

# GE\_GERICHTE A/2854/2018 vom 19. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2854\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2854_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/2854/2018 du 19 mars 2019

IT: GE\_GERICHTE A/2854/2018 del 19 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 1

A\_\_\_\_\_ (ci-après : A\_\_\_\_\_ ) dont le siège est à Lausanne a pour but statuaire l'exploitation d'une ou plusieurs cliniques. Elle exploite notamment la clinique médico-chirurgicale « B\_\_\_\_\_ » sise à Lausanne.!

### E. 2

Le 20 avril 2018, la direction générale de la santé (ci-après : DGS) du département devenu depuis lors celui de la sécurité, de l'emploi et de la santé (ci-après : département) a informé B\_\_\_\_\_ sise à Lausanne, exploitée par A\_\_\_\_\_, que les patients genevois hospitalisés dans la clinique par convenance personnelle (cas non urgents et sans autorisation du médecin cantonal) relevaient du principe du libre-choix de l'hôpital. !  
L'établissement était admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) en vertu de l'arrêté du Conseil d'État vaudois du 29 juin 2011 déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Vaud au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Cette admission était toutefois limitée en termes de spécialités, soit la médecine interne, la chirurgie et l'obstétrique et de volumes de prestations limités à mille deux cent cas par année, dans le mandat de prestations liant la clinique et le canton de Vaud. Le 4 octobre 2017, la DGS avait indiqué au service de la santé publique du canton de Vaud (ci-après : SSPVD) que le canton de Genève n'avait aucun besoin dans cet établissement.

### E. 3

Le 24 juillet 2018, le service de la planification et du réseau de soins (ci-après : SPRS) du département a refusé à B\_\_\_\_\_ la garantie de la prise en charge de la part de financement cantonal d'un traitement suivi du 23 au 26 mai 2018, pour une intervention médicale consistant en une chirurgie bariatrique de Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée dans le canton de Genève, en renvoyant la clinique à la motivation développée dans le courrier du 20 avril 2018 envoyé par la DGS.!

### E. 4

Par acte mis à la poste le 23 août 2018, A\_\_\_\_\_ a interjeté recours auprès de la chambre administrative de la Cour de justice (ci-après : chambre administrative) contre la décision du département du 24 juillet 2018, concernant Mme C\_\_\_\_\_ et le courrier du 20 avril 2018 de la DGS, concluant à la réforme de ces décisions en ce sens que le canton de Genève prenne à sa charge et verse à A\_\_\_\_\_ sa part de financement, soit 55 %, jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de Genève, de la prestation stationnaire fournie à la patiente concernée. !  
L'art. 41 al. 1 bis LAMal sur le libre choix du patient en cas de traitement hospitalier était violé par la décision. En supprimant l'accès à B\_\_\_\_\_ pour ses résidents, le canton de Genève niait ce

libre choix, muselait une concurrence pourtant également bénéfique pour ses propres établissements hospitaliers.

#### **E. 5**

Le 28 mai 2018, le Tribunal fédéral a rejeté le recours du département déposé contre l'ATA/1049/2017 du 4 juillet 2017 par lequel la chambre administrative avait admis partiellement, après les avoir joints, les recours de deux exploitantes de cliniques vaudoises, dont A\_\_\_\_\_, contre une décision du département du 12 juin 2015 rejetant des demandes de garantie de paiement et des paiements des factures d'hospitalisation de patients genevois. Dite décision avait été annulée et la chambre administrative avait notamment constaté qu'A\_\_\_\_\_ était habilitée à facturer à la charge de l'AOS et à recevoir de la part de l'État de Genève la part cantonale prévue à l'art. 49a al. 2 LAMal pour les prestations fournies au sein des cliniques B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ à Lausanne, à des patients résidant dans le canton de Genève, dans les pôles d'activité faisant l'objet du contrat de prestations qui la liait au canton de Vaud. L'État de Genève était condamné à payer à A\_\_\_\_\_ les montants réclamés, correspondant à des factures de prise en charge, en capital et intérêts.

Les mandats de prestation accordés par un canton aux établissements hospitaliers avaient pour but d'assurer les besoins en soins des personnes résidant dans le canton. Rien n'indiquait que la limitation de l'activité médicale à un nombre défini de cas devait s'appliquer à l'hospitalisation de patients provenant d'autres cantons. Aussi, ces quotas ne pouvaient pas être appliqués à des assurés ne résidant pas dans le canton de Vaud, s'agissant de la prise en charge par un autre canton – en l'espèce, Genève – de la part cantonale correspondant à la rémunération des prestations hospitalières choisies par les assurés extra-cantonaux, conformément au libre choix prévu par la LAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_617/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2.1).

#### **E. 6**

Par décision du 25 septembre 2018, la chambre administrative a refusé les demandes du département des 23 août et 12 septembre 2018 de suspendre toutes les procédures concernant des recours contre des décisions de refus de prise en charge.

#### **E. 7**

Le 24 octobre 2018, le département a répondu au recours en concluant à son rejet. Le Tribunal fédéral avait confirmé qu'il était possible de limiter le volume de prestations et d'instaurer des quotas dans le cadre d'une planification hospitalière cantonale et n'avait jamais jugé illégal le fait de limiter le libre choix dans le cadre d'hospitalisation hors canton. Désormais les cantons de Genève, Vaud, Valais, Jura Fribourg et Neuchâtel avaient décidé de coordonner leurs besoins en matière hospitalière dans leurs planifications dès l'année 2018. En effet, des courriers de la DGS à l'attention des services santé neuchâtelois, valaisan, jurassien, fribourgeois et vaudois, datés du 3 juillet 2017 avaient été envoyés afin de demander aux cantons précités leurs besoins en terme de nombre de cas par domaine médical, hors médecine hautement spécialisée. Les cantons précités avaient répondu. La DGS avait informé le SSPVD, le 4 octobre 2017, que la clinique vaudoise E\_\_\_\_\_ figurait déjà sur la liste hospitalière genevoise pour un certain nombre de cas, et précisé que les séjours des résidents genevois avec la seule AOS étaient financés à hauteur de 55 % dans un certain nombre des établissements hospitaliers vaudois mentionnés sur la liste hospitalière vaudoise. Il s'agissait du F\_\_\_\_\_, de G\_\_\_\_\_, du H\_\_\_\_\_, des I\_\_\_\_\_, de J\_\_\_\_\_, de K\_\_\_\_\_, de L\_\_\_\_\_, du M\_\_\_\_\_, et de

N\_\_\_\_\_. Le SSPVD quant à lui, a informé la DGS que ses besoins correspondaient à soixante-cinq hospitalisations (urgences comprises) dans les cliniques privées genevoises pour l'année 2018. Le libre choix devait s'exercer vers un hôpital figurant sur la liste du canton de situation mais en tenant compte de la coordination hospitalière inter-cantonale existant entre le canton de résidence de l'assuré et celui du lieu de situation de l'hôpital qui devaient tenir mutuellement compte de leurs planifications hospitalières respectives. Toute autre interprétation de la LAMal viderait de son sens et de sa portée la planification imposée aux cantons par le législateur fédéral, dans la mesure où le canton de résidence de l'assuré pourrait limiter le nombre d'hôpitaux aptes à traiter une maladie sur son territoire, avec la fixation d'un volume maximal de prestations par des mandats de prestations sans pouvoir s'opposer à des hospitalisations hors canton dans des hôpitaux qui ne figureraient pas sur ces listes hospitalières.

#### **E. 8**

Le 21 décembre 2018, A\_\_\_\_\_ a répliqué, précisant et amplifiant ses conclusions : le montant dû était de CHF 4'720.45, soit 55 % de la facture totale du 24 août 2018 de CHF 8'582.60, plus intérêts à 5 % à compter du 24 août 2018. Le simple échange de courriers réalisé par les départements genevois et vaudois ne constituait pas une procédure de planification inter-cantonale au sens de la LAMal. D'ailleurs, ni la liste du canton de Genève ni celle du canton de Vaud n'avaient été modifiées dans le sens de leurs courriers respectifs et les mandats de prestations 2015-2019 non plus. Aucune convention n'avait ainsi été conclue s'agissant de ces cantons. Les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne avaient élaboré un projet de traité, soumis à référendum en février 2019. Une convention hospitalière avait également été conclue entre les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Argovie, Glaris, Grisons, Saint-Gall, Schaffhouse, Thurgovie et Zurich. Il existait pourtant une obligation de coordination des planifications au sens de l'art. 39 al. 2 LAMal. La liste contenue dans le courrier du 4 octobre 2017 était dénuée de tout fondement juridique et de toute validité, dès lors que la LAMal obligeait les cantons à couvrir la part cantonale de leurs ressortissants dans tous les établissements hors canton figurant sur une liste cantonale.

#### **E. 9**

Le 11 janvier 2019, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

#### **E. 10**

Le 21 janvier 2019, la recourante a déposé des observations spontanées. Le département avait remboursé une facture de la clinique D\_\_\_\_\_ pour un résident genevois hospitalisé du 12 au 15 juin 2018 pour une intervention ne constituant pas un cas d'urgence. Cette prise en charge confirmait que c'était tout à fait aléatoirement que le canton de Genève tantôt refusait de fournir sa part de financement tantôt l'acceptait.

#### **E. 11**

Le 5 février 2019, le département a déposé des observations concernant la facture mentionnée par la recourante dans ses écritures du 21 janvier 2019. Une demande de garantie de paiement avait été octroyée, hors cas d'urgence, au motif que la prestation considérée avait été jugée momentanément non disponible à Genève par le médecin-conseil, sur la base des données médicales transmises. Les allégations de la recourante étaient sans fondements.

## E. 12

Le 6 février 2019, la recourante a encore transmis des observations spontanées concernant un arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 janvier 2019 dans la cause C-5017/2015.!

EN DROIT 1. La chambre administrative est compétente pour statuer sur les recours relatifs au financement résiduel des frais d'hospitalisations extra cantonales ( ATA/1049/2017 du 4 juillet 2017 ; ATA/922/2014 du 25 novembre 2014).

En conséquence, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 132 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 - LOJ - E 2 05 ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). 2. a. Le recours peut être formé pour violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, ainsi que pour constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 61 al. 1 LPA). La chambre administrative n'a toutefois pas la compétence d'apprécier l'opportunité de la décision attaquée, sauf exception prévue par la loi (art. 61 al. 2 LPA), hypothèse non réalisée en l'espèce.

b. La juridiction administrative chargée de statuer est liée par les conclusions des parties. Elle n'est en revanche pas liée par les motifs que les parties invoquent (art. 69 al. 1 LPA). 3. Le recours porte contre le refus du département de prendre en charge la part cantonale de l'AOS dans le cas de l'hospitalisation, pour des raisons de convenance personnelle, d'une patiente genevoise, dans une clinique vaudoise exploitée par la recourante, au motif qu'il n'existe aucun besoin dans cet établissement pour les patients genevois, ce qui résulterait de la planification hospitalière conjointe des besoins réalisée entre les cantons de Genève, Vaud, Neuchâtel, Jura Fribourg et Valais pour l'année 2018.

4. L'art. 39 al. 1 LAMal, en relation avec l'art. 35 al. 1 et 2 let. h LAMal, fixe les conditions cumulatives que doivent remplir les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation, pour être un hôpital admis à pratiquer à la charge de l'AOS.

Un hôpital doit notamment garantir une assistance médicale suffisante (let. a), disposer du personnel qualifié nécessaire (let. b), disposer d'équipements médicaux adéquats et garantir la fourniture adéquate de médicaments (let. c). De plus, un hôpital doit correspondre à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (let. d). En plus de ces conditions, l'hôpital doit figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (let. e de l'art. 39 al. 2 LAMal). Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008, la LAMal prévoyait que le canton de résidence de l'assuré ne prenait pas en charge le financement d'hospitalisations extra-cantonales décidées par l'assuré par convenance personnelle, hormis en cas d'urgence, ou en cas de traitement nécessaire hors canton. Dans ces cas particuliers, le canton de résidence prenait une partie des coûts en charge conformément à l'art. 41 al. 3 LAMal. La LAMal a fait l'objet d'une révision sur la question du financement hospitalier, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, avec l'obligation pour les cantons de la mettre en œuvre au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2012, selon les dispositions transitoires – (RO 2008 2049). Depuis lors, pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits (art. 49 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LAMal). Les rémunérations au sens de cette disposition sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a al. 1 LAMal). Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins

(art. 49a al. 2 LAMal). Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal (art. 49a al. 3 LAMal). En ce qui concerne le choix du fournisseur de prestations et la prise en charge des coûts, la révision comprend un nouvel art. 41 al. 1bis LAMal qui prévoit qu'en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (art. 49a LAMal). Le libre choix est ainsi limité implicitement en fonction de la prise en charge des prestations par l'AOS puisque le séjour dans un hôpital non répertorié n'ouvre droit à aucun remboursement de l'AOS (ATF 138 II 398 consid. 3.8.1). 5. La chambre de céans a déjà jugé, et cela a été confirmé par le Tribunal fédéral, que dans le cas d'un patient genevois hospitalisé, en 2015, dans le canton de Vaud, dans un établissement hospitalier faisant partie des établissements reconnus par le canton de Vaud, donc un hôpital répertorié, mais ne figurant pas sur la liste hospitalière genevoise, le canton de Genève ne pouvait refuser la prise en charge de la part cantonale des frais d'hospitalisation facturée par ledit établissement, indépendamment du fait de savoir si celui-ci avait ou non épuisé ses quotas dans le canton de Vaud (ATA/1049/2017 précité confirmé par arrêt du Tribunal fédéral 9C\_617/2017 précité). 6. Reste à examiner si la situation est différente en l'espèce, comme le prétend le département au motif qu'une planification hospitalière inter-cantonale aurait été réalisée pour 2018 et que la décision de refus ne repose plus sur la limitation quantitative fixée par le mandat de prestation vaudois mais sur l'absence de besoins exprimée dans la planification hospitalière genevoise pour des prises en charge dans l'établissement concerné. Toutefois, préalablement, il convient d'examiner la question soulevée par la recourante du traitement de la facture de juin 2018 de la clinique D\_\_\_\_\_ de Lausanne, également gérée par la recourante, concernant un patient genevois, prise en charge par le département en octobre 2018, qui attesterait d'un comportement du département qualifié d'aléatoire par la recourante, payant certaines factures et refusant la prise en charge d'autres. Le département a exposé en réponse que ce paiement faisait suite à une demande de garantie de paiement pour raisons médicales (art. 41 al. 3 LAMal) octroyée au motif que la prestation considérée avait été jugée momentanément non disponible à Genève par le médecin-conseil, sur la base des données médicales transmises. L'explication du département, qui motive son comportement par une demande de garantie pour indisponibilité de la prestation, est convaincante et aucun autre élément du dossier ne permet de la mettre en doute. Il convient donc d'examiner si la décision dont est recours, qui elle concerne un refus de paiement d'une prestation effectuée dans un établissement extra-cantonal, par convenance personnelle du patient, est conforme au droit. 7. La planification hospitalière, telle que l'a envisagée le législateur, doit permettre de concentrer l'offre, ce qui permettra une amélioration de l'efficacité et de la qualité des prises en charge, but de la révision du système de financement hospitalier. Cette amélioration passe notamment par une concurrence entre établissements hospitaliers intéressés à être admis à pratiquer à la charge de l'AOS (arrêt du Tribunal administratif fédéral [ci-après : TAF] C-401/212 du 28 janvier 2014 consid. 9.2 et 10.1). Selon l'art. 39 al. 2ter LAMal, le Conseil fédéral

édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs. Conformément à cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté les art. 58a à 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) sur les critères de planification. La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39 al. 1 let. d LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social (art. 58a al. 1 OAMal). Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications (art. 58a al. 2 OAMal) et la LAMal prévoit que les cantons coordonnent leurs planifications (art. 39 al. 2 LAMal). La détermination des besoins est faite selon une démarche vérifiable, se fondant notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons (art. 58b al. 1 OAMal – planification des besoins en soins). Les cantons déterminent l'offre utilisée dans les établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée ainsi que celle qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux afin que la couverture des besoins soit assurée (art. 58b al. 2 et 3 OAMal). L'offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2 (art. 58b al. 3 in fine OAMal). Cette offre doit ensuite figurer sur la liste visée à l'art. 39 al. 1 let. e LAMal et comprendre les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour la garantir (art. 58e al. 1 OAMal). Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations que chaque canton attribue à chaque établissement au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal (art. 58e al. 1 OAMal). Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations (let. a), l'accès des patients au traitement dans un délai utile (let. b), la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation (let. c de l'art. 58b al. 4 OAMal). Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération : l'efficacité de la fourniture de prestations (let. a), la justification de la qualité nécessaire (let. b), dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies (let. c de l'art. 58b al. 5 OAMal). L'OAMal détermine également comment s'effectue la planification, soit pour la couverture des besoins en soins dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations (art. 58c let. a OAMal). Dans le cadre de l'obligation de coordination inter-cantonale des planifications visée à l'art. 39 al. 2 LAMal, les cantons doivent notamment exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés (let. a) et coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins (let. b de l'art. 58d OAMal). La liste hospitalière est donc le résultat d'une planification qui doit être menée dans les règles prescrites et dont les données déterminantes doivent être publiques (arrêt du TAF C-426/2012 du 5 juillet 2013 consid. 3.3.1). 8. En l'espèce, par arrêté du 24 juin 2015, le Conseil d'État genevois a fixé la liste des établissements admis à pratiquer à la charge de l'AOS en fonction de leurs mandats de prestations, permettant ainsi de garantir une offre suffisante de prestations par rapport aux besoins des habitants du canton en matière d'hospitalisation (art. 1 de l'arrêté du 24 juin 2015). Sur cette liste hospitalière figurent dix établissements genevois et un établissement hors canton, sis à \_\_\_\_\_, la clinique E\_\_\_\_\_ (art. 2 de l'arrêté du 24 juin 2015). L'art. 5 de l'arrêté du 24 juin 2015 prévoit les divisions fixées pour chaque établissement dans les

mandats de prestations, lesquels prévoient également le nombre annuel de cas ou de journées d'hospitalisation. Le Conseil d'État peut inscrire en tout temps, sur la liste, par le biais d'un avenant, des établissements qui n'auraient pas été pris en compte lors de la planification (art. 6 de l'arrêté du 24 juin 2015).!

Par courrier du 4 octobre 2017, le département a informé son homologue vaudois que les séjours des résidents genevois avec la seule AOS étaient financés à hauteur de 55 % dans treize établissements hospitaliers vaudois, selon une liste donnée. C'est sur cette base que l'intimé fonde sa décision de refus de prise en charge, l'établissement exploité par la recourante ne figurant pas sur cette liste, qui définit les besoins des ressortissants genevois. Or, de façon contradictoire, le 7 février 2018, le Conseil d'État a adopté une modification de la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la LAMal figurant dans l'arrêté du 24 juin 2015. S'agissant des hôpitaux extra-cantonaux, seule la clinique E\_\_\_\_\_ figure dans la liste pour la mission de psychiatrie en contradiction avec le courrier du 4 octobre 2017 dans lequel treize établissements extra cantonaux vaudois sont listés. Il ressort de ce qui précède qu'il n'est pas possible de considérer que la liste hospitalière genevoise, arrêtée par le Conseil d'État en juin 2015 et révisée en février 2018, résulte d'une coordination hospitalière inter-cantonale au sens de l'art. 39 al. 2 LAMal. En effet, un échange de courriers entre les services responsables de la santé de différents cantons ne constitue pas une planification coordonnée entre cantons au sens des dispositions légales rappelées ci-dessus. Notamment, rien ne permet de connaître les éléments sur lesquels se fondent les choix faits par le Conseil d'État pour faire figurer l'un ou l'autre établissement dans la liste figurant dans son courrier. De plus et surtout, le résultat de cette « planification coordonnée » n'est pas intégré dans la liste hospitalière puisque la liste publiée, en vigueur, ne reflète pas l'état des besoins exprimés par ailleurs, notamment dans la liste des établissements extra-cantonaux qui correspondraient aux besoins genevois, selon les explications données par l'intimé lui-même. En effet, la liste hospitalière en vigueur n'a pas été modifiée en fonction de ces courriers. Cette liste hospitalière a déjà été valablement contestée le 13 juillet 2015, par un recours déposé au TAF par un établissement hospitalier, lequel contestait la limitation quantitative fixée par le mandat de prestation. Le TAF a admis le recours le 16 janvier 2019 (arrêt du TAF C-5017/2015). Il a notamment constaté que l'arrêté du 24 juin 2015 violait le droit fédéral car la limitation quantitative systématique des cas fixée dans les mandats de prestations des cliniques privées ne respectait pas le sens et l'esprit de la LAMal ainsi que les buts poursuivis par la planification hospitalière (libre concurrence, concentration), était contraire à l'égalité de traitement entre concurrents et s'écarterait de la marge d'appréciation accordée aux cantons. Il n'est dès lors pas possible de retenir que la décision de refus repose sur une planification faite au sens de la LAMal qui aurait exclu l'établissement de la recourante des besoins genevois, d'une façon conforme au droit. En conséquence, le recours sera admis et la décision de refus de prise en charge annulée.

9. Compte tenu de cette issue, il y a lieu d'entrer en matière sur les conclusions en paiement de la part de financement cantonal de la facture de la recourante, soit CHF 4'720.45 (8'582.60 X 55 %). En effet, les conclusions du recours répondent aux exigences de l'art. 65 LPA, dans la mesure où la recourante indique de manière suffisamment précise ce qu'elle souhaite obtenir en s'adressant à la chambre de céans. Ses prétentions ne sont certes pas chiffrées, elles sont néanmoins aisément déterminables ( ATA/384/2014 du 27 mai 2014). L'intimé n'ayant par ailleurs jamais contesté la réalité ou le montant de cette facture de prise en charge et celui-ci étant établi par pièces, ces conclusions seront accordées et l'État de Genève sera condamné à payer le montant réclamé. !

10.

Il convient encore d'examiner la recevabilité des conclusions en paiement d'un intérêt moratoire de 5 % dès le 24 août 2018, prise par la recourante dans sa réplique du 21 décembre 2018. L'acte de recours contient, sous peine d'irrecevabilité, la désignation de la décision attaquée et les conclusions du recourant (art. 65 al. 1 LPA). L'absence de conclusions ne peut être réparée que dans le délai de recours. Hors ce délai, le fait d'être autorisé à compléter une écriture de recours ne permet pas de suppléer le défaut de conclusions. Partant, des conclusions nouvelles prises au stade de la réplique sont irrecevables ( ATA/1235/2018 du 20 novembre 2018 ; ATA/1440/2017 du 31 octobre 2017). En l'occurrence, il appert que la conclusion relative au paiement d'un intérêt est tardive et la créance de la recourante ne portera pas intérêt moratoire en l'absence de conclusions recevables sur ce point ( ATA/112/2019 du 5 février 2019). 11. Vu l'issue du recours, aucun émolument ne sera perçu (art. 87 al. 1 LPA). Une indemnité de procédure de CHF 1'000.- sera allouée à la recourante qui y a conclu, à la charge de l'État de Genève (art. 87 al. 2 LPA). \* \* \* \* \*

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