

GE_GERICHTE A/472/2023 vom 20. August 2024

GE Cour de justice, 2024-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_472_2023

FR: GE_GERICHTE A/472/2023 du 20 août 2024

IT: GE_GERICHTE A/472/2023 del 20 agosto 2024

Regeste

LISTE DES HÔPITAUX;ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE;PARTICIPATION AUX FRAIS EN CAS DE SÉJOUR HOSPITALIER | Recours de KPT ASSURANCES SA (KPT) contre le refus du département d'entrer en matière sur sa demande en paiement de CHF 9'455'710.-, correspondant à la part non couverte par l'assureur social du coût des traitements hospitaliers de ses assurés pour la période de janvier 2016 à décembre 2020. KPT fondait sa demande sur deux arrêts du TAF des 16 janvier 2019 et 30 avril 2024, donnant gain de cause à LA TOUR HÔPITAL PRIVÉ SA (LA TOUR), qui contestait la planification hospitalière du canton entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2023. Le TAF a dans les deux cas reconnu que ladite planification n'était pas conforme au droit sur plusieurs points. LA TOUR ne figurait cependant pas sur la liste des hôpitaux dont KPT réclamait le remboursement d'une partie des coûts. Pour ces établissements, n'ayant pas recouru contre la planification hospitalière, celle-ci était entrée en force de chose décidée. Il n'existait dès lors pas de créance contre le canton en paiement d'une partie de leur rémunération, pour des soins sortant du cadre de la planification hospitalière. Subsidiairement, une telle créance aurait appartenu à l'hôpital mais n'aurait pas pu être cédée à KPT, assureur privée, par l'assuré. Non seulement ce dernier ne pouvait pas se prévaloir d'une créance en paiement directe contre le canton, mais seulement et éventuellement (point contesté en doctrine) d'une prétention en paiement de la part cantonale à l'hôpital. Mais en outre, cette créance, constituant une prestation d'assurance sociale, n'était cessible aux termes de l'art. 22 LPGA qu'à certaines conditions, non remplies en l'espèce. Recours rejeté. | LAMal.39.al1; LAMal.49.leta; LPGA.22

Erwägungen

E. 1

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).

E. 2

La recourante fait grief à l'autorité intimée d'avoir motivé sa décision de manière trop succincte. La recourante a également et successivement sollicité la mise en œuvre d'une expertise, la production des mandats de prestations des AOS pour la période de 2016 à 2020, la production de tout document fixant les conditions auxquelles le canton a pu limiter sa participation à leur rémunération, ainsi que la comparution personnelle des parties.

E. 2.1

Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le droit d'être entendu implique l'obligation pour l'autorité

de motiver ses décisions, afin que le justiciable puisse les comprendre et exercer ses droits de recours à bon escient (ATF 143 IV 40 consid. 3.4.3 ; 141 V 557 consid. 3.2.1). Il suffit cependant que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 142 II 154 consid. 4.2). L'autorité n'est pas tenue de prendre position sur tous les moyens des parties et peut se limiter aux questions décisives (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 142 II 154 consid. 4.2). Le droit d'être entendu comprend aussi le droit pour la personne intéressée de produire ou obtenir la production des preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. Il n'empêche toutefois pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1). Il n'implique pas le droit d'être entendu oralement (art. 41 LPA ; ATF 140 I 68 consid. 9.6.1).

E. 2.2

En l'espèce, la motivation de la décision querellée est certes succincte, mais elle comporte les motifs pour lesquels l'autorité intimée a refusé d'entrer en matière sur la demande de la recourante. Celle-ci a ainsi pu les discuter dans le cadre de la présente procédure et comprendre la portée de la décision attaquée. Son grief à cet égard est donc infondé. Une motivation insuffisante devrait en outre être désormais considérée comme réparée, tant les parties ont pu dans l'intervalle développer leurs positions respectives dans leurs échanges d'écritures.

E. 2.3

La production de pièces complémentaires, en particulier concernant les quotas durant la période litigieuse, n'est pas utile à l'examen de la cause. Leur existence, plus généralement celle de mandats de prestations, et leur effet sur la participation de A_____ à la rémunération des AOS ressortent en effet du dossier. Il n'est pas utile à la chambre administrative d'en connaître les détails dès lors que leur bonne application au cas par cas par les AOS concernés ne fait pas l'objet du litige. Comme exposé plus bas, la juridiction de céans n'a de toute manière pas la compétence d'examiner leur licéité, ni de vérifier si les AOS ont requis de l'assureur privé une partie de leur rémunération conformément aux quotas, autrement dit s'ils ne lui ont pas indument facturé la part cantonale. Pour les mêmes motifs, une expertise, dont la recourante n'a pas précisé le champ, s'avère inutile. Il en va de même d'une comparution personnelle des parties. Celles-ci ont eu l'occasion d'exposer leur point de vue en détail par écrit, dans le cadre d'un double échange d'écritures, complété par une réplique de la recourante. Elles ne peuvent pour le surplus invoquer aucun droit à une audition orale. Les actes d'instruction sollicités par la recourante doivent donc être rejetés.

E. 3

Le présent litige a pour objet une créance alléguée par la recourante contre le canton correspondant à la part des frais hospitaliers des AOS qu'elle a pris en charge au titre d'assurance privée de janvier 2016 à décembre 2020. Sera tout d'abord examinée l'existence d'une telle créance contre l'État, en particulier à l'aune de l'arrêt du TAF du 16

janvier 2019.

E. 3.1

Le droit administratif connaît le principe de la force et de l'autorité de la chose décidée, auxquelles correspondent, après jugement, la force et l'autorité de la chose jugée. Une décision rendue par une autorité devient définitive à l'échéance du délai de recours, dès lors qu'aucun recours n'a été interjeté. Dès ce moment, elle a acquis la force de chose décidée et ne peut plus être remise en cause, sous réserve d'un cas de reconsidération (ATA/1200/2021 du 9 novembre 2021 consid. 3a). L'autorité matérielle de la chose jugée d'une décision antérieure n'implique en principe qu'une obligation de respecter son dispositif. Toutefois, d'autres circonstances, notamment la motivation de la décision, peuvent être prises en compte pour déterminer la portée du dispositif. En d'autres termes, si l'autorité de la chose jugée (ou décidée) est limitée au seul dispositif du jugement, pour connaître le sens et la portée exacte du dispositif, il faut parfois se référer aux considérants en droit du jugement ou de la décision (ATF 142 III 210 consid. 2.2). La nullité absolue d'une décision peut être invoquée en tout temps devant toute autorité et doit être constatée d'office. Elle ne frappe que les décisions affectées des vices les plus graves, manifestes ou du moins facilement reconnaissables et pour autant que sa constatation ne mette pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Sauf dans les cas expressément prévus par la loi, il ne faut admettre la nullité qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire (ATF 130 II 249 consid. 2.4). Des vices de fond d'une décision n'entraînent qu'exceptionnellement sa nullité. Entrent avant tout en considération comme motifs de nullité l'incompétence fonctionnelle et matérielle de l'autorité appelée à statuer, ainsi qu'une erreur manifeste de procédure (ATF 129 I 361 consid. 2.1).

E. 3.2

L'art. 39 al. 1 LAMal, en relation avec l'art. 35 al. 1 LAMal, fixe les conditions cumulatives que doivent remplir les établissements hospitaliers pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une fois qu'il remplit les conditions précitées, l'hôpital doit encore figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (let. e). Conformément à l'art. 39 al. 2 LAMal, les cantons coordonnent leurs planifications. Selon la jurisprudence du TAF, les décisions au sens de l'art. 39 LAMal par lesquelles un canton établit sa liste hospitalière doivent être qualifiées d'institutions juridiques 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. Pour les établissements ne figurant pas sur la liste hospitalière, celle-ci doit être assimilée à une décision négative rejetant leur demande correspondante de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire. En cas de recours, seule la décision qui règle le rapport juridique concernant la partie recourante peut ainsi être examinée, les décisions de la liste hospitalière n'ayant pas été contestées entrant en vigueur (arrêt du TAF C-190/2020 du 15 mai 2024 consid. 4.5).

E. 3.3

Aux termes de l'art. 41 LAMal, 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 au sens de l'art. 49a LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (al. 1 bis). Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. À l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire (al. 3). L'art. 42 LAMal prévoit que, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (al. 1 1^{ère} phrase ; système du tiers garant). Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération (al. 2).

E. 3.4

Aux termes de l'art. 49 al. 1 1^{re} phrase LAMal, pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les parties à une convention conviennent de forfaits. L'art. 49a institue le principe du partage de la rémunération du traitement hospitalier entre le canton et les assureurs (al. 1). Les cantons prennent en charge la part cantonale des assurés qui résident sur leur territoire (al. 2 let. a). Chaque canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, la part cantonale qu'il prend en charge. Celle-ci doit s'élever à 55 % au moins (al. 2 ter). 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 (al. 3). Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39 LAMal, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c et f LAMal, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'al. 2 (al. 4).

E. 3.5

En l'espèce, le canton a dressé sa liste des AOS, pour la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2019, par arrêté du 24 juin 2015, puis, pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2023, par arrêté du 11 décembre 2019. Sur les deux listes figurent, en sus de B_____, les hôpitaux ayant émis les factures dont A_____ prétend au remboursement de la part cantonale, à une exception, soit celle de la CLINIQUE D_____ SA, concernant un montant de CHF 14'119.- (cf. liste de A_____). Le tableau figurant dans l'arrêté du 24 juin 2015 définit les missions médicales attribuées à chaque établissement. À l'exception des HUG, division commune, les missions médicales attribuées aux AOS étaient limitées à un certain nombre de domaines. Des quotas étaient en outre fixés par chaque mandat de prestations. L'arrêté du 11 décembre 2019 précisait que les établissements répertoriés étaient admis dans les groupes de prestations pour lesquels ils étaient mandatés. B_____ a interjeté recours contre les deux arrêtés et obtenu gain de cause. Tel n'est par contre pas le cas des AOS figurant sur la liste de la recourante. Cela a pour effet qu'en ce qui les concerne, les listes hospitalières, mandats de prestations et quotas inclus, ont acquis force de chose décidée et ne peuvent plus être remises en cause dans le cadre de la présente procédure. Les considérants de l'arrêt du TAF du 16 janvier 2019, à prendre en

considération pour déterminer la portée et le sens du dispositif, respectivement le dispositif de l'arrêt du TAF du 30 avril 2024, précisent que les listes hospitalières n'ont été annulées qu'en ce qui concernait B_____. Aux termes de ces arrêts, les listes hospitalières sont certes contraires au droit sur plusieurs points. Mais, ce que la recourante admet, ces vices ne sont pas propres à entraîner leur nullité. Elles sont en effet entachées d'erreurs matérielles qui ne sont pas facilement reconnaissables, dans la mesure où elles ont nécessité un examen approfondi relevant d'une matière plutôt complexe. Il est rappelé que les vices de fond n'entraînent qu'exceptionnellement la nullité d'une décision. Sur le plan procédural, le Conseil d'État était l'autorité compétente pour établir les listes hospitalières (art. 3 al. 2 let. a de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05]), il n'a pas commis d'erreur manifeste et les voies de droit disponibles, utilisées en particulier par B_____, offraient une protection suffisante aux établissements concernés (art. 54 LAMal). L'admission de la nullité de la planification hospitalière genevoise menacerait de surcroît la sécurité du droit, dès lors qu'elle remettrait en cause la répartition de la rémunération des AOS entre l'État, l'assureur social et l'assureur privé ou l'assuré sur une période de huit ans. Les listes hospitalières pour la période litigieuse sont donc entrées en force à l'égard de tous les établissements dont la recourante réclame le remboursement d'une partie des coûts. Il est ainsi établi que le canton n'est pas débiteur de cette part de leur rémunération, concernant des soins excédant le cadre défini par les listes hospitalières, que ce soit parce que ces soins n'étaient pas inclus dans les mandats de prestations ou qu'ils excédaient les quotas. Pour étayer son propos selon lequel l'opacité des quotas rend impossible la vérification de leur respect, la recourante expose que les AOS auraient pu lui facturer, à elle plutôt qu'à l'État, la part non couverte par l'assureur social du coût de prestations entrant pourtant dans le cadre des listes hospitalières. Elle ne développe toutefois cette allégation qu'à titre théorique, sans l'utiliser comme fondement complémentaire à ses prétentions, et rien ne permet d'envisager que les AOS n'auraient pas facturé leurs prestations conformément aux listes hospitalières. Tout examen de la facturation d'un établissement hospitalier à un assuré ou à son assurance complémentaire, notamment sous l'angle du respect des règles résultant de la planification hospitalière cantonale, concerne de toute manière strictement le rapport entre eux. Aussi, un litige à ce sujet ne ressortirait pas à la compétence du département, mais devrait être soumis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. c et 134a LOJ ; art. 89 al. 1 LAMal). En conclusion, il est établi que le canton n'est pas débiteur d'une partie de la rémunération des AOS figurant sur la liste de la recourante pour des prestations excédant le cadre des listes hospitalières. Cela exclut en conséquence une quelconque créance de la recourante sur ce plan, de sorte que le rejet de ses prétentions par le département est fondé.

E. 4

À titre superfétatoire, il sera examiné si, dans l'hypothèse où l'existence d'une telle créance aurait dû être admise, la recourante pourrait en être titulaire au titre d'assurance privée.

E. 4.1

Le créancier direct du versement de la part cantonale à la rémunération des soins hospitaliers est l'hôpital, à l'exception du cas où, selon accord avec l'assureur social, le canton verse sa part à ce dernier (art. 49a al. 3 LAMal). L'hôpital dispose ainsi d'une prétention propre et directe de droit tiré de la LAMal (Philipp EGLI/Michael WALDNER, Basler Kommentar KVG, Bâle 2020, n. 44 ad art. 49a LAMal). L'art. 49a al. 3 LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009, a pour effet que l'hôpital prend en charge de par la loi

la dette de l'assuré selon le système du tiers payant. Sans cette base légale, l'assuré serait débiteur de sa rémunération. Le canton est donc intégré dans le système de la couverture des coûts prévu par l'assurance maladie. Il remplit ainsi une obligation d'assurance sociale, se rapprochant d'une prestation d'assurance (Philipp EGLI/Michael WALDNER, op. cit. , n. 42 ad art. 49a LAMal). Pour les auteurs précités, dès lors que l'assuré est libéré de son obligation de rémunérer l'hôpital, la construction d'un droit public subjectif de l'assuré au versement de la part cantonale ne présente pas d'utilité (ibid.). Gebhard EUGSTER considère en revanche que nonobstant la nouvelle législation, l'assuré conserve une prétention propre en exécution du paiement de la part cantonale (Gebhard EUGSTER, KVG, Zurich 2018, n. 3 ad art. 49a LAMal).

E. 4.2

Selon l'art. 41 al. 3 1^{ère} phrase aLAMal, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008, si, pour des raisons médicales, l'assuré recourait aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, celui-ci prenait en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital appliquait aux résidents du canton. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, pour la créance en remboursement de la différence de coût en vertu de l'art. 41 al. 3 aLAMal, la qualité de partie à côté du canton de résidence appartenait prioritairement à l'assuré au titre de débiteur de la rémunération des prestations fournies par l'hôpital, subsidiairement à l'assurance si elle devait s'acquitter de la rémunération en vertu d'une convention passée avec l'hôpital ou si elle avait payé la facture en qualité de garant (ATF 138 V 510 consid. 3 et 123 V 290 consid. 4). Nonobstant la nature d'assurance sociale de l'obligation du canton de verser la différence des coûts selon l'art. 41 al. 3 1^{ère} phrase aLAMal, ce dernier ne pouvait pas être considéré comme une assurance au sens de la LAMal (ATF 130 V 215 consid. 5.4.3).

E. 4.3

Aux termes de l'art. 22 LPGA, le droit aux prestations est incessible ; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle (al. 1). Les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent en revanche être cédées (al. 2) : à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ; à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). L'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations (art. 70 al. 1 LPGA). L'assureur tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge alloue les prestations selon les dispositions régissant son activité. Lorsque le cas est pris en charge par un autre assureur, celui-ci lui rembourse ses avances dans la mesure où elles correspondent aux prestations qu'il aurait dû lui-même allouer (art. 71 LPGA). Si le caractère d'avance ou de prise en charge provisoire fait défaut ou qu'un droit au remboursement ne peut pas être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi, une cession selon l'art. 22 al. 2 LPGA n'est pas possible. Ainsi, à défaut de caractère d'avance ou de prestations provisoires, une exception à l'interdiction de la cession au sens de cette disposition ne peut être admise (arrêt ATAS/285/2024 de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice du 25 avril 2024 consid. 4.2.2).

E. 4.4

En l'espèce, l'art. 49a al. 3 LAMal institue l'établissement hospitalier comme créancier direct de la part cantonale à la rémunération des AOS, à l'exception du cas, sans pertinence en l'espèce, où, selon accord avec l'assureur social, le canton verse sa part à ce dernier. L'hôpital dispose ainsi d'une prétention propre et directe à l'égard du canton. L'existence d'une prétention de l'assuré visant le paiement à l'hôpital de la part étatique est en revanche incertaine. Elle ne découle en effet pas de la loi et est contestée en doctrine. La jurisprudence rendue au sujet de l'art. 41 al. 3 aLAMal, selon laquelle la qualité de partie à côté du canton de résidence appartenait prioritairement à l'assuré au titre de débiteur de la rémunération des prestations fournies par l'hôpital, n'est pas transposable au cas d'espèce. L'ancien droit ne prévoyait en effet pas la participation directe du canton à la rémunération des hôpitaux, de sorte que l'assuré en était le débiteur principal, en application de la règle générale de l'art. 42 al. 1 LAMal. L'art. 41 al. 3 aLAMal instituait seulement le droit de demander à l'État, en cas d'hospitalisation dans un hôpital hors canton de résidence, le versement de la différence entre les coûts facturés et les tarifs appliqués aux résidents du canton. L'art. 41 al. 3 LAMal a été modifié et fait désormais directement référence à l'art. 49a LaMAL. À admettre un droit subjectif des assurés d'exiger du canton le paiement de la part cantonale, ceux-ci n'auraient de toute manière pas pu céder à leur assureur privé une quelconque créance en paiement contre l'État pour les motifs qui suivent, étant souligné que la loi ne confère directement aucun droit à ce dernier. Tout d'abord, la créance de l'assuré ne consisterait pas en une prétention en paiement contre le canton, mais lui donnerait uniquement le droit d'exiger de ce dernier le paiement de sa part à l'hôpital (ou à l'assureur social si cela a été prévu par convention), de sorte qu'il n'a pas pu céder à son assurance privée une créance en paiement que cette dernière pourrait faire valoir directement contre l'État. Ensuite, la prestation du canton fait partie intégrante du système de couverture des coûts mis en place par l'assurance-maladie et revêt dès lors une nature de prestation d'assurance sociale, comme l'ont confirmé la jurisprudence et la doctrine précitées. Elle n'est donc par principe pas cessible conformément à l'art. 22 al. 1 LPGA et l'exception prévue à l'art. 22 al. 2 let b LPGA n'est pas applicable. Les versements effectués par la recourante en faveur de ses assurés ne constituaient en effet pas des avances faites à titre provisoire au sens de cette disposition, mais la couverture définitive de la part non prise en charge par l'assureur social de leurs factures hospitalières sur la base de leur police d'assurance-maladie complémentaire. Or, le défaut de caractère d'avance ou de prise en charge provisoire exclut la possibilité de cession. En outre, bien que la contribution du canton se rapproche d'une prestation d'assurance sociale, il ne saurait être considéré comme un assureur social au sens de l'art. 22 al. 2 LPGA, conformément à l'ATF 130 V 215 consid. 5.4.3. La recourante parvient à une conclusion différente en se fondant sur un considérant intermédiaire de cet arrêt (consid. 5.4.1), omettant ainsi que le Tribunal fédéral a mené son raisonnement en plusieurs étapes (consid. 5.4.1 et 5.4.2), avant d'arriver à la conclusion que le canton ne peut pas être considéré comme un assureur au sens de la LAMal (consid. 5.4.3). La clause subrogatoire prévue dans les conditions générales de la recourante ne constitue en définitive qu'un rappel de la possibilité pour les assurances, légale mais non applicable en l'espèce comme vu ci-dessus, d'obtenir la cession de la créance de l'assuré contre l'assurance sociale débitrice d'une prestation à l'égard de ce dernier, dans l'hypothèse où l'assurance privée a versé une avance sur cette prestation, notamment dans le cas de doutes sur l'assurance sociale débitrice (art. 22 al. 2 let. b, 70 et 71 LPGA). En définitive, même dans l'hypothèse où il faudrait admettre l'existence d'une créance contre l'État en paiement de la part non couverte par l'assureur social de la

rémunération des établissements figurant sur la liste de la recourante, fondée sur une planification hospitalière irrégulière, en particulier sur l'illicéité des quotas, la recourante n'en serait pas titulaire. Pour ce motif subsidiaire, le rejet de ses prétentions par le département doit être confirmé. Mal fondé, le recours sera rejeté.

E. 5

Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 4'000.- sera mis à la charge de la recourante, qui ne peut se voir allouer une indemnité de procédure (art. 87 LPA). * * * * *

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