

VD_FINDINFO T. Arb. 12/18 - 4/2024 vom 25. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_T_Arb_12_18_-_4_2024

FR: VD_FINDINFO T. Arb. 12/18 - 4/2024 du 25 janvier 2024

IT: VD_FINDINFO T. Arb. 12/18 - 4/2024 del 25 gennaio 2024

Regeste

TRANSACTION EXTRAJUDICIAIRE, PRINCIPE DE LA CONFIANCE{INTERPRÉTATION DU CONTRAT}, MANIFESTATION DE VOLONTÉ, TARMED, DÉCOMPTE{SENS GÉNÉRAL}, AUTORISATION DE PRATIQUER À LA CHARGE DE L'AM | 1 CO, 18 al. 1 CO, 2 CO, 35 al. 1 LAMal, 36 LAMal

Erwägungen

E. 25

janvier 2024 _____ Composition : M. Piguet , président Mme Baumgartner et M. Ducor, arbitres Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause pendante entre : 1. CSS Assurance-maladie SA , à Lucerne (également en tant que successeur en droit de INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA et Sanagate SA), 2. Moove Sympany SA , à Bâle, 3. SUPRA-1846 SA , à Lausanne, 4. CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA , à Lucerne, 5. Atupri Assurance de la santé SA , à Berne, 6. Avenir Assurance Maladie SA , à Martigny, 7. KPT Caisse-maladie SA , à Berne, 8. ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG , à Landquart, 9. Vivao Sympany SA , à Bâle, 10. Easy Sana Assurance Maladie SA , à Martigny, 11. EGK Grundversicherungen AG , à Laufen, 12. sodalis gesundheitsgruppe , à Viège, 13. SWICA Assurance-maladie SA , à Winterthur, 14. Mutuel Assurance Maladie SA , à Martigny, 15. AMB Assurances SA , à Le Châble, 16. Sanitas Assurances de base SA , à Zurich (également en tant que successeur en droit de Compact Assurances de base SA), 17. Philos Assurance Maladie SA , à Martigny, 18. Assura-Basis SA , à Pully, 19. Visana SA , à Berne, 20. Helsana Assurances SA , à Dübendorf (également en tant que successeur en droit de Progrès Assurances SA), 21. sana24 SA , à Berne, 22. vivacare SA , à Berne, demanderesse, toutes représentées par santésuisse, à Soleure, elle-même représentée par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg, et W. _____ , à [...], défendeur, représenté par Me Emmanuel Kilchenmann, avocat à Fribourg. _____ Art. 1 et 2 CO ; 35 al. 1 LAMal E n f a i t : A. a) W. _____ (ci-après : le défendeur) est titulaire d'un diplôme de médecine obtenu en France et exerce depuis 2008 la médecine en Suisse en qualité de médecin praticien indépendant. En 2016, il exploitait, sous le numéro de registre des comptes-créanciers (RCC) [...], deux cabinets médicaux situés à [...] pour l'un et à [...] pour l'autre. b) Le 3 juin 2015, W. _____ a eu un entretien avec des représentants de santésuisse lors duquel la question de l'économicité de sa pratique médicale au cours de l'année 2013 a été évoquée. Dans le compte-rendu qu'elle a établi le 9 juin 2015 à la suite de cet entretien, santésuisse l'a notamment rendu attentif au fait que la somme des minutes facturées quotidiennement dépassait 24 heures et que le nombre de consultations par malade était sensiblement plus élevé par rapport à la moyenne de ses confrères installés

dans le canton de Vaud. Elle a toutefois pris note de certaines particularités de la patientèle de W. _____ et qu'un médecin assistant facturait des prestations sous son numéro RCC. Elle l'avertissait néanmoins du fait que sa pratique pourrait conduire à une demande de remboursement de ses honoraires si aucune amélioration de ses indices et des volumes facturés en temps n'était constatée. c) Par courrier du 7 mai 2018, santésuisse a remis à W. _____ ses statistiques relatives à l'année 2016 et l'a informé qu'elle allait déposer une demande de remboursement de ses honoraires au vu de leur caractère hors normes. Elle a néanmoins proposé de le rencontrer préalablement afin de tenter une « conciliation bilatérale ». d) A l'issue de cette rencontre, laquelle s'est déroulée le 19 juin 2018, santésuisse a proposé à W. _____ de régler le litige pour les années statistiques 2016 et 2017 en remboursant un montant total de 250'000 francs. Un délai au 26 juin 2018 lui a été imparti pour se déterminer sur cette offre. e) Par courrier du 24 juin 2018, W. _____ a confirmé son accord de principe, tout en précisant que son mauvais indice statistique paraissait découler en partie du fait que trois médecins au bénéfice d'une autorisation de pratiquer (à savoir les docteurs AA. _____, BB. _____ et CC. _____) avaient réalisé des actes médicaux au sein de son cabinet en facturant leurs prestations sous son numéro RCC. Il a néanmoins proposé certaines modalités de paiement pour lui permettre de disposer de davantage de temps pour rembourser le montant demandé et requis des précisions concernant les modalités de calcul de la rétrocession. f) Par courriel du 25 juin 2018, santésuisse a fait part de son accord pour une modification des modalités de remboursement. Elle a par ailleurs donné des précisions quant au mode de calcul de la rétrocession demandée, tout en contestant que l'indice élevé de W. _____ soit lié au fait que d'autres médecins avaient facturé sous son numéro RCC. Elle a également précisé que la transaction mettrait un terme aux procédures d'évaluation de l'économicité, en relevant toutefois que si, malgré tout, un assureur devait constater une erreur dans l'une ou l'autre de ses factures (« par exemple, si vous facturez une position du chapitre ORL ophtalmo, diabéto..., alors que vous n'avez pas la valeur intrinsèque »), il pourrait demander la restitution ou la modification de la facture concernée. g) Par courrier portant la date du 25 juin 2018, santésuisse a transmis à W. _____ une convention signée de sa part le 26 juin 2018 en deux exemplaires, à charge pour ce dernier de lui en retourner un exemplaire signé par lui. h) Le 4 juillet 2018, W. _____ a adressé par courriel une copie de la convention, avec sa signature apposée le même jour. Il a précisé que l'original partirait « ce soir par courrier ». i) Par courriel du 11 juillet 2018, santésuisse s'est inquiétée auprès de W. _____ de n'avoir pas encore reçu l'original de la convention signé et l'a invité à le lui adresser dans un délai de deux jours, à défaut de quoi elle saisirait la Commission paritaire SVM-santésuisse. j) Par courrier du 17 juillet 2018, W. _____ a pris position de la manière suivante (sic) : [...] Le

E. 28

juin, datée du 26 juin, je recevais une convention de transaction correspondant bien à ce que nous avons convenu. Devant votre insistance sous forme de plusieurs contacts téléphoniques, le 4 juillet, je vous ai transmis par mail cette convention signée. La semaine passée vous avez continué à me téléphoner à plusieurs reprises pour me demander de vous transmettre par poste l'original de cette convention signée. Cet empressement a ajouté au fait qu'aujourd'hui je ressens une mise sous pression et une précipitation qui m'ont poussées à prendre un engagement sur plus de 20% du chiffre d'affaire de mon cabinet, ce qui est considérable, et surtout sans que je puisse comprendre pourquoi et comment vous en êtes arrivés à poser les bases de cette pénalisation, alors que j'ai toujours eu la certitude

d'exercer une médecine de qualité dans des conditions particulières pouvant difficilement être comparées à la moyenne des médecins généralistes pour les raisons évoquées ci-dessus mais aussi du fait que je travaille 5 jours et demi par semaine de 7h00 à 20h00 avec peu de vacances au cours desquelles je suis remplacé avec l'accord du Service de Santé Publique, et ce auprès d'une patientèle très importante. J'ai eu l'impression que vous vouliez me pousser à accepter cette « transaction-pénalisation » en moins de 15 jours. Cet empressement a eu pour effet que je ressens aujourd'hui que tout a été trop vite et que de trop nombreux points restent flous pour moi et pour une compréhension objective basée sur une relation de confiance avec vous. J'ai donc pris la décision de m'en ouvrir à mon conseil que j'ai rencontré aujourd'hui. Malgré l'exposé de ce qui précède, je tenais à réaffirmer le fait que je ne renie pas ma volonté d'arriver à conclure un accord avec Santésuisse, et ce pour les exercices 2016 et 2017. Cependant il me paraît légitime de vous demander de me donner les moyens, les informations, les calculs et les explications me permettant de comprendre votre raisonnement et votre demande de restitution financière qui vous ont fait dire qu'un remboursement de 320'000.- Frs serait exigible. En effet pour le statisticien béotien que je suis, pour un dépassement de 12% de la marge de tolérance admise vous me demandiez 27% de restitution sur mon chiffre d'affaire, somme que vous avez abaissée à 17%, demande qui ne tient compte ni du fait que ce calcul est basé sur le chiffre d'affaire du cabinet et non de son bénéficiaire, et que ce chiffre d'affaire a été réalisé pour 10% par des confrères ayant une autorisation de pratique à charge de l'assurance-maladie. Je reste donc dans l'attente du détail de vos calculs pour pouvoir, en toute sérénité et en toute clarté vous confirmer mon accord. Dans l'attente, et dans l'éventualité où nos échanges n'auraient pas pu se finaliser avant le 31 juillet, je sursois au paiement du premier acompte de 25'000.- Frs prévu à cette date. B. a) Par demande du 13 juillet 2018, CSS Assurance-maladie SA ainsi que vingt-six autres assureurs-maladie (ci-après : les demanderesse), tous représentés par santésuisse, ont ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud et conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que W. _____ soit condamné à leur restituer, pour l'année statistique 2016, le montant de 244'680 fr. (selon le temps théorique facturable), respectivement le montant de 249'530 fr. (selon la méthode ANOVA). Pour justifier le montant réclamé à titre principal, ils exposaient en substance que W. _____ avait facturé en 2016 un total de 221'782 minutes, respectivement de 3'696 heures. Un tel volume était toutefois irréaliste pour un seul médecin, étant admis qu'il aurait pu théoriquement facturer au plus 2'580 heures. Ils avaient par ailleurs déduit du montant qu'ils réclamaient la somme de 113'210 fr. correspondant, selon W. _____, aux prestations facturées sous son numéro RCC par d'autres confrères. Quant aux conclusions subsidiaires, elles correspondaient au montant dû si le calcul de l'économicité était effectué selon la méthode ANOVA (analyse de la variance). b) Par ordonnance du 20 septembre 2018, le président du Tribunal arbitral des assurances a, avec l'accord des parties, suspendu la procédure jusqu'à l'issue de la procédure de conciliation introduite simultanément devant la Commission paritaire SVM-santésuisse. c) Le 12 mars 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a ordonné la reprise de la procédure à la suite de l'échec de la procédure de conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse et requis de la part de W. _____ le dépôt d'une réponse. d) Dans sa réponse du 10 mai 2019, W. _____, représenté par Me Emmanuel Kilchenmann, avocat à Fribourg, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. Il estimait, preuve à l'appui, que le volume total de 3'696 heures facturées était tout à fait réalisable sous son seul numéro RCC, dès lors que ce nombre comprenait également les heures réalisées par d'autres médecins. Pour le

reste, il considérait que ni la méthode statistique ni la méthode ANOVA n'étaient applicables pour l'analyse de sa pratique, compte tenu des spécificités de cette dernière ; la préférence devait incontestablement être donnée en l'espèce à la méthode analytique. Au titre des mesures d'instruction, il a requis son audition personnelle ainsi que la production de la liste des médecins constituant le groupe auquel il a été comparé. e) Le 21 août 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation à l'issue de laquelle les parties sont parvenues à l'accord suivant : Le Dr W. _____ s'engage à verser aux demanderesse un montant de 200'000 fr., selon la modalité suivante : - quatre mensualités de 25'000 fr., soit le 25 septembre 2019, le 25 octobre 2019, le 25 novembre 2019 et le 25 décembre 2019, - un montant mensuel de 5'000 fr. payable au plus tard le 25 de chaque mois dès le 1^{er} janvier 2020 jusqu'au 25 août 2021. En cas de non-paiement des montants convenus après un délai de 15 jours dès les échéances convenues, le solde du montant de 200'000 fr. devient exigible sans mise en demeure. Le Dr W. _____ produira une garantie bancaire portant sur le montant de 175'000 fr. d'ici le

E. 30

septembre 2019. Compte tenu de ce qui précède, les demanderesse renonceront à toute autre prétention pour les années 2016 et 2017. Chaque partie garde ses frais. Les parties ont également convenu que la transaction serait ratifiée par le président du Tribunal arbitral des assurances une fois la garantie bancaire déposée et qu'à défaut, la procédure reprendrait son cours et un jugement serait rendu. f) Le 3 octobre 2019, santésuisse, par l'intermédiaire de Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg, a informé le Tribunal arbitral des assurances que W. _____ n'avait ni versé la première mensualité de 25'000 fr. ni produit la garantie bancaire requise. Elle a sollicité la reprise de la procédure. g) Dans sa réplique du 22 novembre 2019, santésuisse a nouvellement conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que W. _____ soit condamné à restituer aux assureurs concernés, pour l'année statistique 2016, le montant de 426'478 fr. (selon le temps théorique facturable), respectivement le montant de 407'494 fr. (selon la méthode ANOVA). Tout en complétant l'argumentation développée dans sa demande, elle a justifié l'augmentation de ses conclusions, d'une part, par le fait que les médecins qui auraient facturé des prestations sous le numéro RCC de W. _____ n'étaient probablement pas en droit de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, par le fait que W. _____ avait facturé plusieurs positions tarifaires qu'il n'était pas en droit de facturer. h) Dans sa duplique du 25 mai 2020, W. _____ a maintenu ses conclusions tendant au rejet de la demande. Il a souligné que les trois médecins qui avaient travaillé dans son cabinet en 2016 avaient été autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et que les positions tarifaires litigieuses pouvaient être remplacées par d'autres positions tarifaires. Pour le surplus, W. _____ a informé le président du Tribunal arbitral des assurances qu'il était sur le point de parvenir à une solution transactionnelle séparée avec Assura-Basis SA et qu'il y aurait, en tout état de cause, lieu de rejeter la demande pour la part demandée par cet assureur. i) Par courrier du 20 août 2020, santésuisse a informé le président du Tribunal arbitral qu'Assura-Basis SA avait trouvé un accord amiable avec W. _____ et qu'elle se retirait de la procédure d'économie en cours. Elle l'invitait par conséquent à « radier, avec le jugement final ou par jugement partiel, la cause du rôle en ce qui concerne les conclusions prises par la société Assura-Basis SA ». Ce faisant, santésuisse a nouvellement conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que W. _____ soit condamné à restituer aux assureurs concernés, pour l'année statistique 2016, le montant de 389'886 fr. (selon le temps théorique facturable), respectivement le montant de 372'531 fr. (selon la méthode

ANOVA). j) Dans ses déterminations du 7 septembre 2020, W._____ a conclu au rejet de ces nouvelles conclusions. k) Le 16 septembre 2020, le président du Tribunal arbitral a invité W._____ à produire tout moyen de preuve en vue d'établir l'activité effective des différents médecins dont il alléguait une activité facturée sous son numéro RCC en 2016, soit notamment, pour chacun des médecins concernés, toutes pièces utiles propres à établir les montants rétrocedés, les dates de rétrocession et les dates de consultation, ainsi que toutes pièces utiles propres à établir les bases de calcul des rétrocessions. W._____ était également invité, dans la mesure du possible, à communiquer les coordonnées des médecins concernés et à produire, si cela n'avait pas déjà été fait, les autorisations de pratiquer délivrées pour ces médecins par le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. l) Le même jour, le président du Tribunal arbitral a invité la Direction générale de la santé du canton de Vaud à lui indiquer si les docteurs BB._____, AA._____, CC._____ et DD._____ disposaient en 2016 d'une autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le canton de Vaud, en précisant si cette autorisation était limitée à une activité dépendante ou indépendante et si elle portait sur toute l'année 2016 ou une partie seulement. La Direction générale de la santé du canton de Vaud était également invitée à préciser si une autorisation exceptionnelle avait été délivrée, à titre provisoire et dans l'attente d'une décision définitive, en vue de décharger W._____. m) Par courrier du 13 novembre 2020, l'Office du Médecin cantonal a transmis les informations suivantes : Dr BB._____ Ce médecin est titulaire d'une reconnaissance fédérale d'un diplôme étranger de médecin et d'une reconnaissance fédérale d'un titre de spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Il est en possession d'une autorisation de pratiquer en qualité de médecin à titre indépendant valable dans l'ensemble du canton de Vaud depuis le 27 mars 2015. Selon les informations en notre possession, en 2016, le Dr BB._____ pratiquait au sein du cabinet à [...], celui du Dr [...]. Dre AA._____ Ce médecin est titulaire d'une reconnaissance fédérale d'un diplôme étranger de médecin et d'un titre postgrade fédéral de médecin praticien. Elle est en possession d'une autorisation de pratiquer en qualité de médecin à titre indépendant valable dans l'ensemble du canton de Vaud depuis le 27 mai 2014. Selon les informations en notre possession, la Dre AA._____ aurait pratiqué au sein du cabinet du Dr W._____ depuis cette même date, sans savoir toutefois quand cette dernière a stoppé sa pratique au sein dudit cabinet. Dr CC._____ Ce médecin est titulaire d'une reconnaissance fédérale d'un diplôme étranger de médecin et d'une reconnaissance fédérale d'un titre postgrade de médecin praticien. Le Dr CC._____ a été autorisé à effectuer un remplacement au cabinet du Dr W._____ à [...] pour la période du 22 février 2016 au 28 février 2016. Par la suite et dans le cadre de la reprise du cabinet du Dr W._____, une autorisation de pratiquer à titre indépendant et une autorisation de facturer à charge de la LAMal limitée au district d'[...] ont été préparées en date du 27 septembre 2016. Cependant, cette reprise ne s'étant jamais concrétisée, ces deux autorisations ont été annulées à cette même date. Par conséquent, le Dr CC._____ n'a jamais été autorisé à pratiquer à son propre compte et à facturer à charge de la LAMal dans le canton de Vaud. Dr DD._____ Ce médecin est titulaire d'une reconnaissance fédérale d'un diplôme étranger de médecin et d'une reconnaissance fédérale d'un titre postgrade de médecin praticien. Il a été autorisé à pratiquer en qualité de médecin à titre dépendant au sein de [...] pour la période du 22 septembre 2015 au 15 avril 2019. Le Dr DD._____ a également été autorisé à effectuer un remplacement au cabinet du Dr W._____ à [...] pour la période du 18 novembre 2015 au 31 mars 2016. n) Par courrier du 16 décembre 2020, W._____ a produit divers

décomptes de rétrocession en faveur des docteurs CC._____, AA._____ et BB._____. o) Par courrier du 4 février 2021, santésuisse s'est déterminée sur les éléments produits les 13 novembre et 16 décembre 2020. p) Faisant suite à une demande expresse de W._____, le président du Tribunal arbitral des assurances a, par courrier du 20 septembre 2023, imparti aux parties un délai unique au 15 novembre 2023 pour produire un mémoire de droit. q) Alors que santésuisse a, dans le délai imparti, produit un mémoire de droit, W._____ a, par courrier du 14 novembre 2023, informé le président du Tribunal arbitral des assurances qu'il renonçait à un échange de mémoire de droit « pour des raisons d'économie de procédure ». Il a requis en revanche, par l'intermédiaire de son représentant, la tenue d'une nouvelle audience de conciliation, respectivement de pouvoir « s'exprimer devant votre Autorité afin de vous exposer dans le cadre du droit d'être entendu une dernière fois sa position. En effet, il a encore des éléments nouveaux selon ses dires qu'il souhaiterait pouvoir vous présenter de vive voix afin que vous puissiez juger l'affaire en tout état de cause ». r) Par courrier du 16 novembre 2023, le président du Tribunal arbitral des assurances a rejeté les requêtes de W._____ et informé les parties que la cause était gardée à juger.

E n d r o i t : 1. a) D'après l'art. 89 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; 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 du règlement organique du Tribunal cantonal vaudois du 13 novembre 2007 [ROTC ; 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 l'art. 115 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 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; 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 LPA-VD). Il n'examine pas d'office toutes les hypothèses de fait ni tous les arguments juridiques envisageables à l'appui des conclusions de l'une ou l'autre des parties, mais se limite aux faits allégués et arguments soulevés et, à défaut, n'examine d'office que ceux qui lui paraissent les plus pertinents au vu du dossier. c) Compte tenu de la nature du litige et du fait que le défendeur exerçait dans le canton de Vaud au moment des faits litigieux et du dépôt de la demande, le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur la demande déposée le 13 juillet 2018, si bien que celle-ci est recevable sur le plan formel. 2. a) Selon l'art. 1 de ses statuts du 11 décembre 2015, santésuisse est une association au sens de l'art. 60 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210). S'il est constant qu'elle n'a pas qualité pour agir en son propre nom en tant que demanderesse (cf. TF 9C_167/2010 du 14 janvier 2011 consid. 2.2), il est notoire qu'elle représente diverses caisses-maladie autorisées à pratiquer à charge de l'assurance-maladie sociale (cf. TF 9C_260/2010 et 9C_285/2010 du 27 décembre 2011 consid. 5.3.1). A teneur de l'art. 17 de ses statuts, lors de litiges devant les tribunaux, et pour ceux relevant du Tribunal administratif concernant des désaccords en matière de convention ou de tarif, santésuisse agit en tant que représentant des membres et est investie des mandats nécessaires lors de procès et de procédures administratives. Ce mandat vaut spécialement en cas de procédures selon les art. 53, 56, 59, 89, 90a al. 2 et 91 LAMal. Des membres de l'association peuvent, à titre individuel, renoncer à la représentation au cas par cas. Aussi, santésuisse a-t-elle qualité pour agir pour ses membres (dont la liste peut être consultée à l'adresse Internet suivante : <https://www.santesuisse.ch/fr/santesuisse/membres/repertoire-des-membres>). b) S'agissant des assureurs-maladie non-membres de santésuisse, ils ont donné procuration à cette dernière de les représenter dans le cadre notamment de demandes de remboursement au sens de l'art. 56 LAMal. Aussi convient-il de constater que KPT Caisse-maladie SA, le groupe Helsana (Helsana Assurances SA et Progrès Assurances SA), le groupe Sanitas (Sanitas Assurances de base SA et Compact Assurances de base SA) ainsi que le groupe CSS (CSS Assurance-maladie SA, INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA et Sanagate SA) sont également valablement représentés par santésuisse. A relever que, depuis le dépôt de la demande, Progrès Assurances SA a fusionné avec Helsana Assurances SA, Compact Assurances de base SA a fusionnée avec Sanitas Assurances de base SA et INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA et Sanagate SA ont fusionné avec CSS Assurance-maladie SA. c) Par courrier du 20 août 2020, santésuisse a informé le président du Tribunal arbitral des assurances qu'Assura-Basis SA avait trouvé un accord amiable avec le défendeur et que, selon les termes de cet accord, Assura-Basis SA se retirait de la procédure d'économie en cours. Aussi convient-il de prendre acte du désistement à l'action d'Assura-Basis SA. 3. a) Au cours de l'audience de conciliation qui s'est tenue le 21 août 2019, les demanderesses ont modifié leurs conclusions initiales, en ce sens qu'elles ont demandé le paiement par le défendeur d'un montant de 357'890 fr. pour l'année statistique 2016. A cette occasion, elles ont précisé qu'elles étaient disposées à renoncer à leurs conclusions, si le Tribunal arbitral des assurances devait parvenir à la conclusion que les parties avaient conclu un accord transactionnel portant sur un montant de 250'000 fr. qui liait le défendeur. b) Par la suite, les demanderesses ont à plusieurs reprises modifié leurs conclusions pour conclure, en dernier lieu, à la condamnation du défendeur au paiement d'un montant de 389'886 fr., respectivement de 372'531 francs. c) Au regard des déclarations tenues par les demanderesses au cours de l'audience de conciliation, il convient

d'examiner en premier lieu si un accord transactionnel est intervenu entre les parties en 2018 et, le cas échéant, la portée de cet accord. 4. a) La transaction extrajudiciaire est un contrat synallagmatique et onéreux au moyen duquel les parties mettent fin, par des concessions réciproques, à une incertitude subjective ou objective touchant les faits, leur qualification juridique, l'existence, le contenu ou l'étendue d'un rapport de droit. Les concessions réciproques peuvent notamment prendre la forme d'une reconnaissance de dette, d'une remise de dette, d'une remise d'intérêts moratoires ou de délais de paiement. En tant que contrat, la transaction extrajudiciaire est en principe soumise aux règles sur les vices du consentement (ATF 130 III 49 consid. 1.2 ; 111 II 349 consid. 1 ; TF 4C.254/2004 du 3 novembre 2004 consid. 3.2.1 et les références citées). b) Le contrat est parfait lorsque les parties ont, réciproquement et d'une manière concordante, manifesté leur volonté (art. 1 al. 1 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]) sur tous les points essentiels (art. 2 al. 1 CO). La conclusion du contrat n'est subordonnée à l'observation d'une forme particulière que si une disposition spéciale de la loi le prévoit (art. 11 al. 1 CO) ou si les parties en sont convenues (art. 16 al. 1 CO). Lorsqu'aucune forme particulière n'est prescrite, la manifestation de volonté peut être expresse ou tacite (art. 1 al. 2 CO). c) Tant pour déterminer si un contrat a été conclu que pour en interpréter le contenu, le juge doit en premier lieu s'attacher à mettre au jour la réelle et commune intention des parties (interprétation subjective ; art. 18 al. 1 CO), le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices. Constituent des indices en ce sens non seulement la teneur des déclarations de volonté, mais encore le contexte général, soit toutes les circonstances permettant de découvrir la volonté réelle des parties, qu'il s'agisse des déclarations antérieures à la conclusion du contrat, des projets de contrat, de la correspondance échangée, ou encore du comportement ultérieur des parties établissant quelles étaient à l'époque les conceptions des contractants eux-mêmes. Cette interprétation subjective repose sur l'appréciation des preuves (ATF 144 III 93 consid. 5.2.2 ; 142 III 239 consid. 5.2.1 ; 132 III 626 consid. 3.1). Lorsqu'une volonté réelle concordante ne peut pas être établie, le juge doit en second lieu recourir à l'interprétation objective, à savoir rechercher la volonté objective des parties, en déterminant le sens que, d'après les règles de la bonne foi, chacune d'elles pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre (application du principe de la confiance ; ATF 144 III 93 consid. 5.2.3 ; 142 III 239 consid. 5.2.1 ; 132 III 626 consid. 3.1). d) Les règles en matière de vices du consentement s'appliquent aussi à la transaction, dans la mesure où cela est compatible avec la nature de ce contrat. Les parties ne peuvent pas invoquer une erreur portant sur les points incertains, le « caput controversum », qu'ils entendaient régler définitivement en transigeant ; elles peuvent par contre se prévaloir, selon les règles générales, d'une erreur sur un autre fait. Ainsi, les parties qui se sont fondées sur les constatations d'un expert pour transiger sur les conséquences en découlant peuvent, le cas échéant, se prévaloir d'une erreur essentielle si les constatations de l'expert se révèlent par la suite avoir été fausses (cf. ATF 132 III 737 consid. 1 ; 130 III 49 consid. 1). 5. a) En l'occurrence, il ressort des pièces du dossier ainsi que des déclarations des parties qu'elles ont entamé des pourparlers transactionnels à compter du mois de mai 2018. Par courrier du 7 mai 2018, santésuisse, pour le compte des demanderesse, a proposé au défendeur de tenter une « conciliation bilatérale ». Les parties se sont rencontrées le 19 juin 2018 et le résultat des discussions a été acté dans un courrier du 21 juin 2018, dans lequel santésuisse a proposé de transiger à hauteur de 200'000 fr. pour l'année statistique 2016 et de renoncer à toute prétention pour l'année statistique 2017 en contrepartie d'un montant supplémentaire forfaitaire de 50'000 fr., moyennant le paiement de deux acomptes de

50'000 fr. en juillet et août 2018 suivi de dix acomptes de 15'000 fr. les mois suivants. b) Par courrier du 24 juin 2018, le défendeur a confirmé son accord, en demandant toutefois le paiement initial de trois acomptes de 33'333 fr. 33 en juillet, août et septembre 2018 suivi de dix acomptes de 15'000 fr. Il a par ailleurs précisé que la convention qui officialiserait cette transaction devrait intégrer le fait qu'elle porterait sur les années 2016 et 2017 et que la renonciation à toute prétention pour l'année 2017 valait pour santésuisse ainsi que pour tous ses adhérents. c) santésuisse a, par courriel du 25 juin 2018, confirmé que la transaction mettait un terme aux procédures d'économicité, sous réserve d'erreurs commises dans la facturation ou d'un problème d'assuré. Elle a proposé au défendeur de s'acquitter dans un premier temps de quatre acomptes de 25'000 fr. suivi de dix acomptes de 15'000 francs. d) Par courrier portant la date du 25 juin 2018, santésuisse a transmis au défendeur une convention signée de sa part le 26 juin 2018 en deux exemplaires, à charge pour ce dernier de lui en retourner un exemplaire signé par lui, dont la teneur était la suivante : Concerne : Rétrocession dans le cadre de la procédure d'examen du caractère économique des prestations, années statistiques 2016-2017 Préambule santésuisse est, pour la pratique 2016 du Docteur, légitimée à déposer une demande de rétrocession devant le Tribunal arbitral en cas d'échec d'une conciliation. santésuisse, dans la perspective de tenter une conciliation extra-judiciaire, a rencontré le docteur le 19 juin 2018 dans ses locaux à Lausanne. A l'issue de la séance et des échanges qui ont suivi, les parties conviennent de ce qui suit : 1. Le Docteur s'engage à verser la somme de Frs 250'000.- (deux cent cinquante mille francs) aux assureurs-maladie par l'intermédiaire de santésuisse. 2. Les parties conviennent d'un paiement échelonné du montant convenu à l'article premier ci-dessus. Les versements doivent être effectués le 27 de chaque mois, comme suit : 27 juillet 2018 Frs 25'000.- au plus tard le 31 juillet 2018 27 août 2018 Frs 25'000.- au plus tard le 31 août 2018 27 septembre 2018 Frs 25'000.- au plus tard le 30 septembre 2018 27 octobre 2018 Frs 25'000.- au plus tard le 31 octobre 2018 27 novembre 2018 Frs 15'000.- au plus tard le 30 novembre 2018 27 décembre 2018 Frs 15'000.- au plus tard le

E. 31

décembre 2018 27 janvier 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 31 janvier 2019 27 février 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 28 février 2019 27 mars 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 31 mars 2019 27 avril 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 30 avril 2019 27 mai 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 31 mai 2019 27 juin 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 30 juin 2019 27 juillet 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 31 juillet 2019 27 août 2019 Frs 15'000.- au plus tard le 31 août 2019

3. En cas de retard dans le versement d'un paiement, l'entier de la somme restante devient exigible, sans mise en demeure préalable. Les dispositions prévues dans le Code des obligations (CO) s'appliquent aux intérêts de retard. santésuisse peut mandater, si nécessaire, un bureau de recouvrement externe pour l'encaissement de la somme, aux frais du Docteur. 4. Le Docteur peut en tout temps régler la totalité du solde dû. 5. Les paiements sont à effectuer sur le compte de santésuisse, 4502 Soleure, auprès de la Banque [...], compte IBAN [...]. santésuisse fournira, cas échéant, les bulletins de versement nécessaires. 6. santésuisse s'engage à ne pas entamer une procédure au sens des articles 56 et 59 LAMal, sur l'année statistique 2016 du défendeur, pour autant qu'il respecte les modalités du présent accord. 7. Avec la signature de cette transaction, toutes les réclamations dans le cadre des évaluations d'économicité de santésuisse deviennent caduques pour les années statistiques 2016 et 2017. 8. D'éventuelles prétentions d'un assureur-maladie individuel

sont réservées. 9. Les parties renoncent mutuellement à prétendre à des indemnités (par exemple dépens, etc.). 10. La transaction comprend 2 pages. Elle est établie en deux exemplaires originaux et est valable dès la signature par les parties. e) Le défendeur a signé la transaction le 4 juillet 2018, l'a scannée et l'a transmise le même jour par courriel à santésuisse, en précisant que l'original partirait le soir même par courrier. Le défendeur n'a jamais renvoyé l'original de la transaction à santésuisse. 6. a) Sur le vu des faits mis en évidence, il y a lieu de constater que la transaction a été signée par les deux parties les 26 juin et 4 juillet 2018, quand bien même l'original n'a finalement jamais été retourné à santésuisse. Certes le défendeur a allégué, dans sa duplique du 25 mai 2020, n'avoir jamais signé la transaction (p. 4, ad 3 à 5). Cette déclaration apparaît toutefois contraire aux allégations tenues dans sa réponse du 10 mai 2019 (« [...] qui ont poussé le défendeur à lui faire parvenir une copie de la transaction signée, valant accord de principe » ; p. 3, ad 3 à 5) et aux pièces produites par les demanderesse, en particulier à la copie de la transaction signée (pièces 3 à 8 du bordereau complémentaire du 21 août 2019). Dans le courrier qu'il a adressé le 17 juillet 2018 à santésuisse (pièce 10 du bordereau complémentaire du 21 août 2019), le défendeur a d'ailleurs admis avoir transmis par courriel une copie de la convention signée (« je vous ai transmis par mail cette convention signée »). b) La transaction signée par les parties règle tous les points essentiels liés aux prétentions des demanderesse à raison des traitements jugés non économiques prodigués par le défendeur durant les années 2016 et 2017. Elle prévoit le paiement par le défendeur d'un montant global de 250'000 fr. en quatre acomptes de 25'000 fr. et dix acomptes de 15'000 fr. à verser à des dates prédéfinies. En contrepartie à l'engagement du défendeur, elle prévoit que toutes les réclamations de santésuisse sous l'angle de l'économicité pour les années statistiques 2016 et 2017 deviennent caduques avec la signature de la transaction. Force est par conséquent d'admettre que les parties ont valablement conclu un contrat au sens des art. 1 et 2 CO. c) Il s'ensuit que la transaction lie les parties. Le fait que la transaction ne mentionne pas nommément les assureurs-maladie représentés par santésuisse importe peu, dès lors qu'il est clairement reconnaissable à la lecture de celle-ci que santésuisse a agi au nom et pour le compte des assureurs-maladie (cf. chiffre 1 de la transaction). Au demeurant, il convient de relever que le défendeur s'était assuré, par courrier du 24 juin 2018, que l'accord vaudrait « pour Santésuisse ainsi que pour tous ses adhérents », ce que santésuisse avait confirmé par courriel du 25 juin 2018. d) En tant que le défendeur soutient s'être rétracté, lorsqu'il a fait part à santésuisse, par courrier du 17 juillet 2018, de son incompréhension et de son besoin que certains points soient clarifiés avant de « pouvoir, en toute sérénité et en toute clarté vous confirmer mon accord », il ne saurait être suivi. Une fois le contrat signé, les parties sont liées par celui-ci et se doivent d'en respecter les termes ; une partie ne peut alors plus revenir unilatéralement sur ses engagements. Par ailleurs, rien ne permet de considérer que la conclusion du contrat serait entachée d'un vice du consentement qui permettrait au défendeur de l'invalider. En particulier, l'hypothèse, vaguement évoquée par le défendeur, d'une transaction signée sous l'emprise d'une erreur (art. 24 CO) ou de la crainte fondée (art. 29 CO) ne repose sur aucun fait établi. Entre le 7 mai 2018, date à laquelle santésuisse l'a invité à une « conciliation bilatérale » et le 4 juillet 2018, date à laquelle il a finalement signé la transaction, le défendeur a bénéficié de tout le temps nécessaire pour pouvoir demander les conseils d'un spécialiste en la matière et peser les avantages et les inconvénients d'une transaction. Il n'expose par ailleurs pas quelles auraient été les pressions exercées par santésuisse. A cet égard, il n'y a pas lieu d'admettre que la menace d'une action judiciaire aurait permis d'obtenir du défendeur des avantages excessifs au sens

de l'art. 30 al. 2 CO (ATF 110 II 132 consid. 4 ; voir également TF 4A_78/2017 du 20 juillet 2017 consid. 5.2). Force est en effet de constater que les conclusions prises par les demanderesse devant le Tribunal arbitral des assurances tendent au paiement, pour la seule année 2016, d'un montant passablement supérieur à celui faisant l'objet de la transaction, sans que l'on puisse considérer, de prime abord, au vu des arguments développés par les parties, qu'elles sont dénuées de chance de succès. e) Contrairement à ce que soutient le défendeur dans sa duplique du 25 mai 2020 (p. 4, ad 3 à 5), il n'y a aucune raison de considérer que la convention ne pourrait pas être prise en compte dans le cadre de la présente procédure arbitrale. L'engagement du défendeur de verser un montant de 250'000 fr. conformément aux conditions fixées par la convention serait vide de sens si les demanderesse ne pouvaient pas l'invoquer par la suite dans une procédure de poursuite ou dans une action en justice. f) Cela étant, le défendeur ne s'est pas acquitté dans le délai prévu – soit au plus tard le 31 juillet 2018 – du premier acompte de 25'000 fr. prévu au chiffre 2 de la convention. Il s'ensuit, conformément au chiffre 3 de la convention, que le montant de 250'000 fr. pour les années 2016 et 2017 est exigible en totalité et sans mise en demeure préalable depuis le 1^{er} août 2018 et que les demanderesse peuvent prétendre au paiement d'un intérêt moratoire de 5 % sur cette somme à compter de cette date (art. 104 al. 1 CO). g) Compte tenu du caractère définitif et exécutoire de la transaction, il n'y a pas de place, dans le cadre de la présente procédure, pour remettre en cause a posteriori le montant sur lequel les parties ont transigé. Ainsi, il n'y a pas lieu de réduire ledit montant à hauteur des coûts directs pris en charge en 2016 et 2017 par Assura-Basis SA à la suite de l'accord amiable passé entre cet assureur et le défendeur, ce d'autant moins que santésuisse n'était pas partie audit accord. h) Dans la mesure où la transaction a réglé de manière définitive la question de l'évaluation de l'économicité de la pratique du défendeur pour les années 2016 et 2017, il n'est pas nécessaire d'examiner le bien-fondé des griefs des demanderesse relatifs au volume global de facturation du défendeur ou au contrôle de l'économicité selon la méthode ANOVA. 7. Le chiffre 8 de la transaction des 26 juin et 4 juillet 2018 réserve les éventuelles prétentions d'un assureur-maladie individuel. Cette disposition doit être lue en relation avec les précisions données par santésuisse dans un courriel du 25 juin 2018 en réponse à diverses interrogations du défendeur (pièce 6 du bordereau complémentaire du 21 août 2019). A cette occasion, santésuisse a expliqué que la transaction mettait un terme aux procédures d'évaluation de l'économicité, mais qu'elle ne réglait pas les questions posées par d'éventuelles erreurs concrètes de facturation (telles que, par exemple, la facturation de positions tarifaires qu'un médecin n'aurait pas le droit de facturer). 8. a) Dans leurs déterminations du 22 novembre 2019, les demanderesse ont allégué l'utilisation par le défendeur de positions tarifaires du Tarmed réservées à des médecins au bénéfice d'un titre de spécialiste en « médecine générale », « médecine interne » ou « pédiatrie », à savoir la position 00.0520 « Consultation psychothérapique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min » pour un montant total d'au moins 50'017 fr., ainsi que les positions 00.0410 « Petit examen par le spécialiste de premier recours » et 00.0420 « Examen complet par le spécialiste de premier recours » pour un montant total d'au moins 8'819 francs. b) Le défendeur ne conteste pas qu'il ne disposait pas des spécialisations nécessaires pour facturer les positions tarifaires 00.0520, 00.0410 et 00.0420. Il soutient en revanche qu'il aurait pu utiliser d'autres positions tarifaires pour les prestations correspondantes. aa) S'agissant de la position tarifaire 00.0520, le défendeur fait observer qu'il l'a utilisée dans trois situations précises, soit lors de sa participation à des réunions de réseau de prise en charge en présence de patients au sein d'EMS ou avec des équipes de

CMS, lors de longues consultations dans le cadre de situations de décompensation psychiatrique et lors de suivi de patients bénéficiant de traitement de substitution et de dépendance. Il indique qu'il aurait pu utiliser, en lieu et place, les positions tarifaires 00.0010 « Consultation, première période de 5 min (consultation de base) », 00.0015 « Supplément pour prestations de médecine de famille au cabinet médical », 00.0020 « Consultation pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min en plus » et 00.0030 « Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation) ». bb) S'agissant des positions tarifaires 00.0410 et 00.0420, le défendeur fait observer qu'il les aurait utilisées pour des consultations plus complexes pour lesquelles il aurait pu, à défaut, utiliser la position tarifaire 00.0020 « Consultation pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min en plus ». cc) Les explications fournies par le défendeur apparaissent plausibles, si bien que l'on peut admettre que le temps de prestations facturé a été effectivement fourni, quand bien même d'autres positions tarifaires auraient dû être utilisées. Il convient néanmoins de rendre attentif le défendeur à son obligation d'utiliser des positions tarifaires correctes, afin de permettre un contrôle effectif de l'économicité, de l'efficacité et de l'adéquation. Le Tribunal arbitral des assurances pourrait se montrer à l'avenir moins compréhensif à l'égard de l'emploi de positions tarifaires erronées, si le défendeur devait persister dans cette pratique malgré le présent avertissement. c) aa) Les demanderesses reprochent également au défendeur l'utilisation excessive et non conforme aux exigences du Tarmed de la position 00.0095 « Indemnité de déplacement, par période de 5 min » pour un montant de 9'752 francs. Elles soutiennent que cette position serait facturée abusivement par le défendeur lors de visites de patients résidents au sein de l'établissement pour seniors P._____, dans la mesure où son cabinet médical est situé dans les locaux mêmes de cette résidence. Elles constatent, sur la base des statistiques de facturation, que le défendeur, qui a repris ledit cabinet au mois d'août 2015, aurait doublé le nombre de ses visites à domicile entre 2014 et 2016, si bien que l'augmentation devait être mise en relation avec l'activité du défendeur au sein de l'établissement P._____. bb) Le défendeur conteste ces allégations, soutenant au contraire que la reprise dudit cabinet lui a permis de développer une large patientèle en dehors de l'établissement P._____. A cet égard, il fait état d'une patientèle comprenant plus de 1'800 patients, souvent âgés, qui recourent souvent à des visites à domicile. cc) En l'absence d'éléments de preuve – les demanderesses n'en fournissent aucun hormis les statistiques de facturation –, il n'est pas possible de tenir pour établi que l'augmentation de l'utilisation par le défendeur de la position tarifaire 00.0095 entre 2014 et 2016 découlerait de l'utilisation de cette position pour la visite de patients résidents au sein de l'établissement P._____. Le grief doit être rejeté. 9. La facturation par le défendeur de prestations effectuées par d'autres médecins, sans l'utilisation d'un numéro RCC propre et sans en informer préalablement santésuisse, est contraire aux art. 6, 8 et 9 de la Convention-cadre Tarmed du 5 juin 2002, conclue entre santésuisse et la Fédération des médecins suisses (sur cette question, Tarb 8/18 – 6/2022 du 20 juin 2022 consid. 4d). Force est toutefois de constater que la question de la facturation par le défendeur de prestations effectuées par d'autres médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins a été évoquée dans le cadre des pourparlers qui ont abouti à la transaction des 26 juin et 4 juillet 2018. Dans son courrier du 24 juin 2018 à santésuisse, le défendeur avait notamment évoqué le fait que le caractère problématique de son indice d'économicité découlait pour partie du fait que les docteurs AA._____, BB._____ et CC._____ avaient facturé des actes médicaux réalisés auprès de ses patients sous son numéro RCC.

Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que cette question faisait partie de la transaction des 26 juin et 4 juillet 2018 et qu'elle ne peut plus être traitée dans le cadre de la présente procédure. 10. Les demanderesse mettent également en exergue le fait que le docteur CC. _____ n'était pas autorisé à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, faute pour celui-ci de disposer d'une autorisation de pratiquer délivrée par le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. Aussi estiment-elles que les prestations facturées pour l'activité de ce médecin devraient être remboursées. a) aa) Aux termes de 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]). Le Conseil fédéral règle l'admission des médecins titulaires d'un certificat scientifique équivalent (art. 36 al. 2 LAMal [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). bb) Selon l'art. 38 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102 ; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les médecins doivent prouver qu'ils détiennent un titre postgrade au sens de l'art. 20 de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd ; RS 811.11). Les médecins titulaires d'un diplôme étranger reconnu au sens de l'art. 15 LPMéd ont les mêmes droits que les médecins titulaires d'un diplôme fédéral correspondant. Les médecins titulaires d'un titre postgrade étranger reconnu au sens de l'art. 21 LPMéd ou d'une autorisation cantonale de pratiquer conformément à l'art. 36 al. 3 LPMéd, ont les mêmes droits que les médecins titulaires d'un titre postgrade fédéral correspondant (art. 39 OAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). cc) Les médecins visés à l'art.

E. 36

LAMal ne sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que si le nombre maximum fixé dans l'annexe 1 pour le canton et le domaine de spécialité concernés n'est pas atteint (art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, abrogée le 1^{er} juillet 2021 [OLAF ; RO 2013 2255], en relation avec l'art. 55a al. 1 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2021). Ne sont pas soumises à la preuve du besoin, et ne sont donc pas soumises à ces limites, les personnes qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade (art. 55a al. 2 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2021). Les médecins titulaires du seul diplôme fédéral ou d'un titre équivalent sont dispensés de l'autorisation lorsqu'ils suivent une formation postgrade au sens de l'art. 25 LPMéd. Ils doivent pratiquer sous la surveillance directe d'un médecin au bénéfice d'une autorisation de pratique dans la même discipline (art. 76 al. 2 de la loi cantonale vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique [LSP ; BLV 800.01]). Un médecin autorisé à pratiquer ne peut pas s'adjoindre plusieurs assistants (art. 93 al. 7 LSP). b) Selon les documents qu'il a produits en cours de procédure, le défendeur aurait facturé des prestations effectuées par le docteur CC. _____, d'abord dans le cadre d'un remplacement effectué par ce médecin pour un montant total de 32'039 fr. 90, puis dans le cadre d'une activité exercée par ce médecin pour son propre compte à titre indépendant d'avril à août 2016 pour un montant total de

59'903 fr. (pièce 1 du bordereau du 16 décembre 2020). c) Le 13 novembre 2020, l'Office du médecin cantonal a attesté, à la demande du Tribunal arbitral des assurances, que le docteur CC. _____ avait été autorisé à effectuer un remplacement au cabinet du défendeur pour la période du 22 février au 28 février 2016. Compte tenu de la brièveté de la période pendant laquelle le docteur CC. _____ a été autorisé à pratiquer au sein du cabinet du défendeur, il est tout bonnement impossible que ce médecin ait pu générer un montant d'honoraires de 32'039 fr. 90. Tout-au-plus convient-il d'admettre un montant de 3'750 fr. pour les prestations fournies au cours de cette période, eu égard à la rétrocession de 1'500 fr. versée au docteur CC. _____ le 29 février 2016, laquelle correspond à 40 % du chiffre d'affaires engendré par ce médecin (pièce 1 du bordereau du 16 décembre 2020). d) Dans le même courrier, l'Office du médecin cantonal a également précisé qu'une autorisation de pratiquer à titre indépendant et une autorisation de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins limitée au district d' [...] avaient été préparées en faveur du docteur CC. _____ dans la perspective de la reprise du cabinet du défendeur situé à [...]. Dans la mesure toutefois où la reprise du cabinet ne s'était jamais concrétisée – le défendeur a expliqué, dans ses déterminations du 16 décembre 2020, que le docteur CC. _____ avait subitement quitté le cabinet sans donner de nouvelles –, les deux autorisations avaient été annulées, si bien que le docteur CC. _____ n'avait jamais été autorisé à pratiquer pour son propre compte et à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il s'ensuit que le défendeur n'était pas en droit de facturer aux demanderesse un montant de 59'903 fr. pour des prestations délivrées par le docteur CC. _____ entre les mois d'avril et août 2016. e) La question de la facturation, par le défendeur, de prestations effectuées par un médecin qui n'est pas autorisé à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins ne relève pas de l'économicité et n'est pas couverte par la transaction des 26 juin et 4 juillet 2018. En conséquence, les prestations facturées pour l'activité du docteur CC. _____ doivent être remboursées et les demanderesse sont en droit d'exiger la restitution des prestations qu'elles ont indûment versées au défendeur, soit un montant total de 88'192 fr. 90 ([32'039 fr. 90 – 3'750 fr.] + 59'903 fr.). Compte tenu de l'accord amiable passé entre le défendeur et Assura-Basis SA et du désistement à la procédure de cet assureur, il convient de réduire, à hauteur de sa participation aux coûts directs pris en charge par l'ensemble des assureurs concernés, soit 8,58 %, le montant précité (cf. pièce 2 du bordereau du 13 juillet 2018). Il en résulte que le défendeur est tenu de restituer, en raison des prestations délivrées par le docteur CC. _____, un montant de 80'625 fr. 95. 11. a) En définitive, la demande doit être partiellement admise et le défendeur condamné au paiement en faveur des demanderesse, d'une part, d'un montant de 250'000 fr. avec intérêt à 5 % l'an à compter du 1^{er} août 2018 et, d'autre part, d'un montant de 80'625 fr. 95. b) Les frais de procédure sont fixés à 5'000 fr., compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 du tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 [TFJDA ; BLV 173.36.5.1], en corrélation avec les art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, ces frais seront mis à la charge des demanderesse, pour un cinquième, soit 1'000 fr., et du défendeur, pour quatre cinquièmes, soit 4'000 francs. Les frais sont compensés avec les avances de frais versées par les demanderesse. c) Le défendeur versera aux demanderesse la somme de 5'000 fr. à titre de dépens partiels (art. 11 al. 1 et 2 TFJDA, en corrélation avec l'art. 55 LPA-VD), ainsi que la somme de 4'000 fr. à titre de remboursement de l'avance de frais versée.

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