

BVGer C-995/2019 vom 1. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-995_2019

FR: TAF C-995/2019 du 1 novembre 2021

IT: TAF C-995/2019 del 1 novembre 2021

Regeste

Admission d'hôpitaux (canton)

Erwägungen

E. 2

Sans changement.

E. 2.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. Les décisions rendues par des autorités cantonales sont ainsi susceptibles de recours devant le Tribunal administratif fédéral dans la mesure où d'autres lois fédérales le prévoient (art. 33 let. i LTAF). Tel est le cas de l'art. 90a al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal, RS 832.10), qui reconnaît au Tribunal administratif fédéral la compétence de traiter des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux visées à l'art. 53 LAMal, soit notamment celles fondées sur les art. 35 cum 39 LAMal concernant l'admission des établissements hospitaliers à pratiquer à charge de l'AOS. A ce jour, la jurisprudence ne tranche pas distinctement le point de savoir si le libellé de l'art. 53 LAMal empêche les cantons de faire intervenir une autre autorité que leur gouvernement pour statuer dans le domaine de la planification hospitalière (cf. par renvoi à la jurisprudence développée en matière de médecine hautement spécialisée : ATAF 2016/14 consid. 1.5.4, 2013/7 consid. 1.2, 2012/9 consid. 1.2.3.2 ; cf. également ATF 134 V 45 consid. 1.3 ; s'agissant d'un cas d'application du principe du parallélisme des formes : TAF C-2989/2014 du 19 décembre 2017 consid. 8). Parallèlement aux procédures menées devant le Tribunal administratif fédéral, les tribunaux des assurances institués par les cantons statuent en instance unique sur les recours dans les litiges entre les autorités et les prestataires de soins ayant trait à la prise en charge - dans des cas concrets, soit notamment ceux ayant trait au financement des cas excédant les volumes d'activité arrêtés par les cantons - des frais d'hospitalisation des assurés auprès des établissements sanitaires (art. 57 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] en relation avec les art. 1 et 49a al. 2 LAMal ; entre autres : TF 9C_617/2017 du 28 mai 2018 et 9C_151/2016, 9C_153/2016, 9C_155/2016, 9C_507/2016 du 27 janvier 2017).

E. 2.2

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours.

Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). L'objet du litige ne peut pas être plus étendu que l'objet de la contestation, sans quoi le juge serait amené à statuer sur un rapport juridique à propos duquel l'autorité administrative compétente n'a pas encore rendu de décision (ATF 125 V 414 consid. 1b, 2 et les réf. cit. ; Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in *Mélanges Pierre Moor*, 2005, p. 440).

E. 2.2.1

Sont considérées comme des décisions au sens de l'art. 5 PA les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (art. 5 al. 1 let. a PA) ; de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (art. 5 al. 1 let. b PA); ou de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (art. 5 al. 1 let. c PA).

E. 2.2.2

Lorsqu'il s'agit de qualifier un acte, il importe peu que celui-ci soit intitulé « décision » ou qu'il en remplisse les conditions formelles posées par la loi (cf. notamment art. 35 PA) ; ce qui est déterminant, c'est qu'il revête les caractéristiques matérielles d'une décision, selon des critères objectifs et indépendamment de la volonté de l'autorité ou de l'administré (TF 5A_432/2016 du 27 février 2017 consid. 2.2.1 ; ATAF 2016/3 consid. 3.2 ; TAF C-2989/2014 du 19 décembre 2017 consid. 5.2).

E. 2.3

Conformément à l'art. 48 al. 1 PA, a qualité pour recourir quiconque a pris part à la procédure devant l'autorité inférieure ou a été privé de la possibilité de le faire (let. a), est spécialement atteint par la décision attaquée (let. b) et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (let. c). Selon la jurisprudence relative à l'art. 89 LTF, applicable dans le contexte de l'art. 48 PA (TF 2C_865/2019 du 14 avril 2020 consid. 3), l'intérêt digne de protection consiste dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait à la partie recourante en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt invoqué, qui peut être un intérêt de fait, doit se trouver dans un rapport étroit, spécial et digne d'être pris en considération avec l'objet de la contestation (ATF 143 III 578 consid. 3.2.2.2; 137 II 40 consid. 2.3). Cet intérêt doit être direct et concret (ATF 143 II 506 consid. 5.1; 139 II 499 consid. 2.2; 138 II 162 consid. 2.1.2; 137 II 30 consid. 2.2.2; 131 II 361 consid. 1.2). Par ailleurs, la qualité pour recourir suppose un intérêt actuel à obtenir l'annulation ou la modification de la décision attaquée (ATF 142 I 135 consid. 1.3.1 [à propos de l'art. 89 al. 1 LTF]; ATF 141 II 14 consid. 4.4 [à propos de l'art. 48 al. 1 PA]). Un intérêt actuel et pratique fait en particulier défaut lorsque l'acte de l'autorité a été exécuté ou a perdu son objet (cf. ATF 137 I 296 consid. 4.2 ; 125 II 86 consid. 5b ; 120 Ia 165 consid. 1a), ou encore lorsque l'admission du recours ne permettrait pas la réparation du préjudice subi (cf. ATF 127 III 41 consid. 2b ; 118 Ia 488 consid. 1a ; 116 II 721 consid. 6). Si l'intérêt actuel n'existe plus au moment du dépôt du recours, celui-ci est déclaré irrecevable (ATF 142 I 135 consid. 1.3.1 et les réf. cit. ; s'agissant de la renonciation à l'exigence d'un intérêt actuel, cf. ATF 142 I 135 consid. 1.3.1 ; 139 I 206 consid. 1.1 ; 136 II 101 consid. 1.1 ; 131 II 670 consid. 1.2). Sauf fait justificatif valable, celui qui n'a pas participé à la procédure devant l'autorité précédente n'a pas qualité pour recourir, indépendamment de l'intérêt qu'il peut

avoir à l'annulation ou à la modification du jugement entrepris. Des faits justificatifs se présentent notamment quand l'autorité précédente, pour un motif procédural, dénie à tort à la personne concernée la qualité de partie ou en cas d'erreur ou d'omission de cette même autorité (ATF 134 V 306 consid. 3.3.1 et 4). 3. Fondés sur l'art. 117 Cst. - qui confère à la Confédération une compétence concurrente en matière d'assurance-maladie -, les art. 35 et 39 LAMal, complétés par les art. 58a ss de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102), chargent les cantons d'établir - et de réexaminer périodiquement (art. 58a al. 2 OAMal ; TAF C-325/2010 du 7 juin 2012 consid. 4.5.5) - une planification cantonale permettant d'assurer la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population tout en maîtrisant les coûts, soit notamment en évitant les surcapacités, en concentrant l'offre de manière adéquate et en assurant la coordination des fournisseurs de prestations ainsi que l'utilisation optimale des ressources (TAF C-5017/2015 du 16 janvier 2019 consid. 6.2 ; C-28/2016 du 24 juillet 2018 consid. 4.2 et les réf. cit. ; ATF 140 I 218 consid. 5.6.3 et les réf. cit.). Pour le traitement des maladies somatiques aiguës, cette planification est liée aux prestations (art. 58c let. a OAMal).

E. 3

Sans changement.

E. 3.1

Singulièrement, il s'agit pour les cantons d'évaluer leurs besoins hospitaliers selon une démarche vérifiable et de déterminer - sur la base de critères prenant en considérant la qualité et le caractère économique - l'offre devant être garantie par les établissements inscrits sur la liste hospitalière, soit ceux admis à pratiquer à charge de l'AOS (art. 39 al. 2ter LAMal et art. 58b al 4 et 5 OAMal). Selon les art. 39 al. 1 let. e LAMal cum 58e OAMal, les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant aux mandats de prestations qui leur sont attribués ; quant aux mandats de prestations, ils définissent la palette de prestations que l'hôpital doit (être en mesure de) proposer à ses patients afin de couvrir les besoins en soins de la population et, par voie de conséquence, d'être inscrit sur la liste LAMal (art. 58e al. 2 et 3 OAMal ; TF 9C_151/2016 précité consid. 7.1 ; ATAF 2013/46 consid. 6.3.3 ; TAF C-490/2016 du 10 mai 2017 consid. 7.2). Conformément à l'art. 41a LAMal, les hôpitaux répertoriés sont tenus - « dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités » - de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (al.1) ; pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence (al. 2).

E. 3.2

De jurisprudence constante, la liste hospitalière peut être attaquée par la voie du recours au sens de l'art. 53 LAMal ; en revanche, les étapes préalables de la procédure de planification - à l'instar de l'ouverture d'une telle procédure - ne sont en général pas sujettes à contestation (ATAF 2016/14 consid. 1.4.4 ; RAMA 2001 KV 183 consid. 1.1.1 ; Frankhauser/Rutz, Spitalplanung und Spitalfinanzierung, in : SZS 2018 p. 282, 318). S'agissant de sa nature, une liste hospitalière doit être considérée comme un institut juridique sui generis consistant principalement en une série de décisions individuelles à l'intention des établissements ayant demandé à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire; ainsi, en cas de recours, les décisions de la liste hospitalière n'ayant pas été contestées entrent en vigueur (ATFA 2012/9 consid. 3 ; TAF C-1104/2012 et C-3460/2012 du 30 mai 2014 consid. 2.2).

E. 3.3

Lors de l'élaboration de la planification et de la liste hospitalière, les cantons disposent d'un large pouvoir d'appréciation, en particulier dans la structure et la forme données à leur liste hospitalière (TAF 5017/2015 précité consid. 7.3.1 ; C-3301/2014 du 11 mai 2017 consid. 1.5 ; C-6266/2013 du 29 septembre 2015 consid. 2.4 ; C-6088/2011 du 6 mai 2014 consid. 2.5.3.2 ; C-401/2012 du 18 janvier 2014 consid. 10.1 ; cf. également ATF 138 II 398 consid. 3.3.3.2 ; 132 V 6 consid. 2.4.1 ; RAMA 2001 KV 183 438 ; 1999 KV 83 345 consid. II/3.1 et 1998 KV 54 521 consid. II/3.2.3.2). De même, le caractère indéterminé de la notion de « mandat » concède une grande flexibilité aux cantons s'agissant des prestations à la disponibilité desquelles ils entendent conditionner la reconnaissance LAMal. Ainsi, ils restent libres, en confiant un mandat à un hôpital désireux d'accéder à la liste cantonale, de renoncer à requérir des services spécifiques et de définir, en les limitant, les secteurs médicaux dans lesquels l'hôpital concerné serait jugé utile à la planification et, de ce fait, autorisé à facturer ses prestations à charge de l'AOS (TF 9C_151/2016 précité consid. 7.1 et réf. cit). L'inscription ou non d'un hôpital sur la liste hospitalière revêt une importance majeure en termes de politique sanitaire et sociale, mais aussi en principe en termes de politique régionale, d'emploi et de politique générale. Il s'agit ainsi d'une décision reposant principalement sur des motifs politiques. Par conséquent, il n'existe aucun droit à figurer sur une liste hospitalière (arrêt du TAF C-6007/2016 du 7 février 2018 consid. 8.9). Aussi, selon sa pratique constante, le Tribunal administratif fédéral s'impose une certaine retenue lors de l'examen de la décision de l'autorité inférieure lorsque l'application de la loi suppose la connaissance de circonstances locales, lorsqu'elle nécessite des connaissances techniques ou lorsqu'interviennent des considérations ayant trait à l'orientation d'une politique publique (TAF A-5047/2011 du 7 février 2013 consid. 2, A-2898/2011 du 6 décembre 2012 consid. 2.1, A-5041/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2 et les réf. cit.). La restriction du pouvoir d'examen du Tribunal n'est justifiée que s'il peut admettre que l'autorité administrative a examiné les points essentiels et a procédé soigneusement et complètement aux éclaircissements nécessaires. Le Tribunal veille aussi à s'assurer que l'usage fait par l'autorité inférieure de son pouvoir d'appréciation est conforme au droit fédéral (ATF 133 II 35 consid. 3 ; ATAF 2010/25 consid. 2.4.1 ; TAF A-7810/2010 du 14 juillet 2011 consid. 4.4).

E. 4

Mettant en oeuvre sa politique sanitaire, le législateur vaudois a adopté la LPFES, qui poursuit le but d'assurer d'une part la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable pour la collectivité et de fournir d'autre part une information appropriée à la population (art. 1 LPFES). Pour atteindre ce but, il revient à l'Etat notamment d'établir la planification cantonale sous la forme de règlements d'application, de promulguer les listes des hôpitaux, conformément à l'article 39 LAMal, de participer - selon ses modalités - au financement des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public (ci-après: « les établissements sanitaires d'intérêt public ») et de passer avec ceux-ci des contrats de prestations définissant les objectifs et servant de base au calcul de la participation financière (art. 6 LPFES).

E. 4.1

Selon l'art. 3 al. 1 LPFES, les établissements sanitaires se divisent en quatre catégories, à savoir les établissements sanitaires cantonaux exploités directement par l'Etat (ch. 1), les établissements sanitaires constitués en institutions de droit public (ch. 2), les établissements

sanitaires privés reconnus d'intérêt public (ch. 3) ainsi que les établissements sanitaires privés qui ne bénéficient pas de la reconnaissance d'intérêt public (ch. 4). Les trois catégories mentionnées sous chiffres 1, 2 et 3 constituent le réseau des établissements sanitaires d'intérêt public (al. 2). Quant aux établissements sanitaires nommés sous chiffre 4, ils ne bénéficient pas de subventions de l'Etat et ne sont pas soumis à la LPFES, sous réserve de certaines dispositions (al. 3 ; s'agissant de la définition de la notion d'« établissement sanitaire » et des conditions aux autorisations en la matière, cf. art. 144ss de la Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique, RSVD 800.01). Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit notamment être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation au sens de la LAMal (art. 4 al. 1 let. a LPFES), se soumettre à la LPFES et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement (art. 4 al. 1 let. c LPFES) et adhérer au réseau de soins régional conformément à la législation y relative (art. 4 al. 1 let. h LPFES). Suivant l'art. 4 al. 2 LPFES, la reconnaissance d'intérêt public - qui peut être accordée pour une durée limitée et assortie de conditions ou de charges (art. 4 al. 4 LPFES) - fonde le droit de l'établissement à la contribution financière de l'Etat. A teneur des art. 13 et 14 LSub, les subventions de l'Etat sont octroyées pour une durée limitée de cinq ans maximum par une décision ou par une convention (art. 13 al. 1 et art. 14 LSub) ; lorsque l'autorité compétente jouit d'une grande marge d'appréciation, ou qu'il y a lieu d'exclure que le bénéficiaire renonce unilatéralement à l'accomplissement de sa tâche, les subventions peuvent faire l'objet d'un contrat de droit public (art. 13 al. 2 LSub).

E. 4.2

Sous l'angle des compétences, la LPFES charge le Conseil d'Etat d'élaborer - sur préavis du Département et sous la forme de règlements d'application - la planification hospitalière du canton (art. 8 al. 1 ch. 1 LPFES en relation avec les art. 3a al. 1 et 18 LPFES), de définir les modalités de la participation financière de l'Etat (art. 8 al. 1 ch. 1 LPFES en relation avec l'art. 25a al. 1 LPFES) et de promulguer les listes des hôpitaux conformément à l'art. 39 LAMal (art. 8 al. 1 ch. 4 LPFES). Quant au Département, il lui revient notamment de décider du caractère d'intérêt public d'un établissement sanitaire (art. 4 al. 3 LPFES) et de passer avec ceux-ci les contrats de prestations, qui précisent entre autres les modalités de la participation financière de l'Etat (art. 9 al. 1 ch. 4 et 25a al. 1 LPFES ; cf. également art. 6 AListeLAMal).

E. 5

Le 29 juin 2011, le Conseil d'Etat a adopté le rapport de Planification hospitalière 2012 ainsi que l'AListeLAMal.

E. 5.1

Ainsi, évaluant les besoins actuels et futurs à l'échelle de quatre régions, en regard à l'évolution démographique et épidémiologique et à la lumière de l'évolution des pratiques et techniques médicales, le gouvernement cantonal a fixé l'offre subventionnée compte tenu de critères qualitatifs et de caractère économique couverts par des conditions générales applicables à tous les établissements ainsi que par des conditions spécifiques au type de mandat (rapport de Planification hospitalière 2012 ; Cadre de référence, ch. 3). Dans ce contexte, le CHUV et les autres hôpitaux reconnus d'intérêt public ont été placés au centre de l'organisation hospitalière cantonale, dont ils constituent « l'ossature » ; quant aux capacités offertes par les cliniques privées, il en est tenu compte en les associant aux efforts

de restructurations entrepris (rapport de Planification 2012, ch. 1, 3 et 4). De là, le Conseil d'Etat s'est déterminé sur les demandes déposées dans le cadre de la procédure d'admission à la planification hospitalière 2012, admettant - par voie de décision - les prestataires de soins à raison de capacités désignées en nombre de lits, auxquels correspondent un équivalent de cas d'hospitalisation (annexe 5 ch. 4 du rapport de Planification hospitalière 2012 ; cf. également contrats de prestations 2017 et 2018, bordereau autorité C-995/2019, pce 10 ; cf. également pces 20s).

E. 5.2

Par l'AListeLAMal, le Conseil d'Etat a édicté la liste hospitalière vaudoise, désignant à l'art. 7 la liste des prestataires de soins admis à pratiquer à charge de l'AOS. Selon l'art. 6 de cet arrêté, il revient au Département de préciser la teneur des missions médicales générales confiées aux établissements sanitaires (al. 1 let. a) et de conclure avec eux les mandats de prestations individuels, qui précisent les conditions à respecter (al. 1 let. c). A teneur de l'art. 9 al. 2 AListeLAMal, les documents répertoriés à l'art. 6 AListeLAMal peuvent être modifiés en tout temps par le département.

E. 5.3

Au plan contractuel, chaque établissement sanitaire privé reconnu d'intérêt public et figurant sur la liste hospitalière est lié avec l'Etat de Vaud par un mandat de prestations individuel, qui « est fondé sur les besoins en soins de la population et constitue une garantie de l'offre [confiée à cet établissement] ». Le mandat de prestations a en particulier pour objet de fixer « les conditions auxquelles l'établissement doit souscrire en vue de sa réalisation ainsi que le catalogue de prestations (missions médicales) attribuées à l'établissement ». Conclu pour une durée de cinq ans, le mandat de prestations est concrétisé, au plan opérationnel, par des contrats de prestations d'une périodicité d'une année et ayant pour but notamment de « suivre [et] surveiller l'utilisation du financement versé par l'Etat, le développement de la qualité des soins ainsi que la promotion de la sécurité des patients (cf. mandat 2015-2019). Adopté par le Département le 24 mars 2011 dans le contexte de la révision par le canton de Vaud de sa planification hospitalière, le Cadre de référence 2012 prévoit « plusieurs types de mandats qui tiennent compte de la planification hospitalière cantonale et des besoins en soins de la population. S'agissant en particulier du « mandat limité dans le temps [, il] comprend une ou plusieurs disciplines de base ou spécialisées et est limité dans le temps, à savoir pour une année au maximum selon les conditions actuellement en vigueur, [ce délai d'une année pouvant] être prolongé, moyennant une modification de la LPFES proposée par le Conseil d'Etat en 2012 [et] pour autant que le mandat soit conforme aux besoins en soins de la population » (Cadre de référence 2012, ch. 3 p. 15).

E. 6

En l'occurrence, il convient tout d'abord d'examiner la compétence matérielle du Tribunal de céans pour se prononcer sur les recours de la Clinique CIC Riviera.

E. 6.1

L'arrêté du Conseil d'Etat du 16 janvier 2019 a pour objet de modifier celui du 29 juin 2011 édictant la liste vaudoise 2012 des établissements hospitaliers admis à pratiquer à charge de l'AOS. Singulièrement, il met en oeuvre des changements visant la liste hospitalière vaudoise telle que consacrée à l'art. 7 AListeLAMal. En cela et quoiqu'en dise l'autorité précédente, il ne fait pas de doute qu'il constitue un acte attaquable au sens des art. 39, 53 et

90a LAMal, le Tribunal administratif fédéral étant dans cette mesure compétent pour connaître du recours C-995/2019. En revanche, contrairement à ce que laisse entendre la Clinique CIC Riviera, l'arrêté attaqué ne saurait raisonnablement être assimilé à un refus, fondé sur l'art. 49a LAMal, du financement cantonal des cas excédentaires (cf. consid. 7.2.1 ci-dessous).

E. 6.2

Quant au courrier du Département du 3 juillet 2019, il n'apparaît pas d'emblée qu'il constitue une décision fondée sur l'art. 39 LAMal et attaquant sur la base des art. 53 et 90a LAMal. En effet, en tant qu'elle concerne les années 2017 et 2018, cette correspondance a principalement pour effet d'écarter la demande visant au financement par l'Etat de Vaud des cas de chirurgie pris en charge par la Clinique CIC Riviera en sus des quotas d'hospitalisations fixés à 316 cas par an, soit 549 cas pour l'année 2017 et 542 cas pour l'année 2018. A cet égard, l'acte attaqué s'inscrit ainsi dans le contexte de la rémunération concrète des prestations hospitalières au sens de l'art. 49a LAMal. Si tant est qu'il constitue une décision sujette à recours, il ressortit par conséquent à la compétence de la juridiction cantonale. Aussi voit-on mal que la compétence du Tribunal de céans pour traiter du recours de la Clinique CIC Riviera puisse résulter du seul fait que le refus de financement contesté se présente ici comme une conséquence de l'application des limitations du volume de prestations, qui constituent effectivement des instruments de planification (cf. consid. 2.1, 2ème paragraphe). Dans ces conditions, il se justifie de transmettre - pour suite utile - le recours C-4029/2019 de la Clinique CIC Riviera au Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales. En ce qu'il concerne par ailleurs l'année 2019, le courrier litigieux se borne à adresser un projet de contrat de prestations à la recourante, l'invitant à se manifester si celui-ci ne pouvait être signé en l'état. A proprement parler, il n'emporte ainsi pas décision concernant l'exercice 2019, mais se présente comme une offre de subventionnement, susceptible encore d'être adaptée dans le cadre de discussions contractuelles. Certes, en dépit de la demande de la recourante du 5 décembre 2018 visant la levée des quotas d'hospitalisations, ce projet de contrat limite le financement de l'Etat en faveur de la Clinique à un maximum de 316 cas de chirurgie. Pour autant, il apparaîtrait prématuré d'assimiler à une décision négative l'acte par lequel l'Etat soumet à un partenaire contractuel un premier projet de contrat, sans que ne soient énoncées de manière unilatérale et contraignante les conséquences de la non-acceptation de ce contrat (dans un contexte différent, cf. TAF C-2989/2014 du 19 décembre 2017 consid. 4). En tant qu'elles tendent à la suppression des limitations du volume de prestations concernant l'exercice 2019, les conclusions de la recourante s'avèrent ainsi sans objet et doivent être déclarées irrecevables dans la mesure où elles ressortiraient à la compétence du Tribunal de céans.

E. 6.3

Pour le surplus, force est de constater qu'il n'a pas été donné suite à la requête de la recourante du 5 décembre 2018 tendant à la suppression - de manière générale - des quotas d'hospitalisations limitant son activité (consid. B.a ci-avant ; s'agissant de la relation entre l'arrêté et la requête du 5 décembre 2018, cf. consid. 7.2.1 ci-après). Or, contrairement à une demande visant la prise en charge par l'Etat de prestations hospitalières d'ores et déjà fournies, une requête tendant à la levée définitive de limites quantitatives fixées à l'activité d'un prestataire de soins s'insère davantage dans le contexte de la planification hospitalière, puisque de telles limitations peuvent être considérées comme une composante du principe d'économicité au sens de l'art. 39 al. 2ter LAMal (TAF C-5017/2019 précité consid. 19.2).

Dans ce sens - et étant entendu que des quotas d'hospitalisations ont systématiquement été imposés à la Clinique CIC Riviera -, sa requête en suppression des limitations de volume pourrait être assimilée à une demande de modification de la planification hospitalière et de l'arrêté fixant la liste hospitalière en raison de leur contrariété aux règles - matérielles et formelles - en matière de planification hospitalière ou en raison d'une évolution du besoin. Aussi la réponse de l'autorité à cette demande serait-elle susceptible d'être attaquée sur la base des art. 39, 53 et 90a LAMal ; il pourrait alors s'agir d'examiner, entre autres, la suite devant être réservée à une telle demande au regard de la liberté d'appréciation dont jouissent les autorités chargées de la planification hospitalière et compte tenu des règles en matière de révision. Faute de décision sur ces aspects et en l'absence de recours pour déni de justice, le Tribunal de céans ne saurait toutefois se saisir ici de ces problématiques, les conclusions y relatives se révélant elles aussi irrecevables. Cela étant, dès lors que sa requête du 5 décembre 2018 est restée sur ce point sans réponse, la recourante reste libre de son côté de requérir derechef la suppression - de manière générale - des quotas d'hospitalisations limitant son activité (à ce propos, cf. également consid. 7.2 ci-dessous).

E. 7

Dans son recours C-995/2019 contre l'arrêté du 16 janvier 2019, la Clinique CIC Riviera explique au plan formel avoir pris part à la procédure devant l'autorité inférieure en lui adressant le 5 décembre 2018 une demande de suppression des limitations de volume liées à ses mandats de prestations. Elle se prévaut par ailleurs d'un intérêt digne de protection et de la qualité pour recourir dans la mesure où le Conseil d'Etat, dans le cadre de l'arrêté attaqué, a maintenu les limitations litigieuses et refusé partant le « financement cantonal au sens de l'art. 49a LAMal des cas excédentaires ». Soutenant que le canton de Vaud n'a pas édicté de législation réglant les modalités de la fixation et du contrôle de ces quotas, la Clinique CIC Riviera considère que la liste hospitalière les confirme implicitement même si elle n'y fait pas directement référence; à ses yeux, admettre le contraire reviendrait en effet à soustraire les limitations en question au contrôle du Tribunal, alors qu'il s'agit là d'un élément central de la planification hospitalière. Le Conseil d'Etat conteste la qualité pour recourir de la Clinique CIC Riviera, expliquant que celle-ci n'a pas pris part à la procédure de révision de l'arrêté attaqué, ni n'a été privée de la possibilité de le faire car n'étant pas susceptible « d'être atteinte par les adaptations objet du présent recours [et n'ayant aucun] intérêt à son annulation ou à sa modification ». Aussi considère-t-il que la révision de la liste hospitalière entrée en vigueur au 1er janvier 2019 est restée sans incidence sur le contenu et l'étendue des missions orthopédiques confiées à la recourante en vertu de l'arrêté du Conseil d'Etat du 29 juin 2011, qui n'a d'ailleurs jamais été contesté. En effet, l'arrêté attaqué a eu pour objet tout d'abord de retirer de la liste la Clinique La Longeraie, qui n'est plus au bénéfice d'une autorisation d'exploiter, ni d'un mandat de prestations de la part de l'Etat de Vaud depuis 2014 ; ensuite, il s'est agi d'actualiser les données relatives au RSBJ, dont l'ancienne raison sociale « CSSC » a été modifiée au 1er mai 2015 ; l'Hôpital Riviera et l'Hôpital du Chablais ayant fusionné en 2014 pour devenir l'HRC, la liste a également été adaptée en faisant figurer uniquement cette dernière institution, qui a repris les missions des hôpitaux fusionnés ; finalement, certaines modifications concernant les établissements actifs dans les soins palliatifs ont été rendues nécessaires par une restructuration des systèmes tarifaires initiée par SwissDRG SA. Sous l'angle de l'objet de la contestation par ailleurs, l'autorité précédente retient que les conclusions de la Clinique CIC Riviera - dans la mesure où elles se rapportent essentiellement à sa requête du 5 décembre 2018 - vont au-delà de la décision contestée, qui ne concerne pas les limitations du volume de prestations critiquées par cette

dernière. Dans le même sens, l'OFSP considère que la qualité pour recourir ne saurait être reconnue à la Clinique CIC Riviera, faute pour celle-ci d'être concernée par la modification de l'arrêté attaqué et d'avoir participé à la procédure y relative. Aux yeux de l'Office, la recourante ne peut non plus se prévaloir d'un intérêt digne de protection à contester, en tant que tiers, les décisions individuelles prises dans le cadre de l'arrêté du 16 janvier 2019 à l'intention des établissements concernés par les modifications mises en oeuvre.

E. 7.1

En l'occurrence, le recours doit être déclaré d'emblée irrecevable en ce qu'il tend à la suppression des limitations du volume de prestations instaurées à l'égard de la Clinique CIC Riviera pour les années 2017 et 2018. Ces conclusions dépassent en effet manifestement l'objet de la contestation, limité - sous réserve de ce qui suit (consid. 7.2 ci-dessous) - à la question de l'admission des hôpitaux et cliniques à pratiquer à la charge de l'AOS à compter du 1er janvier 2019 (art. 2 de l'arrêté contesté). Aussi l'extension de l'objet de la contestation aux exercices 2017 et 2018 est-elle exclue, dès lors que l'admission à la liste hospitalière pour la période antérieure à 2019 fait l'objet de décisions passées en force, les arrêtés y relatifs des 29 juin 2011 et 13 février 2013 n'ayant pas été attaqués (Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 446s). Il ne saurait non plus être entré en matière sur le recours de la Clinique CIC Riviera dans la mesure où il serait dirigé - ce qui ne ressort toutefois pas expressément des écritures de la recourante - contre les décisions de l'arrêté litigieux concernant les autres établissements sanitaires admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Selon la jurisprudence en effet, un fournisseur de prestations figurant sur la liste hospitalière n'est en règle générale ni autorisé en tant que destinataire de la seule décision le concernant (objet limité de la contestation, consid. 2.2 ci-dessus), ni légitimé - en tant que tiers - à contester la décision de la liste favorable à un autre fournisseur de prestations (ATAF 2012/9 consid. 4.2.3 ; cf. également TAF C-5379/2018 du 2 juillet 2019 consid. 1.3). Or, on ne voit en l'occurrence pas de raison de s'écarter de ces principes ; la recourante - à qui il appartient d'exposer en quoi les conditions de recevabilité sont réunies (consid. 2 ci-dessus) - n'en invoque au demeurant pas.

E. 7.2

Demeure ainsi décisive la question de la recevabilité du recours en tant qu'il concerne l'étendue de l'autorisation de la Clinique à pratiquer à charge de la LAMal dès le 1er janvier 2019.

E. 7.2.1

Or, contrairement à ce que suggère cette dernière, il n'apparaît pas évident que l'acte attaqué tranche cet objet, respectivement constitue une décision admettant la recourante à pratiquer à charge de l'AOS. En effet, même si l'art. 1 al. 1 de l'arrêté du Conseil d'Etat du 16 janvier 2019 reproduit la liste hospitalière vaudoise dans son intégralité, on doute qu'il ait pour effet de rapporter la liste précédemment en vigueur et de désigner de façon formatrice l'ensemble des prestataires de soins autorisés à pratiquer à charge de la LAMal ainsi que les missions et mandats confiés à ceux-ci. De fait et comme cela ressort des travaux préparatoires à la base de l'arrêté litigieux (act. 3 du bordereau autorité C-995/2019), des explications de l'autorité précédente, ainsi que de la comparaison entre la liste hospitalière en vigueur jusqu'au 31 décembre 2018 et celle figurant dans l'arrêté contesté -, les modifications mises en oeuvre par celui-ci concernent uniquement l'ancien CSSC, renommé RSBJ, les hôpitaux de la Riviera et du Chablais, devenus l'Hôpital Riviera-Chablais, ainsi que les établissements

chargés d'une mission dans le domaine de la réadaptation et des soins palliatifs. A l'inverse, la Clinique CIC Riviera n'a pas été positivement affectée par l'acte attaqué, conservant dès le 1er janvier 2019 une mission strictement identique à celle assumée auparavant. On ne voit par ailleurs pas que cet arrêté puisse être assimilé à une décision négative faisant suite à une demande de la Clinique CIC Riviera. En particulier et quoiqu'en pense cette dernière, l'acte attaqué n'a pas lieu d'être rattaché à la requête du 5 décembre 2018 visant la levée des quotas d'hospitalisations, celle-ci ayant précisément donné lieu aux échanges de vue à l'origine de la correspondance du 3 juillet 2019 objet de la procédure de recours C-4029/2019. En outre, il faut exclure que l'arrêté du 16 janvier 2019 ait eu pour effet de prolonger la validité du mandat de prestations 2015-2019. Contrairement à sa version 2012, ce mandat 2015-2019 ne limite en effet pas sa validité à une période d'une année, mais a d'emblée été convenu pour une durée de cinq ans, soit jusqu'au 31 décembre 2019. Cela étant, en présence d'un contrat valablement conclu par les parties, signé de part et d'autre et conforme à la durée maximale applicable dans le canton de Vaud en matière de subventions d'Etat (art. 13s LSub), il n'y change rien que le Cadre de référence 2012 prévoit de façon abstraite et générale que les « mandats spécialisés limités dans le temps » sont limités à une période d'une année au maximum. Quant à la LPFES, on ne voit pas - nonobstant les précisions figurant à ce propos dans le Cadre de référence 2012 - qu'elle fasse obstacle à la conclusion de mandats spécialisés d'une durée supérieure à une année (Cadre de référence 2012, ch. 3 p. 15 ; s'agissant de la validité de contrats limités dans le temps, cf. TAF C-490/2016 précité consid. 7.2). Il y a d'autant moins de raison d'admettre que l'acte attaqué déploie des effets sur la situation contractuelle entre l'Etat de Vaud et la recourante que les contrats et mandats de prestations individuels doivent, selon la systématique légale mise en place notamment par la LPFES et l'AListeLAMal, être distingués - aux plans formel et matériel - de la liste hospitalière au sens de l'art. 7 AListeLAMal (consid. 4 et 7.2 ci-dessus). A la suite de l'autorité inférieure, force est dès lors de constater que l'arrêté attaqué n'a pas pour objet de publier une nouvelle liste hospitalière, mais se borne à mettre en oeuvre des modifications concernant plusieurs établissements admis à pratiquer à charge de l'AOS. Cette façon de voir résulte d'ailleurs également du texte de l'acte attaqué, qui vise non pas à édicter la liste hospitalière vaudoise, mais à la modifier sur certains points (s'agissant de la situation en matière de révision partielle d'une loi, cf. TF 2C_657/2018 du 18 mars 2021 consid. 1.4 et réf. cit.). Au demeurant, il faut bien admettre avec le Conseil d'Etat que son arrêté du 16 janvier 2019 ne constitue pas le résultat d'un réexamen global du besoin sanitaire. En particulier, son préambule continue à faire référence au rapport de Planification hospitalière vaudoise 2012, sur lequel se fondent non seulement la liste hospitalière vaudoise, mais aussi les mandats de prestations conclus avec les établissements sanitaires ; s'agissant de la recourante, sa relation contractuelle avec l'Etat de Vaud a ainsi été valablement convenue et consentie, conformément au mandat 2015-2019, pour une période allant jusqu'au 31 décembre 2019. Il suit de là que la planification hospitalière vaudoise applicable en 2019 était déjà arrêtée avant l'entrée en vigueur de l'acte attaqué et n'avait pas pour objet d'être révisée par celui-ci, donnant lieu en revanche à une procédure de révision globale initiée en 2020 (consid. D. ci-dessus). Quant à la question de savoir si l'on peut reprocher à l'autorité précédente un excès ou un abus du pouvoir d'appréciation pour ne pas avoir procédé à la modification - avec effet au 1er janvier 2019 - des limitations du nombre de cas pour l'activité de la recourante, elle dépasse l'objet du litige et n'a pas lieu d'être abordée ici (consid. 6.3 ci-dessus). Dans ces conditions, s'il déploie des effets à l'égard des établissements concernés par les modifications qu'il met en oeuvre, l'acte attaqué

n'a pas pour objet de régler la situation juridique de la recourante et n'a à son égard pas lieu d'être assimilé à une décision au sens de l'art. 5 PA. Pour cette raison et contrairement à ce que soutient cette dernière, il ne saurait avoir pour conséquence de fixer nouvellement et implicitement - même si elles sont identiques aux précédentes - les limitations du volume des prestations auxquelles son activité est subordonnée.

E. 7.2.2

En outre, on ne voit pas que la recourante - qui ne l'exprime au demeurant pas (consid. 2 ci-dessus) - puisse reprocher au Conseil d'Etat de ne pas l'avoir associée à la procédure préalable à l'arrêté, ni quel avantage elle aurait pu tirer d'une telle participation (ATF 134 V 306 précité ; TAF C-4358/2017 du 5 mars 2018 consid. 2.4 ; C-6504/2011 du 3 décembre 2013 consid. 6.3.3). En effet, comme on l'a vu ci-dessus, les modifications mises en oeuvre par l'acte attaqué n'ont pas eu pour objet de publier une nouvelle liste hospitalière ou de réviser celle en vigueur en raison d'une évolution, respectivement d'une nouvelle évaluation du besoin. Bien plutôt, il s'est agi pour l'autorité de procéder à certaines modifications sans effet direct ou apparent en termes de planification hospitalière. Ainsi, en tant qu'il emporte une modification de la raison sociale du CSSC, cet arrêté procède à une actualisation formelle des données relatives à un prestataire de soins, sans que cela ne déploie aucune conséquence matérielle sur l'organisation de l'offre sanitaire. De même, la fusion opérée entre l'Hôpital Riviera et l'Hôpital du Chablais n'a pas nécessité de réaménager la prise en charge des besoins en soins hospitaliers, dès lors que l'HRC a été en mesure de reprendre les mandats de ses prédécesseurs ; aussi cette opération - si elle a certes entraîné une réorganisation des missions confiées aux établissements concernés - est-elle restée sans conséquence sur la planification hospitalière vaudoise, étant rappelé que la recourante n'est pas habilitée - en tant que tiers - à contester l'attribution de missions à l'HRC ou la capacité de celui-ci à les assumer (consid. 7.1 ci-dessus). Dans la mesure par ailleurs où il concerne les établissements actifs dans le domaine des soins palliatifs, l'arrêté litigieux n'est pas susceptible de déployer des effets sur la situation de la recourante, qui assume une mission dans le domaine de la chirurgie exclusivement. En outre, la radiation de la clinique La Longeraie de la liste hospitalière fait suite à la reprise par le CHUV de la mission initialement confiée à celle-ci ; or, cette reprise est intervenue bien avant l'adoption de l'arrêté attaqué et a été opérée en conformité avec les décisions prises dans le cadre de la planification 2012, lesquelles n'ont pas été contestées en leur temps (Planification 2012, annexe 5, ch. 4.d).

E. 7.2.3

En définitive, l'arrêté attaqué ne constitue pas une décision à l'endroit de la recourante, qui n'a par ailleurs pas été empêchée de participer à la procédure préalable à son adoption, ce qu'elle ne prétend au demeurant pas (cf. consid. 2 ci-dessus). Son recours apparaît donc irrecevable. Cela étant, il n'y a pas lieu de se demander si la recourante peut valablement s'en prendre aux limitations quantitatives à l'occasion d'un recours contre une liste qui ne les reprend pas expressément (à cet égard, cf. ATF 125 V 339 consid. 4a ; cf. également TF 1C_538/2008 du 16 avril 2009 consid. 3). Dans ce contexte, on relèvera néanmoins que si la question n'a pour l'heure jamais été tranchée, la loi semble bel et bien subordonner la validité formelle des quotas d'hospitalisation - lorsqu'ils sont licites au regard de la jurisprudence en la matière (TAF C-5017/2015 précité consid. 19.3.4 et 20 ss ; ATF 138 II 398 consid. 3 ; cf. également TAF C-4302/2011 du 15 juillet 2015 consid. 6) - à leur présence sur la liste hospitalière. En plus d'assurer une mise en oeuvre efficace des objectifs

de transparence rattachés à la liste hospitalière (ATAF 2012/9 consid. 3.2.6 ; 2010/15 consid. 4.1 ; RAMA 1999 KV 83 345 consid. 2.2 ; cf. également : ATF 138 II 368 consid. 3.6.1), une telle solution présente en effet l'avantage de résumer sur un seul acte la façon dont le canton entend satisfaire au besoin hospitalier (dans ce contexte, cf. TAF C-5017/2015 précité consid. 23 ss ; ATF 138 II 398 consid. 3.8.2 ; 9C_617/2017 du 28 mai 2018 ; Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, n° 8 ss ad. art. 39 et 2018, n° 17 ss ad art. 39; s'agissant de la structure de la liste selon l'ancien droit, cf. RAMA 2002 KV 217 249 consid. II/7.1 ; 1999 KV 83 345 consid. II/3.1 ; 1998 KV 54 521 consid. II 4.2.3).

E. 7.2.4

Contrairement à l'avis de la recourante, il ne suit pas de là que le bienfondé des limitations quantitatives appliquées dans le canton de Vaud serait soustrait au contrôle judiciaire. Outre le fait que les quotas d'hospitalisation auraient pu être contestés lors de leur adoption, soit en particulier lors de la négociation des mandats de prestations - le cas échéant en renonçant à y souscrire et en provoquant une décision attaquable sur les points litigieux (cf. dans ce contexte art. 13 al. 1 LSub) -, la recourante reste en effet fondée à faire valoir, devant l'autorité cantonale compétente et dans le cadre d'un contrôle concret, que le refus par le Canton de prendre en charge des frais d'hospitalisation excédentaires viole, dans un cas d'espèce, la LAMal ou la Constitution (ATF 138 II 398 consid. 3.6.2 ; cf. également TF précités 9C_617/2017 et 9C_151/2016, 9C_153/2016, 9C_155/2016, 9C_507/2016). Comme énoncé ci-dessus (consid. 6.3), la Clinique est en outre libre de demander la levée définitive - en raison de leur irrégularité ou d'une évolution du besoin si tant est qu'elles soient licites - des limitations quantitatives subordonnant son activité, en quel cas les autorités cantonales seraient tenues de donner la suite qui s'impose.

E. 8

En fin de compte, le recours déposé dans la cause C-995/2019 est en tous points irrecevable. Quant au recours déposé dans la cause C-4029/2019, il est irrecevable dans la mesure où il ressortit à la compétence du Tribunal de céans et doit pour le surplus être transmis - pour suite jugée utile - au Tribunal cantonal vaudois, Cour des assurances sociales.

E. 9

En règle générale, les frais de procédure comprennent l'émolument judiciaire et les débours, et sont mis dans le dispositif à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF ; art. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Vu l'issue du litige, les frais de procédure sont fixés à Fr. 5'000.- et mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée par celle-ci à hauteur de CHF 10'000.- pour l'ensemble des deux procédures C-995/2019 et C-4029/2019. Le solde restant de l'avance de frais de Fr. 5'000.- est restitué à la recourante.

E. 10

Il n'est alloué de dépens ni à la recourante vu l'issue de la procédure (cf. art. 64 al. 1 PA a contrario), ni aux autorités inférieure et spécialisée (cf. art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

E. 11

Le présent arrêt est définitif. Conformément à l'art. 83 let. r LTF, les décisions en matière d'assurance-maladie rendues par le Tribunal de céans en application de l'art. 33 let. i LTAF

et des art. 53 al. 1 et 90a LAMal ne peuvent pas être attaquées devant le Tribunal fédéral. (le dispositif se trouve sur la page suivante)

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