

VD_FINDINFO Jug / 2014 / 352 vom 10. November 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2014___352

FR: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 352 du 10 novembre 2014

IT: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 352 del 10 novembre 2014

Regeste

MÉDECIN CONVENTIONNÉ, DÉBITEUR DES HONORAIRES{AM},
ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, ASSUREUR-MALADIE, CHOIX DU
FOURNISSEUR DE PRESTATIONS, REMBOURSEMENT DE FRAIS{ASSURANCE} |
41 al. 4 LAMal, 42 al. 2 LAMal, 62 al. 1 LAMal, 62 al. 3 LAMal, 89 LAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Tribunal arbitral 10.11.2014 Jug / 2014 / 352

MÉDECIN CONVENTIONNÉ, DÉBITEUR DES HONORAIRES{AM},
ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, ASSUREUR-MALADIE, CHOIX DU
FOURNISSEUR DE PRESTATIONS, REMBOURSEMENT DE FRAIS{ASSURANCE} |
41 al. 4 LAMal, 42 al. 2 LAMal, 62 al. 1 LAMal, 62 al. 3 LAMal, 89 LAMal

TRIBUNAL CANTONAL ZK13.013885 Tarb 12/13 - 5/2014 TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES _____

Jugement du 10 novembre 2014 _____ Présidence de M. Métral
Arbitres : Mmes Despland et Frésard-Fellay, arbitres Greffière : Mme
Brugger ***** Cause pendante entre : S. _____, à Lausanne, au nom de l'Etat de Vaud,
demandeur, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne, et
T. _____, à Lucerne, défenderesse. _____ Art. 41 al. 4, 42 al. 2, 62 al. 1 et 3
et 89 al. 1 LAMal; 42a et 15 al. 3 OCA E n f a i t : A. a) Le B. _____ (ci-après : le
B. _____) et Sanagate SA (ci-après notamment : l'assureur-maladie ou la défenderesse)
ont tous deux adhéré à la Convention-cadre TARMED conclue les 27 mars et 11 juillet
2002 entre santésuisse, d'une part, et H+ Les Hôpitaux suisses, d'autre part (ci-après :
Convention-cadre TARMED). Cette convention a pour objet l'introduction et la mise en
application d'une structure tarifaire uniforme à l'échelle nationale, ainsi que de modalités
uniformes d'indemnisation des hôpitaux par les assureurs dans l'assurance obligatoire des
soins selon l'art. 49 al. 6 LAMal (anciennement : art. 49 al. 5 LAMal). Le B. _____ et
Sanagate SA sont également liés par la Convention relative à la valeur du point taxe
TARMED, conclue par santésuisse, d'une part, et la Fédération des hôpitaux vaudois
(FHV) et le B. _____, d'autre part, le 8 février 2008 (ci-après : Convention relative à la
valeur du point taxe TARMED). Cette convention vaut pour toutes les prestations
ambulatoires ou semi-stationnaires à charge de l'assurance obligatoire des soins, dont les
tarifs sont indiqués dans la Convention-cadre TARMED et qui sont fournies, notamment,
par le B. _____ (cf. art. 1 al. 1 de la Convention relative à la valeur du point taxe
TARMED). Elle stipule, à son art. 7 al. 1, que l'assureur est le débiteur de la rémunération
de la prestation médicale (système du tiers payant). b) Sanagate SA propose plusieurs
modèles alternatifs pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident,
dont l'assurance « du médecin de famille » et l'assurance « SanaCall ». Elle a édicté des

conditions générales pour chacun de ces deux modèles, intitulées respectivement « Règlement (LAMal) l'assurance du médecin de famille » et « SanaCall Règlement (LAMal) ». Le règlement de l'assurance « médecin de famille » prévoit, à son art. 3, que lors de la conclusion de l'assurance, la personne assurée choisit un médecin « coordinateur » sur la liste applicable des médecins Sanagate pour l'assurance du médecin de famille (« liste des médecins Sanagate »). La liste en question est déterminée en fonction du domicile légal de la personne assurée. Il est possible de changer de médecin coordinateur pendant la durée de validité du contrat. L'art. 7.1 du règlement impose à la personne assurée de toujours s'adresser d'abord à son « médecin coordinateur » pour tout traitement. Celui-ci veille, si nécessaire, à ce qu'un traitement et un suivi appropriés soient prodigués par d'autres médecins ou du personnel paramédical. Si la personne assurée fait valoir, en dehors des cas cités aux art. 8, 9.2 et 13 du règlement, directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans que leur médecin coordinateur en ait donné l'ordre préalablement, elle assume l'ensemble des frais qui y sont liés. Les art. 8, 9.2 et 13 du règlement prévoient des exceptions à l'obligation de passer par le « médecin coordinateur » en cas d'absence de ce dernier (l'assuré doit alors s'adresser à son remplaçant ou à un centre de conseil mandaté par Sanagate), en cas d'urgence, ou encore en cas de consultation d'un ophtalmologue ou d'un gynécologue. Le règlement de l'assurance « SanaCall » impose à l'assuré de contacter un centre de télémédecine mandaté par Sanagate SA avant de consulter un fournisseur de prestations ou de commencer un traitement stationnaire ou ambulatoire (art. 1.2 et 5.1). Le centre de télémédecine donne des conseils médicaux à la personne assurée et convient avec elle, si cela est nécessaire, du traitement adéquat et du délai dans lequel une consultation éventuelle d'un fournisseur de prestations doit intervenir ou à quelle fréquence un tel traitement doit avoir lieu dans une période définie. La personne assurée est liée par l'ensemble des recommandations lui ayant été faites à propos du traitement et/ou de la catégorie de fournisseurs de prestations (art. 5.2). Sanagate SA ne rembourse les prestations prévues par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal que si les devoirs de la personne assurée spécifiés dans le règlement ont été respectés. En cas de manquement de la personne assurée aux obligations qui lui incombent, la disposition définie au point 8 du règlement est applicable (art. 6). L'art. 7 du règlement prévoit des exceptions à l'obligation de contacter le centre de télémédecine pour les examens gynécologiques préventifs et les traitements gynécologiques et ophtalmologiques, pour des séances de physiothérapie, d'ergothérapie, de logopédie et pour les consultations de diabétologie ou de diététiques pour lesquelles il a reçu une prescription, en cas de prestations fournies par les sages-femmes et les dentistes, ainsi qu'en cas de traitement d'urgence. Si la personne assurée déroge à ses devoirs tels que définis par le règlement (si elle omet de prendre contact avec le centre de télémédecine ou ne tient pas compte de ses conseils et recommandations, etc.), Sanagate SA ne rembourse pas les traitements de la personne assurée n'ayant pas été recommandés par le centre de télémédecine ou refuse toute prise en charge directe des coûts à l'égard des fournisseurs de prestations (art. 8). c) En mars 2011, Sanagate SA a refusé une garantie de paiement au B. _____, pour un traitement stationnaire dispensé par cet établissement à une assurée. Le 20 juin 2011, l'assureur-maladie a répondu au B. _____, qui avait demandé des éclaircissements sur ce refus, que l'assurée concernée avait souscrit une police d'assurance « médecin de famille » et qu'elle n'avait pas été adressée au B. _____ par son médecin de famille. Se référant à l'art. 41 al. 4 LAMal et à l'art. 7.2 de ses conditions générales relatives à l'assurance « médecin de famille », Sanagate SA en concluait qu'il ne lui appartenait pas de couvrir le cas et que le B. _____ devait adresser sa facture

directement à la patiente. d) Entre le 25 juin 2011 et le 26 janvier 2013, le B. _____ a adressé une série de factures à Sanagate SA, pour des traitements ambulatoires dispensés à des patients qui lui étaient affiliés. Parmi ces factures, Sanagate SA a refusé d'en payer plusieurs, soit parce que les assurés concernés n'avaient pas été adressés au B. _____ par leur médecin de famille, alors qu'ils avaient opté pour le modèle d'assurance « médecin de famille », soit parce qu'ils n'avaient pas fait appel au centre de télémédecine avant de se rendre au B. _____, alors qu'ils avaient opté pour le modèle d'assurance « SanaCall ». Il s'agit des factures suivantes : - n° 2011247280 du 25 juin 2011 : 5'902 fr. 90 - n° 2011256889 du 25 juin 2011 : 409 fr. 60 - n° 2011379021 du 27 août 2011 : 422 fr. 60 - n° 2011659705 du 21 janvier 2012 : 92 fr. 80 - n° 2011670363 du 23 janvier 2012 : 854 fr. 65 - n° 2011665742 du 23 janvier 2012 : 70 fr. 70 - n° 2012027167 du 31 mars 2012 : 306 fr. 00 - n° 2012039257 du 31 mars 2012 : 185 fr. 30 - n° 2012018147 du 31 mars 2012 : 396 fr. 65 - n° 2012021922 du 31 mars 2012 : 362 fr. 75 - n° 2012081581 du 14 avril 2012 : 314 fr. 20 - n° 2012064067 du 14 avril 2012 : 59 fr. 05 - n° 2012135800 du 28 avril 2012 : 277 fr. 35 - n° 2012129588 du 28 avril 2012 : 16 fr. 85 - n° 2012148797 du 28 avril 2012 : 113 fr. 25 - n° 2012120034 du 28 avril 2012 : 240 fr. 45 - n° 2012148561 du 28 avril 2012 : 153 fr. 45 - n° 2012130341 du 28 avril 2012 : 300 fr. 90 - n° 2012146856 du 28 avril 2012 : 234 fr. 40 - n° 2012321890 du 28 juillet 2012 : 690 fr. 15 - n° 2012361850 du 18 août 2012 : 568 fr. 30 - n° 2012392444 du 25 août 2012 : 479 fr. 55 - n° 2012399429 du 25 août 2012 : 509 fr. 40 - n° 2012393318 du 25 août 2012 : 656 fr. 35 - n° 2012416942 du 15 septembre 2012 : 67 fr. 50 - n° 2012443081 du 22 septembre 2012 : 1'783 fr. 05 - n° 2012495602 du 27 octobre 2012 : 1'729 fr. 95 - n° 2012501668 du 27 octobre 2012 : 95 fr. 80 - n° 2012509975 du 27 octobre 2012 : 499 fr. 90 - n° 2012523531 du 27 octobre 2012 : 42 fr. 20 - n° 2012563653 du 24 novembre 2012 : 97 fr. 20 - n° 2012566666 du 24 novembre 2012 : 309 fr. 00 - n° 2012586101 du 24 novembre 2012 : 241 fr. 15 - n° 2012633383 du 15 décembre 2012 : 7'577 fr. 05 - n° 2012658099 du 24 décembre 2012 : 305 fr. 05 - n° 2012662670 du 24 décembre 2012 : 106 fr. 70 - n° 2012691961 du 12 janvier 2013 : 6'287 fr. 45 - n° 2012715034 du 19 janvier 2013 : 447 fr. 30 - n° 2012744316 du 26 janvier 2013 : 2'999 fr. 75 e) Le B. _____ a contesté le refus de Sanagate SA en exposant que la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED instaurait le système du tiers payant. Il en concluait que lorsqu'un assuré avait souscrit une assurance de type « médecin de famille », Sanagate SA était tenue de prendre directement en charge les factures émises par le fournisseur de prestations, à charge pour elle d'en exiger le remboursement par l'assuré lorsque celui-ci avait violé ses obligations contractuelles en ne s'adressant pas préalablement à son médecin de famille (lettres des 21 mars et 20 septembre 2012 à Sanagate SA). Sanagate SA a maintenu son refus de prester (lettre du 3 octobre 2012 au B. _____). B. a) Le 2 avril 2013, l'Etat de Vaud a ouvert une action de droit administratif devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de Sanagate SA au paiement des factures mentionnées ci-avant, avec un intérêt moratoire de 5% dès le 31 ème jour suivant leur date d'émission. b) Le 30 mai 2013, la défenderesse a, préjudiciellement, contesté la recevabilité de la demande, au motif que l'Etat de Vaud n'avait pas saisi préalablement la Commission paritaire cantonale de confiance prévue par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED. c) Le 18 juin 2013, le demandeur s'est déterminé en concluant à la recevabilité de la demande. Le 8 octobre 2013, il a complété sa demande en concluant à la condamnation de Sanagate SA au paiement des factures suivantes, avec intérêt à 5% l'an dès le 31 ème jour suivant leur date d'émission : - n° 2013025379 du 2 mars 2013 : 175 fr.

00 - n° 2013042217 du 2 mars 2013 : 106 fr. 60 - n° 2013021865 du 2 mars 2013 : 36 fr. 75 - n° 2013018185 du 2 mars 2013 : 86 fr. 45 - n° 2013048968 du 2 mars 2013 : 148 fr. 50 - n° 2013061054 du 9 mars 2013 : 2'182 fr. 65 - n° 2013116481 du 23 mars 2013 : 763 fr. 45 - n° 2013086456 du 23 mars 2013 : 30 fr. 50 - n° 2013088457 du 23 mars 2013 : 488 fr. 25 - n° 2013088585 du 23 mars 2013 : 459 fr. 15 - n° 2013088088 du 23 mars 2013 : 94 fr. 05 - n° 2013083029 du 23 mars 2013 : 99 fr. 60 - n° 2013157430 du 20 avril 2013 : 135 fr. 60 - n° 2013165758 du 20 avril 2013 : 158 fr. 75 - n° 2013151017 du 20 avril 2013 : 1'043 fr. 70 - n° 2013171391 du 20 avril 2013 : 103 fr. 35 - n° 2013150196 du 20 avril 2013 : 624 fr. 40 - n° 2013172979 du 20 avril 2013 : 42 fr. 80 - n° 2013178571 du 20 avril 2013 : 43 fr. 70 - n° 2013155448 du 20 avril 2013 : 94 fr. 55 - n° 2013211502 du 18 mai 2013 : 54 fr. 00 - n° 2013212641 du 18 mai 2013 : 181 fr. 85 - n° 2013216880 du 23 mai 2013 : 469 fr. 75 - n° 2013224910 du 25 mai 2013 : 317 fr. 20 - n° 20132200472 du 25 mai 2013 : 41 fr. 75 - n° 2013229760 du 25 mai 2013 : 1'199 fr. 35 - n° 2013286023 du 22 juin 2013 : 205 fr. 70 - n° 2013287235 du 22 juin 2013 : 910 fr. 85 - n° 2013302239 du 22 juin 2013 : 101 fr. 75 - n° 2013286651 du 22 juin 2013 : 416 fr. 20 - n° 2013286885 du 22 juin 2013 : 141 fr. 90 - n° 2013290483 du 22 juin 2013 : 36 fr. 75 - n° 2013296578 du 22 juin 2013 : 140 fr. 65 - n° 2013338251 du 13 juillet 2013 : 1'634 fr. 70 - n° 2013353106 du 27 juillet 2013 : 1'143 fr. 95 - n° 201352364 du 27 juillet 2013 : 743 fr. 25 - n° 2013359394 du 27 juillet 2013 : 183 fr. 95 - n° 2013357731 du 27 juillet 2013 : 71 fr. 80 - n° 2013356199 du 27 juillet 2013 : 234 fr. 30 - n° 2013369588 du 27 juillet 2013 : 385 fr. 45 - n° 2013366731 du 27 juillet 2013 : 218 fr. 40 - n° 2013385947 du 27 juillet 2013 : 544 fr. 85 - n° 2013383132 du 27 juillet 2013 : 432 fr. 10 - n° 2013417051 du 24 août 2013 : 266 fr. 90 - n° 2013413850 du 24 août 2013 : 208 fr. 70 - n° 2013409859 du 24 août 2013 : 492 fr. 30 - n° 2013417213 du 24 août 2013 : 306 fr. 15 d) Le 24 septembre 2013, le B. _____ a écrit aux patients dont le traitement faisait l'objet d'un refus de paiement par Sanagate SA, au motif qu'ils n'avaient pas été adressés au B. _____ par leur médecin de famille, pour les en informer et les inviter à faire ratifier le traitement par ce médecin aussi rapidement que possible. e) Le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation le 11 octobre 2013, sans succès. Il a imparti à la défenderesse un délai échéant le 18 octobre 2013 pour préciser si elle entendait saisir la Commission paritaire cantonale de confiance et, dans ce cas, requérir une suspension de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances jusqu'à ce que la commission paritaire rende un avis. Le 17 octobre 2013, la défenderesse a informé le Tribunal arbitral des assurances qu'elle ne saisirait pas la Commission paritaire cantonale de confiance, « pour des motifs d'économie procédurale ainsi qu'au vu du fait que le B. _____ refuse d'avance d'entrer en matière en ce qui concerne la saisine de la Commission paritaire ». f) Le 25 novembre 2013, la défenderesse a déposé une réponse en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'irrecevabilité de la demande et à la constatation que le Tribunal arbitral des assurances n'est pas « l'autorité compétente pour arbitrer le litige ». A titre subsidiaire, elle a conclu au rejet de la demande, également sous suite de frais et dépens. g) Le 20 février 2014, le demandeur a complété sa demande en concluant au paiement, par la défenderesse, des factures suivantes, avec intérêt à 5% l'an dès le 31 ème jour suivant leur date d'émission : - n° 2013103089 du 23 mars 2013 : 257 fr. 85 - n° 2013415118 du 24 août 2013 : 527 fr. 10 - n° 2013409197 du 24 août 2013 : 324 fr. 90 - n° 2013414509 du 24 août 2013 : 185 fr. 20 - n° 2013423627 du 24 août 2013 : 529 fr. 70 - n° 2013490576 du 28 septembre 2013 : 120 fr. 05 - n° 2013478595 du 28 septembre 2013 : 222 fr. 40 - n° 2013482246 du 28 septembre 2013 : 25 fr. 05 - n° 2013516181 du 10 octobre 2013 : 547 fr. 55 - n° 2013517848 du 12 octobre 2013 : 46 fr. 10 - n° 2013536552 du 26

octobre 2013 : 103 fr. 55 - n° 2013535446 du 26 octobre 2013 : 575 fr. 20 - n° 2013533434 du 26 octobre 2013 : 41 fr. 75 - n° 2013537321 du 26 octobre 2013 : 132 fr. 00 - n° 2013543462 du 26 octobre 2013 : 361 fr. 60 - n° 2013574787 du 9 novembre 2013 : 58 fr. 45 - n° 2013591835 du 23 novembre 2013 : 91 fr. 80 - n° 2013598448 du 23 novembre 2013 : 1'024 fr. 05 - n° 2013620523 du 23 novembre 2013 : 699 fr. 75 - n° 2013629466 du 25 novembre 2013 : 6'155 fr. 55 - n° 2013629466 du 25 novembre 2013 : 5'864 fr. 15 - n° 2013639131 du 7 décembre 2013 : 91 fr. 85 - n° 2013638810 du 7 décembre 2013 : 305 fr. 75 - n° 2013690332 du 21 décembre 2013 : 162 fr. 15 - n° 2013658350 du 21 décembre 2013 : 450 fr. 50 h) Le 25 mars 2014, la défenderesse s'est déterminée en concluant, principalement, à l'irrecevabilité de la demande et, subsidiairement, à son rejet, sous suite de frais et dépens. Le 7 août 2014, à la demande du Tribunal arbitral des assurances, elle a produit la preuve du paiement d'une partie des factures litigieuses. Il en ressort que les factures suivantes ont été payées : - n° 2012027167 (306 fr. 00), le 29 mai 2013, - n° 2012135800 (277 fr. 35), le 24 juillet 2013, - n° 2012129588 (16 fr. 85), le 24 juillet 2013, - n° 2012148797 (113 fr. 25), le 25 mai 2013, - n° 2012120034 (240 fr. 45), le 1^{er} mai 2013, - n° 2012443081 (1'783 fr. 05), le 11 décembre 2013, - n° 2013042217 (106 fr. 60), le 11 décembre 2013, - n° 2013048968 (148 fr. 50), le 11 décembre 2013, - n° 2013061054 (2'182 fr. 65), le 11 décembre 2013, - n° 2013116481 (763 fr. 45), le 11 décembre 2013, - n° 2013088585 (459 fr. 15), le 11 décembre 2013, - n° 2013088088 (94 fr. 05), le 11 décembre 2013, - n° 2013083029 (99 fr. 60), le 27 novembre 2013, - n° 2013157430 (135 fr. 60), le 21 mai 2013, - n° 2013151017 (1'043 fr. 70), le 21 mai 2013, - n° 2013171391 (103 fr. 35), le 21 mai 2013, - n° 2013172979 (42 fr. 80), le 20 novembre 2013, - n° 2013178571 (43 fr. 70), le 11 décembre 2013, - n° 2013155448 (94 fr. 55), le 11 décembre 2013, - n° 2013224910 (317 fr. 20), le 2 octobre 2013, - n° 2013229760 (1'199 fr. 35), le 11 décembre 2013, - n° 2013287235 (910 fr. 85), le 11 décembre 2013, - n° 2013302239 (101 fr. 75), le 20 novembre 2013, - n° 2013286651 (416 fr. 20), le 23 octobre 2013, - n° 2013290483 (36 fr. 75), le 11 décembre 2013, - n° 2013353106 (1'143 fr. 95), le 4 décembre 2013, - n° 2013359394 (183 fr. 95), le 11 décembre 2013, - n° 2013356199 (234 fr. 30), le 11 décembre 2013, - n° 2013369588 (385 fr. 45), le 20 novembre 2013, - n° 2013385947 (544 fr. 85), le 11 décembre 2013, - n° 2013383132 (432 fr. 10), le 11 décembre 2013, - n° 2013417051 (266 fr. 90), le 1^{er} décembre 2013, - n° 2013413850 (208 fr. 70), le 11 décembre 2013, - n° 2013409859 (492 fr. 30), le 4 décembre 2013, - n° 2013417213 (306 fr. 15), le 11 décembre 2013, - n° 2013103089 (257 fr. 85), le 10 avril 2014, - n° 2013415118 (527 fr. 10), le 16 avril 2014, - n° 2013409197 (324 fr. 90), le 16 avril 2014, - n° 2013414509 (185 fr. 20), le 16 avril 2014, - n° 2013423627 (529 fr. 70), le 16 avril 2014, - n° 2013478595 (222 fr. 40), le 15 janvier 2014, - n° 2013482246 (25 fr. 05), le 16 avril 2014, - n° 2013516181 (547 fr. 55), le 16 avril 2014, - n° 2013533434 (41 fr. 75), le 16 avril 2014, - n° 2013537321 (132 fr. 00), le 12 mars 2014, - n° 2013591835 (91 fr. 80), le 16 avril 2014, - n° 2013598448 (1'024 fr. 05), le 5 février 2014, - n° 2013629466 (6'155 fr. 55), le 16 avril 2014, - n° 2013630737 (5'864 fr. 15), le 16 avril 2014, - n° 2013690332 (162 fr. 15), le 5 mars 2014, - n° 2013658350 (450 fr. 50), le 26 février 2014. Le demandeur s'est déterminé le 8 septembre 2014 en demandant que l'acquiescement de ces factures soit traité comme un passé-expédient partiel, les intérêts moratoires restant dus. i) Le 30 octobre 2014, le Tribunal arbitral des assurances a communiqué aux parties qu'ils joignait au dossier la Convention vaudoise d'hospitalisation somatique aigue 2010 (CVHo 2010), ainsi que les conditions générales pour des modèle d'assurance limitant le choix du fournisseur de prestations dans l'assurance obligatoire des soins, émises par diverses

compagnies d'assurance. Il a remis aux parties un exemplaire des conditions générales en question. j) Le Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de jugement le 10 novembre 2014. E n d r o i t : 1. a) Les litiges relevant de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) et opposant un assureur et un fournisseur de prestations sont tranchés par un tribunal arbitral (art. 89 al. 1 LAMal). Le Tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). La notion de litige susceptible d'être soumis au tribunal arbitral doit être entendue au sens large. Il est nécessaire, cependant, que soient en cause des rapports juridiques qui résultent de la LAMal ou qui ont été établis en vertu de cette loi. Il doit par ailleurs s'agir d'un litige entre un assureur-maladie et la personne appelée à fournir des prestations, ce qui se détermine en fonction des parties qui s'opposent en réalité. En d'autres termes, le litige doit concerner la position particulière de l'assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal (ATF 132 V 303 consid. 4.1 et les arrêts cités; 131 V 191 consid. 2). La compétence du tribunal arbitral doit être déterminée au regard des prétentions que fait valoir la partie demanderesse et de leur fondement (arrêt K 5/03 du 15 avril 2004 consid. 2.2, in RAMA 2004 n° KV 285 p. 238). Dans le canton de Vaud, la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances est régie par les art. 113 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 176.36), relatifs à la procédure devant ce Tribunal, 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 (art. 109 al. 2 LPA-VD). 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). Sous réserve 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 des procédures simplifiées ou sommaires prévues par le CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272), 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 LPA-VD). Lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., il applique en principe les règles de la procédure simplifiée prévue par les art. 244 ss CPC, par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD. b) En l'espèce, la demande présentée par l'Etat de Vaud porte sur son droit d'exiger de Sanagate SA le paiement de différentes factures, pour un montant total en capital supérieur à 30'000 fr. Cette demande a été présentée dans les formes prévues par l'art. 221 CPC, devant le Tribunal arbitral des assurances au lieu où le fournisseur de prestations est installé à titre principal. Elle est donc recevable à la forme et a été introduite devant l'autorité compétente ratione loci . c) La défenderesse conteste la recevabilité de la demande au motif que la Commission paritaire cantonale, prévue par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, n'a pas été saisie préalablement. Il ne ressort toutefois pas du texte de cette convention, interprété conformément au principe de la confiance, qu'elle imposerait la saisine de la Commission paritaire cantonale avant toute demande au Tribunal arbitral des assurances. En effet, l'art. 9 al. 4 attribue à la Commission paritaire cantonale les tâches suivantes : - conduite de

négociations lors de la résiliation de la convention, - interprétation de la convention, - arbitrage de litiges entre hôpitaux et assureurs, - autres tâches confiées en commun par les parties à la convention. On peut en déduire que la Commission paritaire cantonale constitue un instrument à disposition des parties en vue de régler leur litige sans saisir le Tribunal arbitral des assurances. On ne saurait en conclure, en revanche, que la saisine de cette commission serait obligatoire, serait-ce en vue d'une conciliation préalable à toute demande devant le Tribunal arbitral des assurances. Pour ce motif déjà, l'objection soulevée par la défenderesse à la recevabilité de la demande est infondée. Indépendamment de ce qui précède, la défenderesse s'est vue impartir un délai pour saisir la Commission paritaire cantonale et demander la suspension de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances. Le 17 octobre 2013, elle y a expressément renoncé pour des motifs d'économie procédurale. Il est donc contraire aux règles de la bonne foi en procédure (art. 52 CPC, par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD) de persister à invoquer l'absence de saisine de cette commission pour conclure à l'irrecevabilité de la demande.

2. Le demandeur fonde ses prétentions sur l'art. 42 al. 2 LAMal, sur l'art. 9 de la Convention-cadre TARMED et sur l'art. 7 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED. Il soutient que ces dispositions prévoient l'application du principe du tiers payant, qui fait de l'assureur-maladie le débiteur des frais pour les prestations médicales hospitalières ambulatoires. Pour le demandeur, les dispositions des conditions générales relatives aux modèles d'assurance alternatifs « médecin de famille » ou « SanaCall » sont des conventions privées entre la défenderesse et les personnes assurées, qui ne lient pas le prestataire de soins. Il appartient par conséquent à l'assureur-maladie de se retourner contre l'assuré s'il a dû assumer des factures hospitalières pour des traitements suivis sans consultation préalable du médecin de famille ou du centre de télémédecine. Pour la défenderesse, au contraire, les règlements « médecins de famille » ou « Sanacall » sont des règlements administratifs de droit public, qui s'imposent aux prestataires de soins, dès lors qu'ils ont été approuvés par l'Office fédéral de la santé publique. Ils priment donc sur d'éventuelles conventions contraires entre fournisseurs de prestations et assureurs. Les art. 7 du règlement « médecin de famille » et 8 du règlement « SanaCall » prévoient le droit pour l'assureur de refuser de prester lorsque l'assuré suit un traitement sans consulter préalablement son médecin de famille ou le centre de télémédecine. Sanagate SA en conclut que les prestations en question ne peuvent être considérées comme des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. La défenderesse se réfère également à l'art. 41 al. 4 LAMal, dont elle déduit que les coûts de prestations qui n'ont pas été ordonnées ou prodiguées par le médecin de famille ou le centre de télémédecine ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, partant, ne peuvent être facturés à l'assurance par les fournisseurs de prestations.

3. a) Aux termes de l'art. 42 al. 1 LAMal, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. L'art. 42 al. 2 LAMal autorise les assureurs et fournisseurs de prestations à déroger au système du tiers garant et à convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). L'assureur s'acquitte alors de sa prestation envers l'assuré en devenant le débiteur direct de la facture du prestataire de soins, en lieu et place de l'assuré. Le prestataire de soins ne dispose donc pas d'une créance contre l'assuré, mais contre l'assureur-maladie de ce dernier (cf. ATF 132 V 18 consid. 5.2). En dérogation à l'art. 42 al. 1 LAMal, le système du tiers payant est

applicable indépendamment d'une convention entre fournisseurs de prestations et assureurs en cas de traitement hospitalier (art. 42 al. 2, 2^{ème} phrase LAMal). b) La Convention cadre TARMED prévoit à son art. 9 al. 5 que dans le système du tiers payant, l'hôpital fournit à l'assureur la facture pour toutes les prestations médicales et techniques ainsi que pour le matériel de consommation imputable, et en adresse copie à l'assuré. L'assureur paie à l'hôpital la partie incontestée de la facture dans les 30 jours, en cas de facturation par voie électronique (art. 9 al. 9). La facturation à l'hôpital de sommes dues par l'assuré à l'assureur est exclue dans le système du tiers payant (art. 9 al. 10). Les hôpitaux qui ont adhéré à la convention s'engagent à participer aux mesures mises en place pour assurer et contrôler la qualité, conformément à l'art. 56 LAMal (art. 10, 1^{ère} phrase). Il doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (économie du traitement : art. 11). Les parties sont également liées par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, qui prévoit, à son art. 7 al. 1, que l'assureur est le débiteur de la rémunération de la prestation médicale (système du tiers payant). Elle prévoit également l'obligation, pour le fournisseur de prestations, d'informer son patient sur les prestations d'assurance-maladie sociale et sur les coûts éventuellement non couverts par l'assurance obligatoire des soins (art. 8 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED). c) En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs (art. 41 al. 1 LAMal). L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend alors en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs (art. 41 al. 4 LAMal). Il peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations (art. 62 al. 1 LAMal). 4. a) En application de l'art. 41 al. 4 LAMal, la défenderesse a conclu avec une partie de ses assurés des contrats limitant le choix du fournisseur de prestations. Ces contrats sont régis notamment par le « Règlement (LAMal) l'assurance du médecin de famille » et par « SanaCall Règlement (LAMal) ». Nonobstant leur intitulé, ces documents sont des conditions générales d'assurance intégrées au contrat d'assurance liant la défenderesse aux assurés qui y souscrivent. Conformément au principe de la relativité des conventions, le contrat d'assurance et les conditions générales qui y sont intégrées ne lient que les parties au contrat. L'approbation des conditions générales par l'Office fédéral de la santé publique n'en fait pas un règlement de droit public, de portée générale et abstraite, qui s'appliquerait indépendamment d'une manifestation de volonté d'y adhérer, contrairement à ce que soutient la défenderesse. Cette dernière ne peut donc pas opposer directement ces conditions générales aux fournisseurs de prestations. b) La défenderesse se réfère également à l'art. 41 al. 4 LAMal. Cette disposition, dans ses trois versions linguistiques, exclut effectivement l'obligation de l'assureur de prendre en charge un traitement qui n'a pas été ordonné par un fournisseur de prestations figurant sur la liste limitative à choix de la personne assurée. Elle se réfère toutefois expressément à l'accord entre l'assuré et l'assureur relatif à cette liste limitative et l'on doit se demander si elle ne régit pas uniquement les rapports entre l'assuré et l'assureur. Le texte légal n'exclut pas qu'un assureur acquitte, dans le système du tiers payant, une facture d'un fournisseur de prestations ne figurant pas sur la liste limitative des fournisseurs à choix de l'assuré, mais qu'il en demande ensuite le remboursement à l'assuré, ce qui constitue aussi une forme de refus de prise en charge vis-à-vis de ce dernier. c) aa) La limitation du choix du fournisseur

de prestations constitue l'une des formes particulières d'assurance admises par la LAMal, dans lesquelles l'assurance est en droit de réduire les primes de certains assurés qui acceptent, en contrepartie, une limitation des prestations de leur assureur (cf. art. 62 LAMal et 99 à 101 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]). Parmi les différentes formes particulières d'assurance, on trouve encore, notamment, les franchises à option, qui permettent à l'assuré d'assumer, contre une réduction de prime, une part de risque plus importante, sous la forme d'une franchise supérieure au minimum légal prévu par l'art. 64 al. 2 LAMal. Bien que les art. 62 al. 2bis et 64 al. 8 LAMal excluent expressément que la participation aux coûts soit assurée par l'assurance-maladie, serait-ce à titre d'assurance complémentaire, il est généralement admis, dans le système du tiers payant en tout cas, que l'assurance assume l'intégralité de la facture des prestataires de soins et exige ensuite de l'assuré qu'il lui rembourse le montant correspondant à la participation aux coûts. Si les formes particulières d'assurance permettent la réduction des primes, elle ne peuvent ni étendre (art. 34 al. LAMal), ni réduire le catalogue des prestations (art. 41 al. 4, 3^{ème} phrase) (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, ch. 1086 p. 770). bb) En ce qui concerne la forme particulière d'assurance que constitue la limitation du choix du fournisseur de prestations au sens de l'art. 41 al. 4 et de l'art. 62 al. 1 et 3 LAMal, les assureurs-maladie offrent des modèles d'assurance variés. La limitation peut être plus ou moins stricte selon les modèles proposés, comme en témoignent les exemples suivants : - Visana SA, sana24 SA et vivacare SA offrent la possibilité de conclure une assurance « Med Call » dans laquelle l'assuré est tenu, pour des questions médicales et plus particulièrement avant de convenir d'une première consultation chez un médecin, de prendre contact par téléphone avec le centre de conseil médical. Le centre ne fournit pas de prestations diagnostiques ou thérapeutiques, mais se limite à un conseil médical ou à une recommandation pour l'étape de traitement suivante. La personne assurée reste libre de se conformer ou non à la recommandation reçue (art. 1.5 des conditions générales d'assurance Med Call). SWICÀ offre un produit d'assurance analogue (Assurance des soins FAVORIT TELMED; cf. art. 3 ch. 2 des conditions générales pour l'assurance des soins FAVORIT TELMED), de même qu'Helsana Assurances SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA (Assurance PREMEDI 24; cf. conditions d'assurances pour l'assurance PREMEDI 24, art. 2). - D'après les conditions générales d'assurance, modèle CPTwin.doc selon la LAMal, de l'assureur-maladie KPT/CPT, la personne assurée s'engage à ce que les soins médicaux de premier recours soient fournis exclusivement par le médecin de famille choisi. S'il est nécessaire de faire appel à des médecins spécialistes ou à d'autres fournisseurs de prestations, la transmission s'effectue par le médecin de famille. La personne assurée peut choisir son médecin de famille parmi tous les spécialistes FMH en médecine générale, en médecine interne, en médecine pratique ou en pédiatrie (art. 1). En cas de violation de cette obligation, KPT/CPT peut réduire de 50% les prestations légales pour les traitements effectués par des fournisseurs de prestations chez lesquels l'assuré n'a pas été envoyé par le médecin de famille; en cas de manquement grave, l'assuré peut être exclu du modèle particulier d'assurance et transféré dans l'assurance ordinaire en perdant le rabais de prime (art. 12). - Avenir Assurance Maladie SA, EasySana Assurance Maladie SA, Mutuel Assurance Maladie SA et Philos Assurance Maladie SA gèrent le modèle d'assurance PrimaCare, dans lequel la personne assurée choisit librement un médecin de premier recours parmi les médecins généralistes, internistes ou pédiatres autorisés à exercer leur activité en Suisse en vertu de la LAMal. Au

moment de recourir à une prestation médicale, la personne assurée doit s'adresser à son médecin de premier recours et ne peut consulter un spécialiste ou un autre fournisseur de prestations médicales qu'avec le consentement préalable du médecin de premier recours. Dans le cas où la personne assurée contrevient plus de deux fois par année civile à cette obligation, le coût des traitements entrepris est laissé intégralement à sa charge. En cas de manquements répétés, l'assureur a le droit de l'exclure du modèle d'assurance PrimaCare (art. 4, 5 et 7 des conditions particulières de l'assurance PrimaCare). - Helsana Assurances SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA offrent la forme particulière d'assurance BeneFit PLUS, dans laquelle la personne assurée est tenue de choisir un fournisseur de prestations « coordonnant », parmi ceux qui lui sont proposés par l'assureur en fonction du rayon de soins correspondant à son lieu de domicile (art. 4 des conditions d'assurance pour l'assurance BeneFit PLUS). La personne assurée doit toujours s'adresser à ce fournisseur de prestations avant de solliciter une prestation. Celui-ci définit le processus de traitement adéquat et optimal, qui doit obligatoirement être suivi par la personne assurée. En cas de violation de cette obligation, l'assureur peut, en respectant le principe de proportionnalité, exclure la personne assurée de BeneFit PLUS pendant au moins douze mois et refuser de prendre en charge des coûts de prestations qui n'ont pas été fournis ou ordonnées par le fournisseur de prestations coordonnant, ou qui contredisent les instructions de ce dernier (art. 23). Le fournisseur de prestations coordonnant peut être un service de conseil-santé par téléphone ou télé-médecine, ou un médecin de famille ou encore un cabinet de groupe coordonnant (art. 24). - CSS Assurance-maladie SA prévoit dans ses conditions générales pour l'assurance du médecin de famille Profit que la personne assurée doit choisir un médecin « coordinateur » sur la liste applicable des médecins mise à disposition par l'assureur pour l'assurance du médecin de famille Profit (art. 3). Pour tous les traitements, la personne assurée doit toujours s'adresser d'abord à ce médecin (art. 7.1). A défaut, elle assume l'ensemble des frais de traitement qui n'ont pas été préalablement approuvés par le médecin coordinateur (art. 7.2). Si la personne assurée est envoyée, par son médecin coordinateur, chez un spécialiste et si celui-ci recommande un traitement plus approfondi ou une intervention chirurgicale, elle doit en informer à l'avance le médecin coordinateur ou le faire informer et solliciter son accord (art. 9.1).

INTRAS
Assurance-maladie SA prévoit des clauses analogues avec l'assurance FIRST MED (cf. art. 6, 7 et 8 des conditions générales pour l'assurance-maladie obligatoire des soins FIRST MED). cc) Contrairement à ce que pourrait laisser penser une simple lecture de l'art. 41 al. 4 LAMal, on constate que plusieurs assurances ne prévoient pas, dans leurs conditions générales, un refus pur et simple de prendre en charge le traitement médical lorsque la personne assurée ne suit pas les conseils d'un médecin de famille ou d'un centre de télé-médecine consulté préalablement. Dans l'assurance BeneFit Plus, Helsana Assurances SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA ne refusent ainsi le paiement des prestations que sous réserve du principe de proportionnalité. Avenir Assurance Maladie SA, EasySana Assurance Maladie SA, Mutuel Assurance Maladie SA et Philos Assurance Maladie SA, dans le cadre de l'assurance PrimaCare, admettent de prendre en charge les frais de traitement dispensés sans accord préalable du médecin de famille jusqu'à deux fois par année civile. KPT/CPT accepte d'assumer le 50% des coûts malgré une violation, par la personne assurée, de son obligation de recourir au médecin de famille. Par ailleurs, plusieurs des autres formes d'assurance proposées dans le cadre des art. 41 al. 4 LAMal et 62 al. 1 et 3 LAMal n'imposent pas à la personne assurée de suivre les consignes du médecin de famille choisi, ou du centre de télé-médecine. Elle doit

simplement consulter ce médecin de famille ou le centre de télémédecine, mais reste ensuite libre de consulter un autre médecin à charge de l'assurance obligatoire des soins, même sans l'accord du médecin de famille ou du centre de télémédecine. Les différents produits d'assurances comprenant une limitation du choix du fournisseur de prestations admettent, selon le produit choisi, la consultation directe de certains spécialistes. La liste des spécialistes concernés varie d'une assurance à l'autre, certaines assurances admettant par exemple la consultation directe de pédiatres ou de prestataires de soins pour le traitement de maladies chroniques, alors que d'autres ne l'admettent pas. L'assurance du médecin de famille proposée par Sanagate SA est, de ce point de vue, plus limitative que l'assurance SanaCall, également proposée par la défenderesse. Enfin, les fournisseurs de prestations pouvant être consultés à titre de médecin de premier recours, de médecin coordinateur ou de médecin de famille varient d'une assurance à l'autre. Certaines établissent une liste de médecins parmi lesquels les personnes assurées doivent choisir leur médecin de famille, les listes pouvant être différentes d'un assureur à l'autre, d'autres laissent un libre choix parmi les médecins généralistes dans la région de domicile de la personne assurée. d) aa) Le système du tiers payant, prévu à l'art. 42 al. 2 LAMal, selon lequel assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération, constitue une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier (Eugster, op. cit., ch. 986 p. 732). Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur. En cas de traitement hospitalier notamment, les conventions tarifaires prévoient, en règle ordinaire, un système de tiers payant conditionnel afin de permettre à l'assureur de vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont remplies : l'assureur dispose d'un certain délai, fixé dans la convention, pour signifier son refus de rembourser directement au fournisseur une prestation, si les conditions requises ne sont pas remplies (Eugster, op. cit., ch. 990 p. 734). Le système du tiers payant offre la garantie au fournisseur de prestations qu'il sera payé en cas d'exécution de ses obligations conforme à la convention. Le principe et l'efficacité même d'une convention tarifaire instaurant un tel système reposent sur cette garantie. La remettre en cause créerait une brèche dans la cohérence du régime du tiers payant en réservant au fournisseur la possibilité d'adopter de cas en cas le régime individuel du tiers payant quant il n'aurait pas l'assurance d'être directement remboursé par l'assureur. Cela dénaturerait, en définitive, le sens et le but du système du tiers payant voulu par les parties à la convention (cf. ATF 132 V 18 consid. 5.4). Par ailleurs, une même prestation ne peut pas être prise en charge pour partie selon le système du tiers garant et, pour partie, selon le système du tiers payant (ATF 131 V 191 consid. 5). bb) La convention relative à la valeur du point taxe TARMED ne prévoit pas un système de tiers payant conditionnel, dans lequel le fournisseur de soins devrait adresser une demande de garantie à l'assureur concerné. Elle prévoit au contraire un système de tiers payant sans réserve. Or, à suivre l'argumentation de la défenderesse, ce système serait sérieusement battu en brèche. En effet, compte tenu de la diversité des modèles d'assurances prévoyant une limitation du choix du fournisseur de prestations, on voit mal comment les fournisseurs de prestations pourraient être tenus de vérifier, pour chaque patient se présentant en vue d'un traitement ambulatoire, s'il a préalablement rempli les exigences posées par les conditions générales d'assurance auxquelles il a adhéré. Cela impliquerait, pour les fournisseurs de prestations, de connaître

précisément les conditions générales des différents assureurs-maladie, ainsi que les différentes listes de médecins tenues par ces assureurs, pour déterminer si l'approbation de tel ou tel médecin de famille ou centre de télémédecine est une condition ou non du droit aux prestations dans le cas particulier. Selon les conditions générales applicables, il n'est d'ailleurs pas possible de le déterminer puisque l'assurance se réserve, après examen du principe de proportionnalité, de refuser le paiement des prestations, mais ne prévoit pas que le refus soit systématique. Pour d'autres assureurs, le 50% des coûts seulement reste à charge de la personne assurée lorsqu'elle ne respecte pas les consignes du médecin de famille ou du centre de télémédecine, ce qui impliquerait pour le fournisseur de prestations de facturer une partie des honoraires selon le système du tiers payant et une partie selon le système du tiers garant, contrairement à la jurisprudence citée ci-avant (consid. 4d/aa in fine supra). Enfin, pour d'autres assureurs encore, le droit aux prestations n'est pas exclu pour les deux premières consultations ou traitements de l'année civile sans consultation préalable du médecin de famille ou du centre de télémédecine. Le seul moyen, pour le fournisseur de prestations, de s'assurer que l'assureur-maladie ne refusera pas de prester, serait de lui adresser une demande de garantie, à l'instar de ce qui est prévu en cas d'hospitalisation stationnaire. La Convention-cadre TARMED et la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED ne prévoient toutefois aucune procédure de ce genre, qui impliquerait le droit pour le fournisseur de prestations d'obtenir une réponse à bref délai. Pour ce motif déjà, il convient d'admettre que les limitations du choix du fournisseurs de prestations découlant de la convention particulière entre l'assureur-maladie et la personne assurée ne sont pas opposables aux fournisseurs de prestations ambulatoires bénéficiant du système du tiers payant. Cette conclusion découle également de la conception du système du tiers payant comme une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations (consid. 4d/aa supra). Dans ce contexte, il convient de distinguer la reprise de dette externe, liant le créancier (le fournisseur de prestations) au débiteur reprenant (l'assureur-maladie), de la reprise de dette interne; cette dernière lie le débiteur cédé (l'assuré) au débiteur reprenant (l'assureur-maladie). La convention relative à la valeur du point taxe TARMED constitue le contrat de reprise de dette externe alors que le contrat d'assurance et les conditions générales d'assurances applicables à ce contrat constituent le fondement de la reprise de dette interne (sur les notions de reprise de dette externe et interne : cf. Thomas Probst, in : Commentaire Romand, Code des obligations I, 2^{ème} éd., 2012, Intro. ad art. 175-183 p. 1238 sv.; Rudolf Tschäni, in : Basler Kommentar, Obligationenrecht I, 4^{ème} éd. 2007, n. 1 ad art. 175, p. 899 et n. 1ss ad art. 177 p. 906). Le débiteur reprenant ne peut pas opposer au créancier les exceptions qu'il pourrait déduire, vis-à-vis du débiteur cédé, de la convention fondant la reprise de dette interne (art. 179 al. 3 CO; Probst, op. cit., n. 7 ss ad art. 179, p. 1258 sv.; Tschäni, n. 8 ad art. 179 p. 911). cc) La défenderesse soutient que la carte d'assuré, prévue par l'art. 42a LAMal, contient des informations relatives à d'éventuelles limitations du choix du fournisseur de prestations. Sur ce point également, son argumentation ne peut pas être suivie. En effet, la mention d'une forme particulière d'assurance, dans les données électroniques enregistrées sur la carte d'assuré, n'est pas obligatoire. Il s'agit d'une possibilité laissée à l'assurance-maladie concernée (art. 4 al. 2 let. c OCA [ordonnance du 14 février 2007 sur la carte d'assuré pour l'assurance; RS 832.105]), de sorte que les fournisseurs de prestations n'ont aucune garantie, à la lecture de la carte d'assurance-maladie, qu'une éventuelle limitation du choix du fournisseur de prestations y soit mentionnée. La consultation en ligne des données électroniques implique en outre le consentement de la personne assurée (art. 15 al. 3 OCA),

que les fournisseurs de prestations ne sont pas certains d'obtenir. Quoiqu'il en soit, l'information relative à la limitation du choix du fournisseur de prestations ne leur serait que d'une utilité très relative, puisqu'elle ne dit encore rien, notamment, de l'obligation ou non de la personne assurée de suivre l'avis du centre de télémédecine consulté ni du fait que la personne assurée a effectivement consulté préalablement son médecin de famille ou un centre de télémédecine. Comme on l'a vu, le point de savoir si, dans un cas concret, l'assureur-maladie est tenu de prêter vis-à-vis de la personne assurée implique de connaître en détail les conditions générales applicables au contrat et de s'assurer d'une consultation préalable de l'assuré auprès de son médecin de famille ou d'un centre de télémédecine, ce qui ne peut être réalisé par les fournisseurs de prestations. La mention, sur la carte d'assuré, d'une limitation du choix du fournisseur de prestations impose en revanche aux prestataires de soins tels que le B. _____ d'informer le patient sur le risque, en cas de violation de ses obligations contractuelles, de devoir rembourser les frais de traitement à son assureur-maladie. Les moyens de preuves au dossier ne contiennent pas d'indice que le demandeur aurait violé cette obligation. 5. Vu ce qui précède, la défenderesse doit acquitter les factures litigieuses présentées par le demandeur. Un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 31^{ème} jour après l'émission de la facture (art. 9 al. 11 de la Convention cadre TARMED). Il ressort de la pièce 56 et des déterminations des parties des 7 août et 8 septembre 2014 qu'une partie des factures litigieuses a été acquittée, après toutefois le dépôt des conclusions tendant à leur paiement, ce qui correspond à un passé-expédient partiel. Les intérêts moratoires n'ont pas été acquittés sur les factures en question et restent dus pour la période courant jusqu'à la date du paiement. La défenderesse supportera les frais de justice. Les parties étant l'une et l'autre chargées de tâches de droit public, aucun dépens ne sera alloué (cf. ATF 126 V 143 consid. 4; 118 V 158 consid. 7). Par ces motifs, le Tribunal arbitral des assurances prononce : I. La demande est admise. II. Sanagate SA et condamnée au paiement, à l'Etat de Vaud, des montants suivants (n° de facture entre parenthèses) : - 5'902 fr. 90 (n° 2011247280), avec intérêt à 5% l'an dès le 26 juillet 2011, - 409 fr. 60 (n° 2013256889), avec intérêt à 5% l'an dès le 26 juillet 2011, - 422 fr. 60 (n° 2011379021), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 septembre 2011, - 92 fr. 80 (n° 2011659705), avec intérêt à 5% l'an dès le 21 février 2012, - 854 fr. 65 (n° 2011670363), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 février 2012, - 70 fr. 70 (n° 2011665742), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 février 2012, - 185 fr. 30 (n° 2012039257), avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} mai 2012, - 396 fr. 65 (n° 2012018147), avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} mai 2012, - 362 fr. 75 (n° 2012021922), avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} mai 2012, - 314 fr. 20 (n° 2012081581), avec intérêt à 5% l'an dès le 15 mai 2012, - 59 fr. 05 (n° 2012064067), avec intérêt à 5% l'an dès le 15 mai 2012, - 153 fr. 45 (n° 2012148561), avec intérêt à 5% l'an dès le 29 mai 2012, - 300 fr. 90 (n° 2012130341), avec intérêt à 5% l'an dès le 29 mai 2012, - 234 fr. 40 (n° 2012146856), avec intérêt à 5% l'an dès le 29 mai 2012, - 690 fr. 15 (n° 2012321890), avec intérêt à 5% l'an dès le 28 août 2012, - 568 fr. 30 (n° 2012361850), avec intérêt à 5% l'an dès le 18 septembre 2012, - 479 fr. 55 (n° 2012392444), avec intérêt à 5% l'an dès le 25 septembre 2012, - 509 fr. 40 (n° 2012399429), avec intérêt à 5% l'an dès le 25 septembre 2012, - 656 fr. 35 (n° 2012393318), avec intérêt à 5% l'an dès le 25 septembre 2012, - 67 fr. 50 (n° 2012416942), avec intérêt à 5% l'an dès le 16 octobre 2012, - 1'729 fr. 95 (n° 2012495602), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 novembre 2012, - 95 fr. 80 (n° 2012501668), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 novembre 2012, - 499 fr. 90 (n° 2012509975), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 novembre 2012, - 42 fr. 20 (n° 2012523531), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 novembre 2012, - 97 fr. 20 (n° 2012563653), avec intérêt à

5% l'an dès le 25 décembre 2012, - 309 fr. 00 (n° 2012566666), avec intérêt à 5% l'an dès le 25 décembre 2012, - 241 fr. 15 (n° 2012586101), avec intérêt à 5% l'an dès le 25 décembre 2012, - 7'577 fr. 05 (n° 2012633383), avec intérêt à 5% l'an dès le 15 janvier 2013, - 305 fr. 05 (n° 2012658099), avec intérêt à 5% l'an dès le 24 janvier 2013, - 106 fr. 70 (n° 2012662670), avec intérêt à 5% l'an dès le 24 janvier 2013, - 6'287 fr. 45 (n° 2012691961), avec intérêt à 5% l'an dès le 12 février 2013, - 447 fr. 30 (n° 2012715034), avec intérêt à 5% l'an dès le 19 février 2013, - 2'999 fr. 75 (n° 2012744316), avec intérêt à 5% l'an dès le 26 février 2013, - 175 fr. 00 (n° 2013025379), avec intérêt à 5% l'an dès le 2 avril 2013, - 36 fr. 75 (n° 2013021865), avec intérêt à 5% l'an dès le 2 avril 2013, - 86 fr. 45 (n° 2013018185), avec intérêt à 5% l'an dès le 2 avril 2013, - 30 fr. 50 (n° 2013086456), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 avril 2013, - 488 fr. 25 (n° 2013088457), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 avril 2013, - 158 fr. 75 (n° 2013165758), avec intérêt à 5% l'an dès le 21 mai 2013, - 624 fr. 40 (n° 2013150196), avec intérêt à 5% l'an dès le 21 mai 2013, - 54 fr. 00 (n° 2013211502), avec intérêt à 5% l'an dès le 18 juin 2013, - 181 fr. 85 (n° 2013212641), avec intérêt à 5% l'an dès le 18 juin 2013, - 469 fr. 75 (n° 2013216880), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 juin 2013, - 41 fr. 75 (n° 2013220472), avec intérêt à 5% l'an dès le 25 juin 2013, - 205 fr. 70 (n° 2013286023), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 juillet 2013, - 141 fr. 90 (n° 2013286886), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 juillet 2013, - 140 fr. 65 (n° 2013296578), avec intérêt à 5% l'an dès le 23 juillet 2013, - 1'634 fr. 70 (n° 2013338251), avec intérêt à 5% l'an dès le 13 août 2013, - 743 fr. 25 (n° 2013352364), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 août 2013, - 71 fr. 80 (n° 2013357731), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 août 2013, - 218 fr. 40 (n° 2013366731), avec intérêt à 5% l'an dès le 27 août 2013, - 120 fr. 05 (n° 2013490576), avec intérêt à 5% l'an dès le 29 octobre 2013, - 46 fr. 10 (n° 2013517848), avec intérêt à 5% l'an dès le 12 novembre 2013, - 103 fr. 55 (n° 2013536552), avec intérêt à 5% l'an dès le 26 novembre 2013, - 575 fr. 20 (n° 2103535446), avec intérêt à 5% l'an dès le 26 novembre 2013, - 361 fr. 60 (n° 2013543462), avec intérêt à 5% l'an dès le 26 novembre 2013, - 58 fr. 45 (n° 2013574787), avec intérêt à 5% l'an dès le 10 décembre 2013, - 699 fr. 75 (n° 2013620523), avec intérêt à 5% l'an dès le 24 décembre 2013, - 91 fr. 85 (n° 2013639131), avec intérêt à 5% l'an dès le 7 janvier 2014, - 305 fr. 75 (n° 2013638810), avec intérêt à 5% l'an dès le 7 janvier 2014, III. Sanagate SA est condamné au paiement, à l'Etat de Vaud, d'un intérêt de 5% l'an pour les périodes et sur les montants suivants (n° de facture entre parenthèses) : - sur un montant de 306 fr. 00 (n° 2012027167) pour la période du 1^{er} mai 2012 au 29 mai 2013, - sur un montant de 277 fr. 35 (n° 2012135800), pour la période du 29 mai 2012 au 24 juillet 2013, - sur un montant de 16 fr. 85 (n° 2012129588), pour la période du 29 mai 2012 au 24 juillet 2013, - sur un montant de 113 fr. 25 (n° 2012148797), pour la période du 29 mai 2012 au 25 mai 2013, - sur un montant de 240 fr. 45 (n° 2012120034), pour la période du 29 mai 2012 au 1^{er} mai 2013, - sur un montant de 1'783 fr. 05 (n° 2012443081), pour la période du 23 octobre 2012 au 11 décembre 2013), - sur un montant de 106 fr. 60 (n° 2013042217), pour la période du 2 avril au 11 décembre 2013, - sur un montant de 148 fr. 50 (n° 2013048968), pour la période du 2 avril au 11 décembre 2013, - sur un montant de 2'182 fr. 65 (n° 2013061054), pour la période du 9 avril au 11 décembre 2013, - sur un montant de 763 fr. 45 (n° 2013116481), pour la période du 23 avril au 11 décembre 2013, - sur un montant de 459 fr. 15 (n° 2013088585), pour la période du 23 avril au 11 décembre 2013, - sur un montant de 94 fr. 05 (n° 2013088088), pour la période du 23 avril au 11 décembre 2013, - sur un montant de 99 fr. 60 (n° 2013083029), pour la période du 23 avril au 27 novembre 2013, - sur un montant de 135 fr. 60 (n° 2013157430), pour la période du 21 mai au 2 octobre 2013, - sur

un montant de 1'043 fr. 70 (n° 2013151017), pour la période du 21 mai au 4 décembre 2013, - sur un montant de 103 fr. 35 (n° 2013171391), pour la période du 21 mai au 11 décembre 2013, - sur un montant de 42 fr. 80 (n° 2013172979), pour la période du 21 mai au 20 novembre 2013, - sur un montant de 43 fr. 70 (n° 2013178571), pour la période du 21 mai au 11 décembre 2013, - sur un montant de 94 fr. 55 (n° 2013155448), pour la période du 21 mai au 11 décembre 2013, - sur un montant de 317 fr. 20 (n° 2013224910), pour la période du 25 juin au 2 octobre 2013, - sur un montant de 1'199 fr. 35 (n° 2013229760), pour la période du 25 juin au 11 décembre 2013, - sur un montant de 910 fr. 85 (n° 2013287235), pour la période du 23 juillet au 11 décembre 2013, - sur un montant de 101 fr. 75 (n° 2013302239), pour la période du 23 juillet au 20 novembre 2013, - sur un montant de 416 fr. 20 (n° 2013286651), pour la période du 23 juillet au 23 octobre 2013, - sur un montant de 36 fr. 75 (n° 2013290483), pour la période du 23 juillet au 11 décembre 2013, - sur un montant de 1'143 fr. 95 (n° 2013353106), pour la période du 27 août au 4 décembre 2013, - sur un montant de 183 fr. 95 (n° 2013359394), pour la période du 27 août au 11 décembre 2013, - sur un montant de 234 fr. 30 (n° 2013356199), pour la période du 27 août au 11 décembre 2013, - sur un montant de 385 fr. 45 (n° 2013369588), pour la période du 27 août au 20 novembre 2013, - sur un montant de 544 fr. 85 (n° 2013385947), pour la période du 27 août au 11 décembre 2013, - sur un montant de 432 fr. 10 (n° 2013383132), pour la période du 27 août au 11 décembre 2013, - sur un montant de 266 fr. 90 (n° 2013417051), pour la période du 24 septembre au 1er décembre 2013, - sur un montant de 208 fr. 70 (n° 2013413850), pour la période du 24 septembre au 11 décembre 2013, - sur un montant de 492 fr. 30 (n° 2013409859), pour la période du 24 septembre au 4 décembre 2013, - sur un montant de 306 fr. 15 (n° 2013417213), pour la période du 24 septembre au 11 décembre 2013, - sur un montant de 257 fr. 85 (n° 2013103089), pour la période du 23 avril 2013 au 10 avril 2014, - sur un montant de 527 fr. 10 (n° 2013415118), pour la période du 24 septembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 324 fr. 90 (n° 2013409197), pour la période du 24 septembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 185 fr. 20 (n° 2013414509), pour la période du 24 septembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 529 fr. 70 (n° 2013423627), pour la période du 24 septembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 222 fr. 40 (n° 2013478595), pour la période du 29 octobre 2013 au 15 janvier 2014, - sur un montant de 25 fr. 05 (n° 2013482246), pour la période du 29 octobre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 547 fr. 55 (n° 2013516181), pour la période du 10 novembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 41 fr. 75 (n° 2013533434), pour la période du 26 novembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 132 fr. 00 (n° 2013537321), pour la période du 26 novembre 2013 au 12 mars 2014, - sur un montant de 91 fr. 80 (n° 2013591835), pour la période du 24 décembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 1'024 fr. 05 (n° 2013598448), pour la période du 24 décembre 2013 au 5 février 2014, - sur un montant de 6'155 fr. 55 (n° 2013629466), pour la période du 26 décembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 5'864 fr. 15 (n° 2013630737), pour la période du 29 décembre 2013 au 16 avril 2014, - sur un montant de 162 fr. 15 (n° 2013690332), pour la période du 21 janvier 2014 au 5 mars 2014, - sur un montant de 450 fr. 50 (n° 2013658350), pour la période du 21 janvier au 26 février 2014. IV. Les frais de la procédure devant le Tribunal arbitral, arrêtés à 12'000 fr. (douze mille francs), soit : - 7'000 fr. (sept mille francs) à titre d'émolument judiciaire et - 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de rémunération des deux arbitres, sont mis à la charge de Sanagate SA; ces frais sont couverts par les avances effectuées par les parties. V. Sanagate SA versera à l'Etat de Vaud un montant de 9'500 fr. (neuf mille cinq cents francs) à titre de remboursement de l'avance de

frais qu'il a effectuée. VI. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Corinne Monnard Séchaud (pour l'Etat de Vaud), ■ Sanagate SA, - 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.