

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 14 juin 2023

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Gueddi et Mme Baumgartner, arbitres
Greffière : Mme Neurohr

* * * * *

Cause pendante entre :

D. _____ **ET CONSORTS**, à [...], demanderesse,
K. _____, à [...], demanderesse,
P. _____, à [...], demanderesse,
E. _____, à [...], demanderesse,
U. _____, à [...], demanderesse,
V. _____, à [...], demanderesse,
I. _____, à [...], demanderesse,
N. _____, à [...], demanderesse,
W. _____, à [...], demanderesse,
G. _____, à [...], demanderesse,
M. _____, à [...], demanderesse,
Y. _____, à [...], demanderesse,
Q. _____, à [...], demanderesse,
A. _____, à [...], demanderesse,
H. _____, à [...], demanderesse,
R. _____, à [...], demanderesse,
T. _____, à [...], demanderesse,
O. _____, à [...], demanderesse,
L. _____, à [...], demanderesse,

toutes représentées par santésuisse, à Soleure, elle-même représentée par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg,

et

B._____, à [...], défenderesse, représentée par Me Giuliano Scuderi, avocat à Morges.

Art. 25 al. 1, 32 al. 1 et 56 LAMal.

E n f a i t :

A. La Dre B._____ (ci-après : la défenderesse) est titulaire d'un diplôme de médecin délivré en [...], reconnu en Suisse depuis 2005. Elle est également titulaire d'un titre de médecin praticien depuis 2009. En 2016, elle exploitait un cabinet médical à X._____ (VD) et facturait ses prestations aux assureurs-maladie sous le numéro de registre des codes-créanciers (RCC) [...]. Elle a également travaillé au sein de la Clinique de D._____ pendant les mois de janvier à juin 2016. Dès le mois de juillet 2016, elle a travaillé exclusivement pour son cabinet de X._____ (VD) pour les consultations et au Centre C._____ (Centre C._____) pour la chirurgie. Elle avait conclu une convention avec ce centre pour l'utilisation du bloc opératoire.

B. Le 10 juillet 2018, D._____ et consorts (ci-après : les demanderesses), représentées par santésuisse, ont saisi le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud d'une demande en paiement, sous suite de frais et dépens, d'un montant de 148'581 fr., subsidiairement 160'349 fr., à l'encontre de la Dre B._____. Le montant demandé en paiement correspond selon les demanderesses aux coûts directs occasionnés par la pratique non économique de la défenderesse en 2016. Les demanderesses se fondent en particulier sur une comparaison entre l'indice des coûts directs (sans médicaments) par patient découlant des factures de la Dre B._____ à la charge de l'assurance obligatoire des soins, d'une part, et l'indice des coûts directs par patient (sans médicaments) découlant de la pratique des autres médecins praticiens en Suisse, tels qu'ils ressortent de la méthode de comparaison des coûts « Anova » et compte tenu d'un seuil de tolérance de 30 %.

Simultanément à leur demande au Tribunal arbitral des assurances, D._____ et consorts ont saisi la Commission paritaire cantonale SVM [Société vaudoise de médecine] - santésuisse d'une demande de conciliation. Elles ont requis la suspension de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances jusqu'à l'issue de cette procédure de conciliation.

Le Tribunal arbitral des assurances a ouvert un dossier sous le numéro T. arb. 11/18 et, avec l'accord de la défenderesse, a suspendu la cause jusqu'à l'issue de la procédure devant la Commission paritaire.

Le 12 février 2019, les demanderesses ont informé le tribunal arbitral de l'échec de la conciliation et ont requis la reprise de la procédure T. arb. 11/18. Le tribunal arbitral a levé la suspension de la cause le 7 mars 2019.

Le 4 avril 2019, la défenderesse a déposé un mémoire-réponse en concluant au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Elle conteste notamment la pertinence du groupe de comparaison des médecins praticiens au motif qu'elle dispose de droits acquis lui permettant de pratiquer et facturer des prestations relevant de l'angiologie. Une comparaison avec le groupe des angiologues ne lui paraît pas davantage pertinente dans la mesure où elle a « une activité en réalité mixte, soit une activité d'angiologie incluant certaines prestations de chirurgie vasculaire ». Le fait qu'elle accomplit des actes chirurgicaux rend sa pratique particulière par rapport au groupe de comparaison des angiologues. Elle souligne avoir vu en moyenne 2,93 fois chaque patient en 2016, ce qui est effectivement élevé par rapport au groupe de comparaison, mais s'explique par la nécessité de voir en règle générale quatre fois les patients qu'elle opère, dans un laps de temps rapproché, soit 48 heures avant l'intervention, le jour de l'intervention, 48 heures après l'intervention pour un contrôle post-opératoire et une semaine après l'intervention pour l'ablation des points de suture. Elle a réalisé 80 opérations en 2016. Le nombre élevé de consultations par patient, qui entraîne un coût élevé par patient, est le reflet de cette situation et non d'une pratique contraire au principe d'économicité.

Le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation le 21 mai 2019, sans succès.

Le 19 juin 2019, la défenderesse s'est déterminée et a produit la liste des positions tarifaires utilisées pour facturer les prestations liées aux interventions chirurgicales alléguées. Les parties ont par la suite échangé de nouvelles déterminations les 2 octobre 2020 et 21 janvier 2022 (demanderesses) et les 12 novembre 2020 et 23 mars 2022 (défenderesse).

Le 2 septembre 2022, le Président du Tribunal arbitral a remis aux parties une impression de la page internet de NewIndex SA relative aux valeurs cantonales des points tarifaires en 2016, en précisant que sauf avis contraire motivé des parties, et sous réserve de l'avis des autres membres du Tribunal arbitral, les valeurs tarifaires compilées sur cette page seraient considérées comme établies. Il a par ailleurs invité la défenderesse à préciser dans quel établissement et pendant quelle période elle avait travaillé à D._____ en 2016. La défenderesse a répondu le 3 octobre 2022 ; elle a par ailleurs déclaré admettre les valeurs tarifaires communiquées le 2 septembre 2022.

E n d r o i t :

1. a) D'après l'art. 89 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.1), les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral (al. 1). Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (al. 2). Le tribunal arbitral est aussi compétent lorsque le débiteur de la rémunération est l'assuré ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (al. 3). Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties (al. 4).

b) Dans le canton de Vaud, le Tribunal arbitral des assurances est rattaché à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 36 al. 2 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; RSV 173.31.1]). Il est présidé par un juge cantonal désigné par le Président du Tribunal cantonal, ainsi que par deux arbitres désignés pour chaque affaire par son Président (art. 114 al. 1 à 3 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

c) Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur la demande du 10 juillet 2018, compte tenu de la nature du litige et du fait que la défenderesse avait son cabinet médical dans le canton de Vaud au moment des faits litigieux et au moment du dépôt de la demande.

La demande est recevable au regard de ce qui précède.

2. Le litige porte sur le caractère économique ou non économique de la pratique médicale de la défenderesse en 2016, ainsi que le montant qu'elle serait tenue de rembourser aux demandereses dans l'hypothèse d'une pratique non économique.

3. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Seules les prestations efficaces, appropriées et économiques sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal. Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt du patient et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56 al. 2 LAMal). Outre l'obligation de restituer tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée, l'art. 59 al. 1 LAMal prévoit la possibilité, pour le Tribunal arbitral des assurances, de sanctionner le fournisseur de prestations qui ne respecte pas les exigences relatives au caractère

économique et à la qualité des prestations par un avertissement, une amende et, en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 59 al. 1 let. a à d LAMal).

4. a) Les méthodes statistique et analytique, ou une combinaison de ces deux méthodes, sont admises par le Tribunal fédéral pour établir l'existence d'une polypragmasie (« Überarztung »). Si les tribunaux arbitraux restent en principe libres de choisir la méthode d'examen, le Tribunal fédéral donne toutefois sa préférence à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui n'est en règle générale appliquée que si des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut. La méthode statistique permet un examen anonyme, standardisé, large, rapide et continu de l'économicité par rapport à une méthode analytique qui a les défauts d'être coûteuse, difficile à réaliser à large échelle et mal adaptée lorsqu'il s'agit de déterminer l'ampleur de la polypragmasie et le montant à mettre à la charge du médecin concerné (ATF 136 V 415 consid. 6.2 ; TF 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3 ; 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 5.2.2).

b) La méthode statistique de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les coûts moyens causés par patient par la pratique du médecin concerné avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables. Pour que cette méthode puisse être appliquée, il faut que les bases de comparaison soient sensiblement identiques et que la comparaison s'étende sur une période suffisamment longue, afin de réduire plus ou moins les éventuelles différences qui peuvent se présenter. Il convient de parler de polypragmasie lorsque les notes d'honoraires communiquées par un médecin aux assureurs-maladie sont, en moyenne, sensiblement plus élevées que celles d'autres médecins relevant de la même spécialité, exerçant dans la même région et disposant d'une patientèle similaire, sans que des circonstances particulières puissent justifier cette différence. On ne saurait toutefois inférer d'un dépassement de la valeur statistique de référence (indice de 100) l'existence d'une pratique médicale non économique. Il convient

d'accorder au médecin une marge de tolérance ainsi que, le cas échéant, un supplément sur cette marge de tolérance permettant d'intégrer les spécificités d'une pratique médicale. Selon la jurisprudence, cette marge de tolérance doit se situer entre un indice de 120 et de 130 (ATF 137 V 43 consid. 2.2). Les résultats fournis par la méthode statistique ne constituent toutefois pas une présomption irréfragable, dans la mesure où le médecin concerné a toujours la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de ses confrères appartenant à son groupe de comparaison (ATF 136 V 415 consid. 6.2 ; TF 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3 ; 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 5.2.3).

c) Les 27 décembre 2013 et 16 janvier 2014, en application de l'art. 56 al. 6 LAMal, la Fédération des médecins suisses (FMH), d'une part, et santésuisse et curafutura, d'autre part, ont convenu d'appliquer la méthode statistique d'analyse des variances (méthode dite « Anova ») pour contrôler le caractère économique des prestations des médecins. Le Tribunal fédéral a admis la légalité de cette méthode d'analyse et de son utilisation comme moyen de preuve d'une pratique non économique (ATF 144 V 79 ; voir également TF 9C_267/2017 et 9C_268/2017 du 1^{er} mars 2018). Cette méthode consiste à comparer les coûts moyens par patient causés par la pratique du médecin concerné avec ceux des médecins travaillant dans la même spécialité en Suisse. A cette fin, les variables âge et sexe des patients sont, dans un premier temps, standardisés, de sorte que les coûts d'un médecin sont présentés comme s'il avait la même répartition de patients par âge et par sexe que le groupe de comparaison dans son ensemble. Dans un deuxième temps, les coûts des médecins entrant en comparaison sont standardisés comme s'ils étaient tous actifs dans le même canton et, par conséquent, soumis au même tarif. Il en résulte un indice standardisé national par spécialité médicale, qui est utilisé comme valeur de référence pour le médecin et son groupe de comparaison.

5. a) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération. Il peut notamment se fonder sur le temps

consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (art. 43 al. 2 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 4 LAMal). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 5 LAMal). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43 al. 6 LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire) (art. 44 al. 1 LAMal).

b) Conformément à ce qui précède, la Fédération des médecins suisses et santésuisse ont adopté le 5 juin 2002 la Convention-cadre Tarmed, qui introduit une structure tarifaire unifiée en matière de soins ambulatoires pour l'ensemble de la Suisse (ci-après : structure tarifaire Tarmed), pour les prestations des médecins exerçant en pratique privée et ceux fournissant des prestations selon les formes d'assurance particulières (HMO, modèle de médecin de premier recours, etc.) (art. 1 et 2 de la Convention-cadre Tarmed). En raison de différends entre les partenaires tarifaires sur l'adaptation de la convention, le Conseil fédéral a édicté, le 20 juin 2014, l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), qu'il a par la suite adaptée régulièrement. Cette ordonnance définit la Convention-cadre Tarmed, avec les adaptations apportées par le Conseil fédéral, selon son annexe 1, comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse (art. 2 de l'ordonnance).

c) La structure tarifaire Tarmed contient des dispositions qui garantissent la qualité des soins non seulement en termes d'économicité,

mais également d'efficacité et d'adéquation, notamment en réservant certaines prestations à des médecins disposant d'une formation spécialisée. Le chiffre 10 du chapitre « Interprétations Générales » précise ainsi, sous le titre « Valeur intrinsèque », que « Les prestations ne peuvent être facturées que par les spécialistes répondant aux exigences de valeur intrinsèque qualitative et, le cas échéant, quantitative liées à ces prestations (exigences de formation postgraduée et continue, notamment titre de spécialiste et formations approfondies, attestations de formation complémentaire et certificats d'aptitude technique) ». La structure tarifaire Tarmed à laquelle se réfère l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie répond ainsi également au mandat donné par le législateur fédéral au Conseil fédéral de prendre les mesures nécessaires à garantir la qualité et l'adéquation des prestations (art. 58 al. 1 à 3 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 mars 2021 ; voir également art. 58h LAMal, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} avril 2021). Tout médecin qui, avant l'entrée en vigueur de Tarmed en janvier 2004, fournissait régulièrement depuis 3 ans des prestations sans être au bénéfice du titre de formation postgraduée requis peut faire valoir lesdites prestations en se prévalant d'un droit acquis, pour autant qu'il puisse attester une formation continue adéquate (Concept « valeur intrinsèque » Tarmed – version 9.0, ch. 1.3 ; ce document peut être consulté à l'adresse internet suivante : https://www.fmh.ch/files/pdf22/dignitaetkonzept90def_f.pdf [date de consultation : 02.06.2023]).

6. a) Les demanderesses fondent leurs allégations relatives à la non économicité des prestations fournies par la défenderesse, ainsi que celles relatives au montant des honoraires facturés à tort, sur une comparaison statistique entre sa pratique et celle des autres médecins praticiens établis en Suisse, selon la méthode dite « Anova ». A titre subsidiaire, elles se réfèrent à la méthode de comparaison statistique qui existait avant la méthode « Anova », à savoir une comparaison statistique entre la défenderesse et les autres médecins praticiens établis dans le canton de Vaud, sans standardisation pour tenir compte de l'âge et du sexe des patients (statistique RSS). Elles ont également produit une

comparaison statistique entre la défenderesse et les autres angiologues établis dans les cantons de Vaud et Genève (pièce 6), ainsi qu'en Suisse (pièce 7), sans standardisation pour tenir compte de l'âge et du sexe des patients ni du tarif cantonal (statistique RSS).

La défenderesse conteste la pertinence du groupe de comparaison des médecins praticiens, auquel se réfèrent les demanderesses. Elle fait valoir que sa pratique était celle d'une angiologue, avec par ailleurs certaines prestations de chirurgie vasculaire.

b) La défenderesse n'est pas titulaire d'un titre reconnu de spécialiste en angiologie ni d'un autre titre de spécialiste qui lui permettrait de pratiquer de la chirurgie vasculaire. Elle est toutefois au bénéfice de droits acquis à pratiquer comme angiologue et à facturer, par ailleurs, diverses prestations de chirurgie vasculaire (pièces 101 et 102). Les demanderesses ne le contestent pas et ne démontrent pas que la pratique de la défenderesse correspondrait à celle d'un médecin praticien plutôt qu'à celle d'un angiologue, comme le soutient cette dernière.

7. a) La défenderesse conteste la pertinence du groupe de comparaison des angiologues, dès lors qu'elle aurait régulièrement facturé des prestations chirurgicales en utilisant, au bénéfice d'un droit acquis, des positions tarifaires exigeant une spécialisation supplémentaire. Sa pratique ne serait donc pas comparable à celles des autres angiologues, ou en tout cas d'une partie d'entre eux, qui ne pratiqueraient pas ces interventions chirurgicales.

b) A l'appui de ses allégations, la défenderesse a produit une liste des positions tarifaires utilisées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016 dans le cadre de sa pratique en cabinet à X. _____ (VD) et à la Clinique de D. _____ (pièce 103bis, produite le 19 juin 2019 sur réquisition du Président du Tribunal arbitral à la suite de l'audience de conciliation). Il n'en ressort toutefois pas que la défenderesse utiliserait régulièrement des positions tarifaires requérant un droit acquis particulier ou une autre spécialisation que l'angiologie. En effet, les positions

tarifaires mises en évidence sur cette pièce par la défenderesse ne requièrent pas de valeur intrinsèque particulière ou peuvent être pratiquées par un angiologue. Les deux seules positions tarifaires utilisées requérant une spécialisation particulière ou un droit acquis sont les positions 39.3570 et 39.3550 (p. 2 de liste des positions tarifaires correspondant à la pratique en cabinet). Au vu des montants concernés, inférieurs à 1'000 fr. au total, leur utilisation est négligeable pour l'appréciation de la pertinence du groupe de comparaison des angiologues.

En ce qui concerne sa pratique au Centre C._____, la défenderesse n'a pas pu produire de liste des positions tarifaires utilisées. La pièce 104 qu'elle a produite permet tout au plus de constater que 16 varicectomies ou ligatures d'une veine perforante ont été pratiquées. La défenderesse paraît soutenir dans son écriture du 19 juin 2019 que ces interventions ont entraîné une facturation des positions tarifaires 18.1600 et 18.1590. Ces positions tarifaires ne peuvent effectivement pas être utilisées par des angiologues ne disposant pas d'une spécialisation supplémentaire ou d'un droit acquis correspondant. Mais même en admettant, par hypothèse, que tel ait bien été le cas, le nombre d'interventions entrant en considération est insuffisant pour considérer que la pratique de la défenderesse serait particulière par rapport à celles des autres angiologues du groupe de comparaison. On observera par ailleurs que les positions 18.1600 et 18.1590 n'ont jamais été utilisées pour la pratique en cabinet ou à la Clinique de D._____. Aucune des autres positions tarifaires mentionnées par la défenderesse dans sa détermination du 19 juin 2019 ne requiert un titre de spécialisation, mis à part, pour certaines d'entre elles, l'angiologie. Enfin, l'argumentation de la recourante d'après laquelle seuls pourraient entrer dans le groupe de comparaison les angiologues pratiquant exclusivement en cabinet, au motif que les prestations effectuées en hôpital seraient comptabilisées par le biais du SwissDRG, ne peut être suivie. La facturation de prestations hospitalières par des forfaits liés au SwissDRG concerne en effet les prestations effectuées lors d'hospitalisations stationnaires, pour des cas qui s'écartent effectivement de la pratique ambulatoire en cabinet. Les

prestations facturées pour ces cas, s'écartant de la pratique en cabinet, n'entrent précisément pas dans les statistiques du médecin concerné pour ses prestations en ambulatoire, de sorte que ces statistiques restent pertinentes. Au demeurant, les demanderesses ont exposé à juste titre que les positions tarifaires facturées par la défenderesse et correspondant à des opérations (12'431 fr.) représentent une très faible proportion des coûts directs pour les traitements en cabinet médical (336'761 fr.). Il n'est pas rendu plausible que ces opérations, même en y ajoutant les contrôles qui y sont liés, puissent expliquer le surcoût notable par rapport au groupe de comparaison.

Vu ce qui précède, il n'y a pas de motif de considérer que la pratique de la défenderesse ne serait pas comparable à celle des autres angiologues et que le groupe de comparaison dans ce domaine de spécialisation ne serait pas pertinent.

8. Il ressort de la base de données statistiques RSS présentée par les demanderesses (pièce 6) que par rapport au groupe de comparaison des angiologues dans les cantons de Vaud et Genève, la défenderesse présente des coûts directs d'un montant total de 339'626 fr. en 2016 pour un indice des coûts directs et indirects par patient de 266. L'indice des coûts directs et indirects par patient était déjà très élevé les années précédentes (285 en 2012, 250 en 2013, 202 en 2014 et 229 en 2015). L'indice des coûts directs par patient est également élevé (322 en 2012, 285 en 2013, 224 en 2014, 256 en 2015 et 292 en 2016). En admettant une marge de tolérance importante de 30 % par rapport à l'indice des coûts directs et indirects, les coûts directs admissibles sont de 165'982 fr. 60 ($339'626/266 \times 130$). On doit ainsi constater que la pratique de la défenderesse n'était pas conforme au principe d'économicité et a entraîné un surcoût de l'ordre de 173'643 fr. ($339'626 \text{ fr.} - 165'983 \text{ fr.}$). Une comparaison avec les angiologues au niveau suisse (pièce 7 produite par les demanderesses) serait légèrement plus favorable à la défenderesse, puisque l'indice des coûts directs et indirects de la défenderesse serait de 232, ce qui entraînerait un surcoût de l'ordre de 149'318 fr. ($339'626 \text{ fr.} - [339'626/232 \times 130]$). Cela peut s'expliquer

notamment par le fait que le point tarifaire pour les cantons de Vaud et Genève (0.96 ; pièce 200) était parmi les plus élevés de Suisse en 2016. Quoi qu'il en soit, les demanderesses concluent, à titre principal, au remboursement d'un montant de 148'581 fr. par la défenderesse, ce qui rentre dans le cadre du surcoût calculé ci-avant. Il convient par conséquent de leur allouer leur conclusion principale, quand bien même celle-ci reposait sur une comparaison avec le groupe des médecins praticiens, qui n'a pas été jugé pertinent par le Tribunal arbitral.

9. a) Vu ce qui précède, la défenderesse sera tenue de restituer aux demanderesses, solidairement entre elles, un montant de 148'581 francs.

b) Dès lors que les demanderesses ont vu leur conclusion principale admise, les frais de justice sont intégralement mis à la charge de la défenderesse, qui ne peut pas prétendre à des dépens (art. 45, 49 al. 1 et 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). Les frais de justice comportent l'émolument judiciaire, arrêté à 3'500 fr. ainsi que la rémunération des arbitres-asseesseurs, qu'il convient de fixer à 1'000 fr. par arbitre-asseesseur, soit un total de 5'500 francs. Ce montant est intégralement couvert par les avances de frais effectuées. Les demanderesses, qui ont versé ces avances de frais, se verront rembourser ces débours par la défenderesse.

**Par ces motifs,
le Tribunal arbitral des assurances
p r o n o n c e :**

I. La demande est admise.

II. B._____ est condamnée à verser aux demanderesses, solidairement entre elles, un montant de 148'581 fr. (cent

quarante-huit mille cinq cent huitante et un francs) pour l'année statistique 2016.

III. Les frais de justice sont fixés à 5'500 fr. (cinq mille cinq cents francs) et sont mis à la charge de la défenderesse ; ils sont couverts par l'avance de frais effectuée par les demanderesses.

IV. B._____ versera aux demanderesses, solidairement entre elles, un montant de 5'500 fr. (cinq mille cinq cents francs) à titre de débours pour l'avance de frais effectuée.

Le président :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Valentin Schumacher (pour les demanderesses),
- Me Giuliano Scuderi (pour B. _____),
- Office fédéral de la santé publique.

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 :