assurances sociales www.bag.admin.ch le 6 décembre 2024, sous la rubrique Assurances sociales/Assurance-maladie et accidents/Informations concernant l'assurance-maladie/Prestations et tarifs/Prestations médicales/Tarmed/documents). On ne peut pas en déduire qu'un médecin praticien sans titre de spécialiste en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, est en droit de fournir et de facturer des prestations relevant de la position 00.0520.

6. Le Dr A. _____ est inscrit au Registre des professions médicales, tenu par le Département fédéral de l'intérieur conformément à l'art. 51 LPMéd (loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires ; RS 811.11), comme titulaire d'un diplôme fédéral de médecin depuis 1994 et comme titulaire du titre postgrade fédéral de médecin praticien, depuis 2009. Il ressort des données statistiques produites par les demanderesses (pièce 14), ainsi que de leurs allégations non contestées, qu'il facture 77,28 % de ses prestations sous la position tarifaire 00.0520. Il contourne très probablement, par ce moyen, l'exigence d'un titre postgrade fédéral de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nécessaire pour dispenser et facturer des prestations relevant des positions tarifaires mentionnées sous le chapitre 2 de Tarmed. A cela s'ajoute qu'il ne dispose pas d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, de sorte qu'il n'est pas en droit de dispenser et facturer des prestations relevant de la position tarifaire 00.0520, même de manière moins importante quantitativement. Les prestations correspondantes ne peuvent ainsi pas être qualifiées d'adéquates, efficaces et économiques et ont été facturées et payées à tort. Les demanderesses sont en droit d'exiger la restitution des montants payés ensuite de factures fondées sur cette position tarifaire, sur la base des art. 56 al. 2 et 59 al. 1 let. b LAMal. Le montant total des prestations facturées à tort s'élève à 125'740 fr. pour l'année 2020, comme cela ressort des données statistiques produites par les demanderesses (pièce 14). Compte tenu de la part du marché des demanderesses en 2020 qui était de 78,92% (cf. pièce 5), le montant à restituer par le défendeur s'élève à 99'234 fr. (125'740 fr. x 78,92 %).

7. Au

vu de la pratique du défendeur, la question d'une interdiction de pratiquer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins se pose très sérieusement. Il ressort toutefois du texte clair de l'art. 59 al. 1 let. d LAMal qu'une telle exclusion ne peut être prononcée qu'en cas de récidive. Or, si le défendeur a déjà été rendu attentif par le tribunal de céans, dans deux arrêts des 13 avril 2022 (T. arb. 12/20 – 3/2022) et 22 août 2022 (T. arb. 6/21 – 7/2022), que sa pratique posait problème et si, en outre, il a reçu un avertissement formel dans le deuxième arrêt précité, il n'en demeure pas moins que lesdits arrêts lui ont été notifiés postérieurement à l'année 2020 à laquelle remonte sa pratique mise en cause dans la présente procédure. On ne peut donc pas parler de récidive après avoir été mis en garde. Par ailleurs, compte tenu de ce raisonnement déjà appliqué par le Tribunal arbitral des assurances dans son précédent jugement du 22 août 2022, les demanderesses ont renoncé à requérir le prononcé d'une interdiction de pratiquer. Il convient en revanche d'avertir une nouvelle fois le Dr A. _____ qu'une telle récidive pourrait entraîner, à l'avenir, une exclusion de son droit de pratiquer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie. 8. Les demanderesses obtiennent gain de cause. Les frais de procédure, par 5'000 fr., sont donc entièrement mis à la charge du défendeur, mais sont compensés avec les avances de frais effectuées par les demanderesses. Le défendeur versera à ces dernières une indemnité de dépens de 7'000 fr. Ce montant comprend des débours de 5'000 fr. pour les frais avancés par les demanderesses. Par ces motifs, Le Tribunal arbitral des assurances prononce : I. La demande est admise. II. A. _____ est condamné à restituer aux demanderesses, solidairement entre elles, un montant de 99'234 fr. (nonante-neuf mille deux cent trente-quatre francs) pour l'année 2020. III. A. _____ est averti du fait qu'il encourt une suspension de son droit de pratiquer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins, pour une durée temporaire ou définitive, en cas de récidive d'une pratique contraire aux principes d'adéquation, d'efficacité et d'économicité. IV. Les frais de procédure sont arrêtés à 5'000 fr. (cinq mille francs) et mis à la charge de A. _____. Ces frais sont intégralement compensés avec les avances de frais versées par les demanderesses. V. A. _____ versera aux demanderesses la somme de 7'000 fr. (sept mille francs) à titre de dépens ainsi que de restitution d'avances de frais de procédure. Le président : La greffière : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Mes Valentin Schumacher et Franziska Waser (pour santésuisse et les demanderesses), ■ A. _____, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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