Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-3997/2014

Arrêt du 16 décembre 2016

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Christoph Rohrer, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A._____,
représentée par Maître Christian Favre, Lausanne
recourante,

contre

Le Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS),
Av. des Casernes 2, BAP, 1014 Lausanne,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-Maladie : Décision rendue par le Chef du Département de la santé et de l'action sociale le 17 juin 2014 refusant la délivrance d'une autorisation de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Faits :

A.
La Dresse A._____ (ci-après : recourante) dispose d'un diplôme étranger de médecin ainsi que d'un diplôme postgrade en pathologie (cf. autorisation du canton de Vaud du 7 octobre 2013 de pratiquer sa profession dans le canton de Vaud [TAF pce 1 annexe 8]).

B.
Le 21 mai 2013, la recourante remplit et signe le formulaire « Demande d'autorisation de pratique » qu'elle dépose auprès du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (ci-après : DSAS). Répondant aux questions spécifiques du formulaire, elle indique notamment que la date prévue du début de son activité auprès de B._____ est le 1er novembre 2013, qu'elle n'a pas déjà été autorisée à pratiquer sa profession à titre indépendant en Suisse et qu'elle ne désire pas travailler à charge de l'assurance-maladie obligatoire à titre indépendant et à son propre compte (TAF pce 7 annexe 1).

Le 30 mai 2013, le Chef du DSAS accuse réception de cette requête (TAF pce 1 annexe 5).

C.
Par courrier du 19 août 2013, le médecin cantonal, Pôle Autorisations, du Service de la santé publique (ci-après : SSP) informe la recourante qu'elle répond aux exigences légales pour obtenir une autorisation de pratiquer dans le canton de Vaud. Toutefois, il explique que le canton de Vaud a décidé de réintroduire la limitation de l'admission de pratiquer à charge de l'assurance-obligatoire des soins et que la recourante, ne répondant pas aux exceptions, est soumise à la preuve du besoin. Le SSP demande à la recourante si elle souhaite continuer sa demande – dans ce cas, celle-ci sera transmise pour examen au groupe DSAS-SVM (Département de la santé et de l'action sociale-Société Vaudoise de Médecine) dont la prochaine rencontre doit avoir lieu au début du mois de septembre 2013 – ou si elle désire uniquement obtenir l'autorisation de pratiquer pour bénéficier, cas échéant, d'une procédure simplifiée pour une pratique dans un autre canton qui n'applique pas les nouvelles dispositions légales, ou encore si elle renonce à toute demande (TAF pce 1 annexe 6).

Le 1er septembre 2013, la recourante, se référant au site du médecin cantonal, conteste sa soumission à la preuve du besoin et informe qu'elle maintient sa demande de toutes manières (TAF pce 1 annexe 7).

D.
Le 7 octobre 2013, le DSAS autorise la recourante à pratiquer sa profession dans le canton de Vaud (TAF pce 1 annexe 8).

E.
Par courriel électronique du 15 novembre 2013 adressé au SSP, la recourante informe qu'elle constitue actuellement son dossier pour l'attribution d'un code créancier par SASIS SA et demande une lettre qui confirme qu'elle n'est pas touchée par le moratoire. Le 6 décembre 2013, le SSP lui répond qu'il ne peut pas donner suite à cette demande. Il indique que la seule possibilité pour obtenir un n° RCC est de faire une demande de dérogation motivée qui sera ensuite traitée au sein de la commission dont la prochaine séance aura lieu le 12 décembre 2013 (TAF pce 7 annexe 9).

F.
Le 27 janvier 2014, la recourante, s'adressant au Chef du SSP, soutient que sa demande doit être traitée selon le droit applicable au moment du dépôt de sa requête du 21 mai 2013 (TAF pce 1 annexe 10).

Par courrier du 10 février 2014, le médecin cantonal et la responsable des autorisations expliquent les raisons pour lesquelles ils considèrent que la recourante est soumise à la clause du besoin, soutenant pour l'essentiel que le traitement usuel d'une demande d'autorisation de pratiquer à titre indépendant était de 10 semaines et que la recourante n'avait pas indiqué sur le formulaire rempli le 21 mai 2013 qu'elle souhaitait également pratiquer à charge de l'assurance-maladie. Ils avisent en outre que la demande sera examinée par le groupe de travail DSAS-SVM chargé de préaviser le Chef de département dans le cadre de l'application de la clause du besoin et que celui-ci rendra prochainement une décision formelle (TAF pce 1 annexe 11).

G.
Par décision du 27 mars 2014, le Chef du DSAS informe la recourante qu'ils ne sont pas en mesure de lui délivrer une autorisation de facturer à charge de l'assurance obligatoire de soins au motif que la couverture des besoins de la population en pathologistes était déjà assurée dans le canton de Vaud (TAF pce 1 annexe 12).

H.
Suite à la rencontre de la recourante et de son employeur, le Dr C._____, avec la responsable du Pôle Autorisations du SSP le 8 avril 2014 (cf. note

du 8 avril 2014 [TAF pce 7 annexe 15]), le Dr C._____ explique dans son courrier du 9 avril 2014 les particularités de leur profession (TAF pce 1 annexe 13).

Dans le courriel électronique du 15 avril 2014, la responsable du Pôle Autorisations indique à la recourante et à son employeur que le groupe chargé de préaviser le Chef du département avait accepté de tenir compte des arguments de la recourante et de revoir son préavis mais qu'ils ne peuvent pas préjuger de la décision finale (TAF pce 1 annexe 14).

I.
Par nouvelle décision du 17 juin 2014, le Chef du DSAS confirme qu'il n'est pas en mesure de délivrer à la recourante une autorisation de facturer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins (TAF pce 1 annexe 15).

J.
Le 16 juillet 2014, la recourante interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à ce que la décision attaquée soit réformée en ce sens qu'elle est autorisée à facturer à charge de l'assurance-maladie obligatoire et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante argue que l'autorité intimée a violé le principe de la bonne foi et de la non-rétroactivité ainsi que les garanties conférées par les art. 5, 8 et 9 de la Constitution fédérale, que sa demande doit être traitée selon le droit en vigueur au moment du dépôt de sa demande du 21 mai 2013 et qu'elle n'est ainsi pas soumise à la clause du besoin (TAF pce 1).

K.
La recourante s'acquitte de l'avance des frais de procédure présumés fixés à 2'000 francs dans le délai imparti par le TAF (TAF pces 2 à 4).

L.
Dans sa réponse du 30 septembre 2014, le Chef du DSAS conclut au maintien de la décision contestée et au rejet du recours, considérant essentiellement qu'au vu de la date du dépôt de la demande il ne se justifie pas d'accorder à la recourante une exception à la clause de besoin. Il estime que la recourante n'aurait pas pu obtenir, selon lui, une autorisation d'exercer avant le 1er juillet 2013 et aurait été soumise à la limitation même si l'autorité intimée avait traité le dossier dans les délais usuels (TAF pce 7).

M.
Par ordonnance du 21 octobre 2014, le TAF transmet à la recourante la réponse du Chef du DSAS pour information (TAF pce 8).

N.
Par courrier du 12 novembre 2014, la recourante indique au TAF qu'elle entend faire valoir son droit de réplique inconditionnel d'ici au 21 novembre 2014 (TAF pce 9).

Le TAF répond le 17 novembre 2014 que la recourante ne bénéficie pas d'un tel droit (TAF pce 10).

Le 21 novembre 2014, la recourante transmet au Tribunal une écriture intitulée « réplique » (TAF pce 11).

O.
Les 29 janvier, 3 mai 2016 et 29 septembre 2016, la recourante vient aux nouvelles dans son dossier (TAF pces 13, 15 et 17).

Droit :

1.

1.1 En vertu de l'art. 31 de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF.

1.1.1 L'acte attaqué du 17 juin 2014 constitue une décision au sens de l'art. 5 al. 1 let. c PA. Il remplace la décision initiale du 27 mars 2014, l'autorité inférieure ayant accepté le 15 avril 2014 de revoir celle-ci en tenant compte des arguments formulés par la recourante à son encontre (TAF pce 1 annexe 14). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral une autorité est fondée à révoquer sa décision, sans conditions particulières, aussi longtemps que le délai de recours n'est pas échu et que la décision n'est pas entrée en force de chose décidée (ATF 134 V 257 consid. 2.2, 129 V 110 consid. 1.2.1, 121 II 273 consid. 1a/aa ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_172/2011 du 22 août 2011 consid. 3, 4A_447/2009 du 9 novembre 2009 consid. 2.1 ; arrêt du TAF C-2662/2011 du 29 octobre 2012 consid. 3.2 ; ANNETTE GUCKELBERGER, Der Widerruf von Verfügungen im schweizerischen Verwaltungsrecht, Zentralblatt 6/2007 p. 309;

HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7ème édition 2016, ch. 1224 p. 264; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3ème édition 2013 ch. 713; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Vol. II, Les actes administratifs, 3ème édition 2011, p. 402). La nouvelle décision du 17 juin 2014 peut faire l'objet d'un recours pour des motifs de fond, au même titre que la décision initiale (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 403).

1.1.2 Conformément à l'art. 33 let. i LTAF, le recours devant le Tribunal est recevable contre les décisions rendues par des autorités cantonales, dans la mesure où d'autres lois fédérales prévoient un recours au TAF, telles les art. 53 al. 1 et 90*a* al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10) selon lesquels, en relation avec l'art. 55*a* LAMal, le Tribunal connaît des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins dans le cadre de la clause du besoin. Selon la jurisprudence, le TAF est aussi compétent lorsque la décision a été rendue par une direction ou un département cantonal (ATF 134 V 45 rendu sous l'art. 34 LTAF, remplacé depuis le 1er janvier 2009 par l'art. 53 LAMal ; arrêt du Tribunal fédéral 9G_2/2008 du 11 décembre 2008).

1.1.3 Eu égard à ce qui précède, le Tribunal est compétent pour connaître du recours contre la décision contestée, rendue par le Chef du DSAS, étant remarqué que les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

1.2 La procédure est régie par la LTAF et la PA auxquelles l'art. 53 al. 2 LAMal renvoie ainsi que par les exceptions énoncées à ce même alinéa qui ont trait à la rationalisation de la procédure. Par conséquent, aux termes de l'art. 53 al. 2 let. d LAMal, un échange ultérieur d'écritures au sens de l'art. 57 al. 2 PA n'a lieu qu'exceptionnellement.

Il est précisé que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) n'est pas applicable en l'occurrence, l'art. 55*a* LAMal, en tant que mesure extraordinaire de maîtrise des coûts, faisant partie du domaine « budget global » visé par l'art. 1er al. 2 let. b LAMal (cf. Message du Conseil fédéral du 21 novembre 2012 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin [ci-après : Message du Conseil fédéral], FF 2012 p. 8710 ; voir aussi l'art. 2 LPGA ; arrêts du TAF C-604/2012 du 16 décembre 2015 consid. 1.3, C-1837/2014 du 26 novembre 2014, C-3048/2009 du 13 juillet 2009 consid. 4).

1.3 La recourante a qualité pour recourir contre la décision du Chef du DSAS au sens de l'art. 48 al. 1 PA, ayant pris part à la procédure devant l'autorité inférieure, étant spécialement atteinte par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification. Par ailleurs elle est dûment représentée (TAF pce 1 annexe 16).

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 50 et 52 PA) et l'avance de frais de procédure ayant été acquittée dans le délai imparti (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur son fond.

2.

2.1 Au sens de l'art. 49 PA, la recourante peut invoquer devant le TAF la violation du droit fédéral, qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens (ATF 124 II 517 consid. 1, 123 II 385 consid. 3), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

2.2 Le Tribunal de céans apprécie en principe librement l'opportunité d'une décision. Il fait néanmoins preuve d'une certaine retenue dans l'exercice de son pouvoir d'examen lorsque la nature des questions litigieuses qui lui sont soumises l'exige. Il en va notamment ainsi lorsqu'il s'agit, comme dans la présente occurrence, d'apprécier des circonstances locales que l'autorité qui a rendu la décision connaît mieux (ATF 130 II 449 consid. 4.1, 129 II 331 consid. 3.2, 119 Ib 33 consid. 3b p. 40 ; arrêt du TAF C-3940/2009 du 20 juillet 2010 consid. 2.4.1; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème édition 2015, pp. 566 ss; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3ème édition 2013, n° 1050 ss pp372 s.; ANDRÉ MOSER, Prozessieren vor Bundesverwaltungsgericht, 2008, n° 2.149 ss, spéc. 2.154;). L'autorité de recours n'intervient dans ces cas que si l'administration a excédé ou abusé de son pouvoir d'appréciation. Tel est notamment le cas si la décision attaquée s'appuie sur des faits qui, dans le cas particulier, ne devaient jouer aucun rôle ou lorsqu'elle ignore des éléments qui auraient absolument dû être pris en considération ; le Tribunal modifie en outre les décisions rendues en vertu d'un large pouvoir d'appréciation lorsqu'elles aboutissent à un résultat manifestement injuste ou à une iniquité choquante (ATF 132 III 109 consid. 2.1, ATF 132 III 49 consid. 2.1 p. 51).

2.3 Au vu de l'art. 53 al. 2 let. d LAMal cité (consid. 1.2 ci-dessus), le Tribunal ne tiendra pas compte de l'écriture de la recourante du 21 novembre 2014 (TAF pce 11) tel qu'indiqué dans son courrier du 17 novembre 2014 (TAF pce 10). En effet, la recourante ne fait valoir aucune situation particulière justifiant dans le cas concret un échange ultérieur d'écriture. De surcroît, le Tribunal remarque qu'elle a déjà eu plusieurs occasions d'exposer sa position devant l'autorité inférieure – voir son courrier du 27 janvier 2014 (TAF pce 1 annexe 10) et notamment sa rencontre avec la responsable du Pôle Autorisations le 8 avril 2014 et le courrier du Dr C._____ du 9 avril 2014 (TAF pce 1 annexe 13 et pce 7 annexe 15) suite auxquels l'autorité intimée a revu la décision initiale du 27 mars 2014 (cf. aussi ATAF 2013/45 consid. 4.2.4 ; arrêts du TAF C-1190/2012 du 2 juillet 2015 consid. 1 et 8.2, C-2922/2013 et C-2987/2013 du 27 avril 2015 consid. 4.3).

3.
En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de la recourante à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins en qualité de fournisseur de prestations.

En particulier, le litige se concentre sur la question de savoir si la recourante est soumise à la clause du besoin de l'art. 55*a* LAMal qui a été réintroduite à compter du 1er juillet 2013 (modification du 21 juin 2013 [RO 2013 2065, FF 2012 8709]) après avoir été en vigueur du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2011 selon des teneurs diverses. D'ailleurs, l'art. 55*a* LAMal a été prolongé jusqu'au 30 juin 2019 (cf. modification de la LAMal du 17 juin 2016 [RO 2265, FF 2016 3349 et 3359]).

4.

4.1 Aux termes de l'art. 35 al. 1 LAMal sont admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations – tels les médecins (cf. art. 35 al. 2 let. a LAMal) – qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 de la loi. Il s'agit d'exigences relatives à la formation et aux diplômes. Ainsi, au sens de l'art. 36 LAMal sont admis les médecins titulaires d'un diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral. Celui-ci règle également l'admission des médecins titulaires d'un certificat scientifique équivalent (cf. art. 36 al. 2 LAMal). Les art. 38 et 39 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) déterminent les détails.

La loi ne prévoit pas de procédure formelle d'admission à ce sujet. Il appartient aux assureurs de vérifier que les médecins remplissent les conditions susmentionnées (ATF 132 V 303 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral K 153/05 consid. 4.1). Dans la pratique, ce contrôle est aujourd'hui centralisé auprès de SASIS SA qui gère le registre des codes-créanciers et attribue sur requête un numéro du registre des codes-créanciers (n° RCC) au médecin exerçant une activité indépendante et souhaitant pratiquer à charge de l'assurance-maladie. Pour les fournisseurs de prestations employés qui exercent à charge de l'assurance-maladie sociale, SASIS attribue un n° C pour les employés. Ces dispositifs sont inconnus de la LAMal et il n'existe pas d'obligation légale de posséder un numéro de SASIS SA (ATF 132 V 303 consid. 4.4.3) ; l'attribution d'un tel numéro ne peut pas non plus être assimilée à une décision d'admission au sens formel (ATF 132 V 303 consid. 4.4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral K 153/05 consid. 4.3 et 119/04 consid. 5). L'admission intervient automatiquement lorsque le fournisseur de prestations remplit les conditions légales et qu'il n'annonce pas au sens de l'art. 44 al. 2 LAMal qu'il refuse de fournir des prestations obligatoires (GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2ème édition 2007, ch. 713 p. 632 et ch. 731 p. 637).

Au demeurant, afin qu'un fournisseur de prestations puisse pratiquer à charge de l'assurance obligatoire il faut également qu'il ait conclu un contrat tarifaire, y ait adhéré ou qu'il soit soumis à un tarif fixé d'autorité (art. 43 ss LAMal ; ATF 132 V 303 consid. 4.4.3 ; GEBHARD EUGSTER, op. cit., ch. 708 p. 631).

4.2

4.2.1 En outre, selon l'art. 55*a* al. 1 LAMal, dans sa version introduite par la modification de la LAMal du 21 juin 2013 (la modification du 17 juin 2016 n'apporte pas de modifications), le Conseil fédéral peut faire dépendre l'admission des médecins de la preuve d'un besoin à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins. Il s'agit des médecins visés à l'art. 36 LAMal, qu'ils exercent une activité dépendante ou indépendante (art. 55*a* al. 1 let. a LAMal) et des médecins qui exercent au sein d'une institution au sens de l'art. 36*a* LAMal ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39 LAMal (art. 55*a* al. 1 let. b LAMal). En vertu de l'alinéa 3 de la disposition, le Conseil fédéral fixe les critères permettant d'établir la preuve du besoin après avoir consulté les cantons, les fédérations de fournisseurs de prestations, les fédérations des assureurs

et les associations de patients. Au sens de l'al. 2, ne sont pas soumis à la preuve du besoin les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu. Aux termes de l'al. 4 de la disposition légale, les cantons désignent les médecins visés à l'al. 1. Ils peuvent assortir leur admission de conditions. En effet, le législateur a considéré que les cantons sont les mieux à mêmes de désigner les fournisseurs de prestations, respectivement les médecins exerçant au sein d'institutions ou dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, compte tenu de leurs différentes compétences et connaissances. Ils peuvent par exemple assortir l'admission de la condition que le fournisseur de prestation doit pratiquer dans un lieu donné afin de garantir la couverture des soins sur l'ensemble du territoire et notamment dans les régions périphériques ou ils peuvent envisager d'encourager une meilleure coordination des soins en posant comme condition que le fournisseur de prestations appartienne à un réseau de soins intégrés (cf. Message du Conseil Fédéral, FF 2012 p. 8717). Enfin, en vertu de l'art. 55*a* al. 5 LAMal, l'admission expire lorsque son titulaire n'en fait pas usage dans un certain délai, sauf justes motifs tels que maladie, maternité ou formation postgrade. Le Conseil fédéral fixe le délai applicable.

4.2.2 Le Conseil fédéral a édicté dans le cadre de son pouvoir de délégation (art. 55*a* al. 3 LAMal cité) 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 (OLAF, RS 832.103) qui est entrée en vigueur le 5 juillet 2013 (cf. art. 8 OLAF).

L'art. 1 al. 1 OLAF fixe la règle selon laquelle les médecins visés à l'art. 36 LAMal et les médecins qui exercent au sein des institutions au sens de l'art. 36*a* LAMal ne sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire que si le nombre maximum fixé dans l'annexe 1 pour le canton et le domaine de spécialité concernés n'est pas atteint.

Les art. 3, 4 et 5 OLAF accordent aux cantons une marge de manœuvre pour organiser leur système de limitations des admissions de médecins et à certaines conditions, ils peuvent renoncer à appliquer celles-ci. Aux termes de l'art. 3 OLAF, les cantons peuvent prévoir que le nombre maximum fixé par l'annexe 1 ne s'applique pas à un ou plusieurs domaines de spécialités qui y sont visés (let. a) ; qu'aucune admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire n'est octroyée pour un ou plusieurs domaines de spécialité si la densité médicale du canton selon l'annexe 2 est supérieure à celle de la région à laquelle le canton est rattaché au sens de l'annexe 2 ou supérieure à celle de l'ensemble de la

Suisse (let. b). De plus, conformément à l'art. 4 OLAF, dans chaque domaine de spécialité, si la couverture sanitaire y est insuffisante, les cantons peuvent admettre un nombre de personnes supérieur à celui fixé dans l'annexe 1. Au vu de l'art. 5 al. 1 OLAF, lorsqu'ils font usage des compétences qui leur sont attribuées par les art. 3 let. b ou 4, les cantons tiennent compte notamment de la densité médicale dans les cantons voisins, dans la région à laquelle ils sont rattachés au sens de l'annexe 2 et dans l'ensemble de la Suisse (let. a) ; de l'accès des assurés au traitement en temps utile (let. b) ; des compétences particulières des personnes dans le domaine de spécialité concerné (let. c) ; du taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné (let. d). Aux termes de l'al. 2 de cette disposition, lorsque les cantons doivent statuer sur des demandes d'admission, ils tiennent compte des critères visés à l'al. 1 let. b à d.

Les modifications de l'OLAF entrées en vigueur le 1er juillet 2016 n'apportent pas de changements déterminants.

4.2.3 Le canton de Vaud a émis le 21 août 2013 l'arrêté du Conseil d'Etat sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (AVOLAF, 832.05.1) qui aux termes de l'art. 12 AVOLAF est entré en vigueur le 5 juillet 2013 pour les médecins exerçant une activité dépendante ou indépendante au sens de l'art. 36 LAMal ainsi que pour les médecins exerçant au sein d'institutions de soins ambulatoires au sens de l'art. 36*a* LAMal (let. a), respectivement le 1er septembre 2013 pour les médecins exerçant dans le domaine ambulatoire des hôpitaux (let. b).

L'art. 2 al. 1 AVOLAF consacre le principe ancré dans les art. 55*a* al. 1 LAMal et art. 1 OLAF selon lequel les médecins exerçant une activité dépendante ou indépendante au sens de l'art. 36 LAMal, ainsi que les médecins exerçant au sein d'institution de soins ambulatoires au sens de l'art. 36*a* LAMal et dans le domaine ambulatoire des hôpitaux au sens de l'art. 39 LAMal sont soumis à la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Conformément à l'art 2 al. 2 AVOLAF, le département augmente de manière adéquate les limites fixées à l'annexe 1 de l'OLAF.

L'art. 3 AVOLAF fixe les exceptions générales à la limitation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, soit en reprenant textuellement les dispositions de la LAMal (par exemple la let. a correspond à l'art. 55*a* al. 2 LAMal), soit en les précisant (par exemple la let. e précise l'al. 1 des

dispositions transitoires de la modification du 21 juin 2013 en prévoyant que sont admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire les médecins qui ont été admis en vertu de l'art. 36 LAMal et ont obtenu ou demandé un numéro de registre du code créancier auprès de SASIS SA avant l'entrée en vigueur du présent arrêté), soit en prévoyant d'autres exceptions (par exemple les médecins-dentistes selon la let. b).

L'art. 4 AVOLAF prévoit les exceptions particulières : les médecins ne peuvent se prévaloir d'une exception que dans l'une des deux cas suivants : a. le médecin concerné reprend l'activité d'un médecin admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie, soit à titre individuel, soit dans une institution de soins ambulatoires ou dans un hôpital ; b. le médecin pallie à une insuffisance de la couverture des besoins de la population dans une région et/ou dans une spécialité donnée.

Selon l'art. 7 al. 2 AVOLAF, le département peut assortir l'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire de conditions, en particulier la limiter à une région ou à une spécialité.

Quant à la procédure, l'art. 6 AVOLAF stipule qu'avant de se prononcer, le département demande le préavis du service qui examine les demandes, en collaboration avec l'association professionnelle représentative des médecins, en vertu des critères mentionnées à l'art. 5 OLAF (al. 1). Le service peut requérir l'avis des autres partenaires concernés, des assureurs maladie et des organisations de patients (al. 2). Selon l'art. 7 al. 1 AVOLAF, la décision du département est communiquée au demandeur, ainsi qu'à santésuisse et à l'association professionnelle concernée.

L'AVOLAF a été abrogé par le nouvel arrêté du 29 juin 2016, en vigueur depuis le 1er juillet 2016 (cf. art. 12 du nouvel AVOLAF). Il n'apporte pas de modifications significatives.

4.3 Il sied de distinguer de l'admission d'exercer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, la procédure d'autorisation d'exercer la profession médicale (ATF 132 V 303 consid. 4.3.1).

En vertu de l'art. 34 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd, RS 811.11), l'exercice à titre indépendant d'une profession médicale universitaire – dont les médecins (art. 2 al. 1 let. a LPMéd) – requiert une autorisation du canton sur le territoire duquel la profession médicale est exercée. La

LPMéd fixe dans les articles 34 ss les différentes conditions qui sont personnelles et professionnelles. En vertu de l'art. 40 let. g LPMéd notamment, les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre indépendant doivent prêter assistance en cas d'urgence et participer aux services d'urgence conformément aux dispositions cantonales.

Dans le canton de Vaud, la loi sur la santé publique (LSP, 800.01) précise les conditions pour l'autorisation de pratiquer dans les art. 74 ss. En vertu de l'art. 75 al. 1 LSP, dans sa teneur en vigueur le 1er janvier 2013, l'exercice d'une profession de la santé à titre indépendant est soumis à autorisation du département qui fixe la procédure. Tout comme dans la plupart des cantons, le canton de Vaud prévoit que l'exercice de la profession à titre dépendant est également soumis à autorisation conformément à l'art. 76 al. 3 LSP, version en vigueur le 1er janvier 2013, lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnellement indépendante, en particulier dans un cabinet individuel ou de groupe. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie. Selon l'art. 91a LSP, toujours dans sa version en vigueur le 1er janvier 2013, les membres des professions médicales – dont notamment les médecins (cf. art. 90 LSP) – sont astreints à participer aux dispositifs de garde établis dans le canton.

4.4 Au vu des considérants précédents, le TAF tient à remarquer que l'admission d'exercer à charge de l'assurance-maladie obligatoire présuppose que le médecin intéressé dispose d'une autorisation cantonale d'exercer la profession médicale. Ceci implique qu'il ne peut pas être décidé de l'admission d'un médecin à travailler à charge de l'assurance-maladie sociale avant que celui-ci ne dispose de l'autorisation cantonale.

Ainsi, en premier lieu, un médecin doit demander une autorisation cantonale d'exercer la profession ; dans le canton de Vaud, une telle autorisation est en principe également nécessaire pour les médecins employés. Si ce médecin souhaite de plus pratiquer à charge de l'assurance-maladie sociale, l'autorité cantonale décide en deuxième lieu eu égard aux dispositions concernant la limitation de l'admission des fournisseurs aux termes de l'art. 55*a* LAMal. Ensuite, il appartient aux assureurs, respectivement à SASIS SA de vérifier si le médecin remplit les autres conditions pour travailler à charge de l'assurance obligatoire (cf. art. 36 ss et art. 43 ss LAMal). Dans ce sens, il ressort des aide-mémoires de SASIS SA pour l'attribution d'un numéro RCC ou d'un numéro C pour les employés qu'il faut lui envoyer l'autorisation cantonale [d'exercer la profession], l'autorisation cantonale à pratiquer à charge de la LAMal dans

la mesure où le médecin est soumis à la loi cantonale d'application de l'art. 55*a* LAMal, les diplômes des formations nécessaires ainsi que pour les indépendants, l'admission actuelle à une convention tarifaire (cf. aide-mémoires consultés sur le site internet de SASIS le 4 novembre 2016).

5.
La recourante soutient qu'elle n'est pas soumise à la clause du besoin de l'art. 55*a* LAMal, ayant déposé sa demande le 21 mai 2013.

Ainsi, la recourante pose la problématique du droit intertemporel. Concrètement, il sied d'examiner si l'affaire doit être tranchée selon l'ancien droit, en vigueur au moment où la recourante a déposé sa demande et où la procédure a été initiée – ce que la recourante soutient – ou bien selon le nouveau droit en vigueur au moment où l'autorité a statué par la décision querellée du 17 juin 2014.

6.
En principe, la loi transitoire détermine la droit applicable (cf. HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7ème édition 2016, p. 68 ch. 290). Or en l'occurrence, les dispositions topiques ne règlent pas la question litigieuse.

6.1 En effet, selon l'al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 21 juin 2013, les médecins qui ont été admis en vertu de l'art. 36 LAMal et ont pratiqué dans leur propre cabinet à la charge de l'assurance obligatoire de soins avant l'entrée en vigueur de la modification du 21 juin 2013 ne sont pas soumis à la preuve du besoin (al. 1). Les médecins qui ont exercé au sein d'une institution au sens de l'art. 36*a* LAMal ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39 LAMal avant l'entrée en vigueur de la présente modification ne sont pas soumis à la preuve du besoin s'ils continuent d'exercer au sein de la même institution ou dans le domaine ambulatoire du même hôpital (al. 2). L'art. 1 al. 2 OLAF stipule également que les personnes visées par ces dispositions transitoires ne sont pas soumises à la limitation d'admission.

Ces dispositions ont été reprises au niveau cantonal par l'art. 3 f AVOLAF selon lequel sont admis à pratiquer sans limitation à charge de l'assurance-maladie obligatoire, les médecins qui ont exercé au sein d'une institution de soins ambulatoires au sens de l'art. 36*a* LAMal ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39 LAMal avant l'entrée en vigueur du présent arrêté s'ils continuent d'exercer au sein de la même institution ou dans le domaine ambulatoire du même hôpital. La let. e de

l'art. 3 AVOLAF précise que sont admis à pratiquer sans limitation à charge de l'assurance-maladie obligatoire les médecins qui ont été admis en vertu de l'art. 36 LAMal et ont obtenu ou demandé un numéro de registre du code créancier auprès de SASIS SA avant l'entrée en vigueur du présent arrêté.

6.2 De plus, il est incontesté que la recourante n'entre pas dans l'une de ces catégories de médecins qui ne sont pas soumis à la limitation à pratiquer selon les dispositions transitoires. En effet, la recourante qui a auparavant été employée comme pathologiste chez D._____ (cf. contrat de travail du 9 juillet 2009 [TAF pce 1 annexe 2]) n'a pas travaillé avant l'entrée en vigueur du nouveau droit au sein d'une institution de soins ambulatoires ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de la loi. De plus, elle ne soutient pas qu'elle a déjà été admise à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire et ce n'est que le 21 mai 2013 au plus tôt qu'elle a déposé une requête y relative (cf. TAF pce 7 annexe 1 ; cf. aussi consid. 7.5 ci-dessous). Enfin, elle ne prétend pas qu'elle a obtenu ou demandé un numéro de registre du code créancier auprès de SASIS SA avant l'introduction des nouvelles dispositions (cf. son courriel du 15 novembre 2013 [TAF pce 7 annexe 9]).

7.

7.1 Faute d'une règlementation transitoire spécifique, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le droit déterminant est en règle générale celui qui est en vigueur au moment où la décision sur une demande d'autorisation est prise par l'administration, indépendamment de la date du dépôt de la demande. La nouvelle législation est donc applicable à toutes les affaires pendantes. Cette jurisprudence est souvent motivée par l'intérêt public poursuivi par le nouveau droit lequel est mieux assuré par une application générale immédiate. En outre, la demande d'autorisation vise à régler un comportement futur de sorte qu'il est justifié d'appliquer le droit en vigueur au moment où la légalité de ce comportement se pose (cf. ATF 139 II 263 consid. 6 et références, 126 II 522 consid. 3b aa, 112 Ib 26 consid. 2b, 107 Ib 137 consid. 2a ; MOOR/FLÜCKIGER/MARTENET, Droit administratif, Volume I, Les Fondements, 3ème édition 2012, p. 187 ; THIERRY TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, p. 133 n° 410 ; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, op. cit., p. 70 s. ch. 325 ss). Dans le même sens, en matière d'assurance sociale l'on trouve la formulation selon laquelle sont en principe déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques

(ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1).

Toutefois, il faut réserver les circonstances particulières concernant la protection de la bonne foi et le refus ou le retard à statuer, sans faute de l'administré (ATF 139 II 263 consid. 7 in fine). En pareil cas, on devra appliquer l'ancien droit, déterminant au moment du dépôt de la demande, s'il est plus favorable à moins que l'ordre public ou un autre motif d'intérêt public particulièrement important n'imposent le nouveau droit (ATF 126 II 522 consid. 10 b, 119 Ib 174 consid. 3, 110 Ib 332 consid. 2 ; cf.; THIERRY TANQUEREL, op. cit., n° 411 p. 133). Lorsque la procédure a été indûment prolongée pour des raisons internes à l'administration, qui ne tiennent pas forcément à sa volonté ou à sa faute, il faut encore que ce retard ait permis au nouveau droit d'entrer en vigueur avant qu'une décision ne soit prise (ATF 110 Ib 332, consid. 2c ; MOOR/FLÜCKIGER/MARTENET, op. cit., p. 188).

7.2 Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité intimée a appliqué dans sa décision attaquée du 17 juin 2014 la clause du besoin en vigueur depuis le 1er juillet 2013, respectivement le 5 juillet 2013 quant à l'OLAF (cf. les chiffres déterminants de l'annexe 1) et l'AVOLAF, alors que la recourante a déposé sa demande le 21 mai 2013 au plus tôt (cf. consid. 7.5). En l'espèce, l'application immédiate de la modification légale est motivée par l'intérêt public visé. Il ressort à ce sujet du Message du Conseil fédéral (FF 2012 notamment pp. 8710 ss, 8718 et 8721) que le législateur a souhaité redonner aux cantons un moyen de pilotage de l'offre dans le domaine ambulatoire après avoir constaté que le nombre de demandes de numéros au registre des codes-créanciers a augmenté massivement dans certains cantons depuis l'échéance de la limitation des admissions en vigueur depuis le 1er janvier 2001, le 31 décembre 2011. Il a aussi considéré que toute nouvelle ouverture de cabinet médical entraîne d'importants coûts supplémentaires. La nécessité de limiter l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins a alors été jugée urgente, avant que la situation ne s'aggrave durablement (cf. FF 2012 notamment pp. 8710 ss, 8718 et 8721), raison pour laquelle la modification de la LAMal a été édictée sous la forme d'une loi fédérale urgente limitée dans le temps au sens de l'art. 165 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst., RS 101) selon lequel une loi fédérale peut être déclarée urgente lorsque son entrée en vigueur ne souffre aucun retard.

7.3 La recourante invoque le principe de la sécurité du droit et de la non-rétroactivité et prétend que l'on ne saurait appliquer de manière rétroactive l'art. 55*a* LAMal à sa demande d'autorisation.

7.3.1 Selon le principe de la non-rétroactivité, il ne sied pas d'attacher des conséquences juridiques nouvelles à des faits qui se sont produits et achevés entièrement avant l'entrée en vigueur du nouveau droit (THIERRY TANQUEREL, op. cit., ch. 417 p. 135; cf. aussi; MOOR/FLÜCKIGER/MARTENET, op. cit., ch. 2.4.3 p. 198 ss; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, op. cit., ch. 329 ss pp. 71 ss). Ce principe est généralement applicable et il est rattaché au principe de la sécurité du droit, déduit de l'art. 5 al. 1 Cst. (THIERRY TANQUEREL, op. cit., ch. 420 p. 135), mais aussi au principe de l'égalité de traitement au sens de l'art. 8 Cst. (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, Volume II : Les droits fondamentaux, 2013, ch. 1427 p. 641) et au principe de la bonne foi de l'art. 9 Cst. (HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, op. cit., ch. 330 p. 72).

7.3.2 Dans le cas concret, le principe de la non-rétroactivité n'est cependant d'aucun secours à la recourante. L'on vient de voir (consid. 7.1 ci-dessus), une demande d'autorisation vise par définition un comportement futur puisque celui-ci doit être autorisé (cf. MOOR/FLÜCKIGER/MARTENET, op. cit., ch. 2.4 p. 187). Ainsi, contrairement à ce que prétend la recourante, les faits déterminants sur lesquels l'autorité intimée devait statuer – en l'espèce la fourniture de prestations médicales à la charge de l'assurance-maladie obligatoire – n'étaient pas encore réalisés lorsque la recourante a déposé sa requête le 21 mai 2013 (TAF pce 7 annexe 1) ; son contrat de travail auprès de B._____ n'avait d'ailleurs débuté que le 1er novembre 2013 (TAF pce 1 annexe 1). Le principe de la non-rétroactivité n'a donc pas été violé par l'autorité intimée lorsqu'elle a appliqué le nouveau droit en vigueur au moment où elle a pris sa décision du 17 juin 2014.

7.4 Dans un autre grief, la recourante reproche à l'autorité intimée la durée de traitement de son dossier et soutient que si sa demande du 21 mai 2013 avait été traitée dans un délai raisonnable elle aurait sans aucun doute pu être réglée avant la réintroduction de l'art. 55*a* LAMal et elle ne se serait pas vu imposer la preuve du besoin. Elle soulève également que le DSAS avance des délais usuels de traitement de 10 semaines alors que l'on ignore sur quel élément se fonde le département pour se prévaloir d'un tel délai qui paraît à ses yeux très large.

L'autorité intimée admet que le dossier de la recourante n'a pas été traité avec toute la diligence voulue. Elle argue toutefois que vu la date du dépôt de la demande du 21 mai 2013, il ne se justifie pas d'accorder à la recourante une exception à la clause du besoin, celle-ci n'aurait pas obtenu son autorisation d'exercer avant le 1er juillet 2013 même si son dossier avait

été traité dans les délais usuels. A ce sujet, elle explique que ce délai pour délivrer une autorisation cantonale de pratiquer est de 10 semaines, soit 2 semaines pour traiter la demande à l'interne du service, puis 6 semaines pour vérifier l'astreinte à la garde par la SVM et enfin 2 semaines pour faire signer la décision par le chef du département et l'envoyer au requérant.

7.4.1 En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

Toutefois, sauf dans les rares cas où la loi fixe à l'autorité un délai impératif, et non un simple délai d'ordre, pour se prononcer, l'administré n'a pas un droit à ce que l'autorité compétente statue dans un délai déterminé abstraitement. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause et, entre autres critères, sont notamment déterminants la nature de l'affaire, le degré de complexité de l'affaire, la difficulté éventuelle d'élucider les questions de fait, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de celui-ci et des autorités intimées (ATF 135 I 265 consid. 4.4, 129 V 411; MOOR/POLTIER, op. cit., pp. 336 s. ; TANQUEREL, op. cit., n° 1501 p. 501). Si quelques "temps morts" ne peuvent être reprochés à l'autorité, elle ne saurait invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2010 du 6 avril 2011 consid. 2.2).

7.4.2 En l'occurrence, il sied de considérer que d'une part la loi n'impose pas à l'autorité cantonale un délai pour statuer sur une demande d'admission à facturer à charge de l'assurance obligatoire. D'autre part, le Tribunal remarque à l'instar de l'autorité inférieure que la recourante a déposé sa demande d'autorisation de pratique dans le canton de Vaud le 21 mai 2013 (TAF pce 7 annexe 1), six semaines avant l'entrée en vigueur du nouveau droit. Pour apprécier le caractère raisonnable de la durée du traitement de la demande de la recourante, il faut tenir compte que celle-ci ne disposait pas encore d'une autorisation à pratiquer la profession en Suisse (TAF pce 7 annexe 1). De plus, elle ne soutient pas que son activité auprès de B._____ (cf. contrat du 15 avril 2013 ; TAF pce 1 annexe 1) n'était pas soumise à l'autorisation cantonale au sens de l'art. 76 al. 3 LSP cité (cf. consid. 4.3 ci-dessus). Dès lors, avant d'examiner l'admission de la recourante à exercer à charge de l'assurance-maladie, l'autorité devait dans un premier temps déterminer si la recourante répondait aux conditions relatives à l'autorisation à pratiquer la profession ce qui

impliquait notamment une vérification de son astreinte à la garde conformément à l'art. 91a LSP cité (cf. consid. 4.3 et 4.4 ci-dessus ; concrètement cf. TAF pce 7 annexe 5). A ce sujet, la loi ne fixe pas non plus à l'autorité un délai dans lequel elle doit statuer. Au vu de la complexité de la demande, un délai usuel de traitement de 10 semaines, fondé en outre sur un processus décrit en détail et d'une manière transparente par l'autorité intimée (cf. TAF pce 7 annexe 3), ne paraît pas trop long contrairement à ce prétend la recourante. Cela étant, en l'occurrence, un délai de 10 semaines n'est même pas en cause, la recourante ayant déposé sa demande six semaines avant l'entrée en vigueur de l'art. 55*a* LAMal et de ses ordonnances. Eu égard à ce qui précède, la recourante ne pouvait pas prétendre à ce que sa demande soit traitée avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, l'autorité ayant notamment dans un premier temps dû examiner si elle remplissait les conditions pour exercer sa profession. Dès lors, le grief de la recourante est infondé.

7.5 La recourante invoque également le principe de la bonne foi et prétend que l'autorité inférieure a violé celui-ci en soutenant qu'elle n'avait pas compris sur la base de sa demande du 21 mai 2013 qu'elle souhaitait également facturer à charge de l'assurance-maladie.

En effet, la recourante a utilisé le formulaire « Demande d'autorisation de pratique » désuet (pour le nouveau formulaire « Demande d'autorisation de pratiquer une profession de la santé » cf. TAF pce 7 annexe 2) qui comportait notamment la question n° 8 à la teneur suivante : « Désirez-vous travailler à charge de l'assurance-maladie obligatoire à titre indépendant et à votre propre compte ? », à laquelle la recourante a répondu par la négative. Il ne résultait donc pas clairement de ce formulaire qu'elle souhaitait également travailler à charge de l'assurance-maladie obligatoire mais à titre dépendant. Le SSP n'a clarifié cette incertitude que par courrier du 19 août 2013 à lequel la recourante a répondu le 1er septembre 2013 (cf. les explications dans le courrier du 10 février 2014 [TAF pce 1 annexe 1 p. 2] ; cf. aussi TAF pce 1 annexes 6 et 7).

Cependant, au vu des considérants précédents, cet élément n'a pas d'importance en l'espèce. Ce n'est pas le retard dans le traitement de la requête de la recourante du 21 mai 2013 qui a permis à l'art. 55*a* LAMal et à ses ordonnances d'entrer en vigueur avant que la décision litigieuse n'ait été prise mais la demande déposée peu de temps avant l'entrée en vigueur du nouveau droit (cf. consid. 7.4.2 ci-dessus). Par conséquent, le Tribunal ne peut pas suivre l'argumentation de la recourante.

7.6 La recourante critique encore le fait que, selon elle, d'une manière arbitraire, fondée sur aucune base légale, le DSAS a décidé que les médecins ayant déposé leur demande avant le 1er avril 2013 n'étaient pas soumis à la limitation de l'admission à facturer, alors que les médecins ayant déposé leur demande postérieurement à cette date l'étaient ce qui conduit selon elle à des inégalités choquantes.

Cela étant, l'argument de la recourante tombe à faux.

Eu égard aux considérations précédentes, la recourante ne pouvait pas prétendre à ce que sa demande déposée le 21 mai 2013 soit traitée avant l'entrée en vigueur du nouveau droit. Le Tribunal ne doit donc pas se prononcer sur la pratique de l'autorité inférieure invoquée même s'il remarque que celle-ci va dans le sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral citée selon laquelle l'autorité doit en principe appliquer le droit en vigueur au moment où elle rend sa décision mais qu'un retard de traitement de la demande ne doit pas désavantager un administré (cf. consid. 7.1 ci-dessus).

8.
En conclusion, c'est de bon droit que l'autorité intimée a appliqué en l'occurrence l'art. 55*a* LAMal et ainsi la clause du besoin.

La recourante ne prétend pas qu'elle remplit cette clause ou qu'elle entre dans le cadre d'une exception générale ou particulière aux termes des art. 3 et 4 AVOLAF (TAF pce 1 annexe 1). Devant le Tribunal elle n'avance aucun argument à ce sujet. L'autorité inférieure pour sa part explique que la densité en médecins pathologues dans le canton de Vaud (pour 100'000 habitants) s'élève à 1.36 (TAF pce 1 annexe 15) alors qu'aux termes de l'annexe 2 de l'OLAF (p. 23), la densité des pathologistes pour 100'000 habitants est en Suisse de 0.5, dans la région lémanique de 0.9 et dans le canton de Vaud de 0.3 médecins. Le canton de Vaud ayant une population de plus de 700'000 habitants, la maximum de 2 pathologistes selon l'annexe 1 de l'OLAF est dépassé (cf. art. 1 al. 1 OLAF cité ; consid. 4.2.2). Ainsi, à juste titre, l'autorité intimée a constaté que les besoins de la population vaudoise sont déjà couverts et elle n'a pas violé son pouvoir d'appréciation (cf. consid. 2.2 ci-dessus) en refusant de délivrer à la recourante une autorisation de facturer à charge de l'assurance obligatoire.

9.
Eu égard à ce qui précède, c'est dans le respect du droit que l'autorité

inférieure n’a pas délivré à la recourante une autorisation de facturer à charge de l’assurance maladie obligatoire. Le recours doit ainsi être rejeté.

10.
En vertu de l’art. 63 al. 1 PA selon lequel les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe, la recourante doit prendre en charge les frais s’élevant à 2'000 francs. Ce montant est prélevé sur l’avance de frais du même montant, versée par la recourante dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 2 à 4).

La recourante étant déboutée, elle n’a pas droit à des dépens aux termes de l'art. 64 al. 1 PA et de l’art. 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) qui permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés.

Par ailleurs, selon l’art. 7 al. 3 FITAF, l’autorité inférieure, en qualité d’autorité partie, n’a pas droit aux dépens. Dès lors, il n’est pas alloué de dépens.

11.
En application de l'art. 83 let. r de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110), les décisions en matière d'assurance maladie rendues par le Tribunal de céans ne peuvent pas être attaquées devant le Tribunal fédéral (lors même que l'art. 34 LTAF, auquel se réfère l'art. 83 let. r LTF, a été abrogé le 1er janvier 2009 et remplacé par les art. 53 al. 1 et 90a LAMal). La présente décision est donc finale et entre en force dès sa notification (cf. art. 34 al. 1 PA ; ATF 141 I 97 consid. 7.1, 136 V 295 consid. 5.3 et 122 I 97 consid. 3a/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_721/2013 du 4 mars 2014 consid. 3.2 ; arrêt du TAF A-2468/2011 du 5 juin 2012 consid. 2.2 ; BENOÎT BOVAY, op. cit., pp. 383 s. ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., 359 ; FELIX UHLMANN/ALEXANDRA SCHILLING-SCHWANK, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2ème édition 2016, art. 34 ch. 2 p. 798 s.).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure s'élevant à 2'000 francs sont à la charge de la recourante. Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par la recourante.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Acte judiciaire)
– à l'autorité inférieure (n° de réf. 462031 / DSS: 478412/JDC/SF ; Acte judiciaire)
– à l'Office fédéral de la santé publique (Recommandé)

La présidente du collège : La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Barbara Scherer

Expédition :