

VD_FINDINFO Jug / 2014 / 403 vom 19. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2014___403

FR: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 403 du 19 décembre 2014

IT: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 403 del 19 dicembre 2014

Regeste

FOURNISSEUR DE PRESTATIONS, ASSUREUR, DÉBITEUR DES HONORAIRES{AM}, CONTRAT D’AFFILIATION, RÉSILIATION, FRAIS DE TRAITEMENT, RESSORTISSANT ÉTRANGER | 3 al. 1 LAMal, 3 al. 2 LAMal, 42 al. 1 LAMal, 42 al. 2 LAMal, 56 LAMal, 2 al. 1 let. b OAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Tribunal arbitral 19.12.2014 Jug / 2014 / 403

FOURNISSEUR DE PRESTATIONS, ASSUREUR, DÉBITEUR DES HONORAIRES{AM}, CONTRAT D’AFFILIATION, RÉSILIATION, FRAIS DE TRAITEMENT, RESSORTISSANT ÉTRANGER | 3 al. 1 LAMal, 3 al. 2 LAMal, 42 al. 1 LAMal, 42 al. 2 LAMal, 56 LAMal, 2 al. 1 let. b OAMal

TRIBUNAL CANTONAL ZK12.049263 Tarb 14/12 - 6/2014 TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES _____

Jugement du 19 décembre 2014 _____ Présidence de M. Métral
Arbitres : Mmes Despland et Frésard-Fellay, arbitres Greffière : Mme Brugger ***** Cause pendante entre : O. _____, à Lausanne, au nom de l’Etat de Vaud, demandeur (et défendeur en reconvention), représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, et Z. _____, à Lucerne, défenderesse (et demanderesse en reconvention).

_____ Art. 3 al. 1 et 2, 42 al. 1 et 2, 41a al. 1 et 56 LAMal; 2 al. 1 let. b OAMal

E n f a i t : A. a) E. _____ (ci-après : le patient), né le [...] 1942, de nationalité [...], est arrivé en Suisse le 4 mars 2010, en provenance d’ [...], où il était domicilié. Il était au bénéfice d’un visa d’entrée en Suisse, qui lui a été délivré pour la période du 2 mars au 10 avril 2010 pour « raisons médicales ». Il a donné pour adresse de résidence en Suisse le domicile de son beau-fils, I. _____, à [...]. Le 11 mars 2010, E. _____ a été admis au service de neurologie du K. _____ (ci-après : le K. _____), en statut privé, pour des investigations médicales qui devaient initialement durer trois jours. L’hospitalisation a toutefois été prolongée jusqu’au 30 mars 2010. Selon le formulaire d’admission rempli et signé le 11 mars 2010 par I. _____, il était convenu que le patient assume lui-même ses frais d’hospitalisation. Le 12 mars 2010, I. _____ a versé une garantie de 20’000 fr. auprès de la [...]. Le 26 mars 2010, le K. _____ a décidé de demander une garantie supplémentaire de 15’000 francs. On ignore si ce complément a été immédiatement demandé ou non. Quoi qu’il en soit, il n’a pas été versé. Le 26 mars 2010, I. _____ s’est engagé vis-à-vis de l’Etat de Vaud à assumer « vis-à-vis des autorités publiques compétentes (services sociaux, OCC, etc.) tous les frais de subsistance ainsi que les frais d’accident et de maladie non couverts par une assurance [encourus par son beau-père] pour une durée de séjour en Suisse de cinq ans ou jusqu’au terme du séjour s’il [était] inférieur, et jusqu’à concurrence de 2’600 francs suisses par mois, au sens d’une reconnaissance de

dette irrévocable ». Cet engagement a été pris à la demande du Service de la population du canton de Vaud, dans le contexte d'une demande de permis de séjour en faveur de son beau-père. Le 6 avril 2010, le bureau des étrangers de la Ville de [...] a délivré à E. _____ une déclaration selon laquelle celui-ci était régulièrement inscrit à [...], en résidence principale, depuis le 31 mars 2010, à l'adresse de I. _____. Une demande de permis de séjour avait été déposée le 1^{er} avril 2010 et était en cours de traitement auprès des autorités cantonales. Le 6 avril 2010 également, I. _____ s'est présenté à l'agence de [...] de CSS Assurance-maladie SA (ci-après notamment : l'assureur-maladie ou la défenderesse) pour affilier son beau-père ainsi que l'épouse de ce dernier, H. _____ à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, ainsi que pour conclure un contrat d'assurance-maladie complémentaire. Il a indiqué qu'il avait fait des démarches en vue d'obtenir, en leur faveur, un permis de séjour pour regroupement familial. CSS Assurance-maladie SA lui a remis un formulaire de proposition d'assurance en faveur de E. _____ et H. _____, pour l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et à l'assurance complémentaire ambulatoire myFlex. I. _____ a demandé que la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie soit activée aussi rapidement que possible, de sorte que le 10 avril 2010, CSS Assurance-maladie SA a établi une police d'assurance confirmant l'affiliation de E. _____ dès le 31 mars 2010 à l'assurance obligatoire des soins. La proposition d'assurance complémentaire, qui impliquait de remplir une déclaration de santé, n'a pas été complétée dans l'immédiat. Le 12 avril 2010, I. _____ s'est à nouveau rendu à l'agence de CSS Assurance-maladie SA de Lausanne, qui lui a remis un nouveau formulaire de proposition d'assurance portant sur l'assurance complémentaire ambulatoire myFlex et l'assurance d'hospitalisation privée myFlex. CSS Assurance-maladie SA a toutefois refusé la proposition. Entre-temps, le 8 avril 2010, E. _____ s'est rendu au K. _____ pour les suites de son traitement. Il y a présenté la proposition d'assurance auprès de CSS Assurance-maladie SA, du 6 avril 2010. Afin de régler les aspects financiers de l'hospitalisation du 11 au 30 mars 2010, le K. _____ a demandé à I. _____ de signer une reconnaissance de dette pour la couverture des frais d'hospitalisation de son beau-père du 11 au 30 mars 2010, jusqu'à concurrence d'un montant de 15'000 fr., en complément du dépôt de 20'000 fr. qui avait déjà été versé en garantie. I. _____ a signé cette reconnaissance de dette le 8 avril 2010. Les représentants du K. _____ et I. _____, pour son beau-père, se sont encore rencontrés le 9 avril 2010 pour clarifier les aspects financiers du traitement pour la période postérieure au 30 mars 2010. Lors de cet entretien, I. _____ a exposé que son beau-père travaillait à [...], où il avait monté sa propre société, et qu'il avait l'intention de faire des allers-retours pour suivre son traitement au K. _____. Il a également indiqué qu'une demande de permis de séjour pour raisons médicales avait été déposée par la famille auprès du contrôle des habitants le 31 mars 2010, ainsi qu'une demande d'autorisation pour regroupement familial. Le même jour, une demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie avait été effectuée auprès de CSS Assurance-maladie SA. I. _____ a déclaré avoir pris conseil pour ces démarches auprès d'un conseiller en assurances, et que lui-même avait été courtier par le passé. Pour cette affiliation, il a indiqué que les informations transmises à l'assureur se résumaient au « formulaire santé » rempli pour le patient, sans autres éléments. Durant l'entretien du 9 avril 2010, les représentants du K. _____ ont informé I. _____ de l'éventualité d'une désaffiliation de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Ils lui ont demandé l'autorisation de communiquer à la caisse-maladie les éléments relevant de la situation personnelle et administrative de son beau-père, pour s'assurer que

l'assureur-maladie disposait de tous les éléments nécessaires lorsqu'elle a admis l'affiliation. I. _____ a exposé que tant que le résultat de la demande du permis de séjour n'était pas connu et que l'étendue des soins à envisager n'était pas claire, l'assureur ne devait pas être informé « pour ne pas perturber le déroulement du dossier ». Selon lui, le problème pour le K. _____ était réglé, car soit l'assureur payait, soit la famille prendrait en charge les frais de traitement. Il ne voyait pas de problème concernant le domicile en Suisse de son beau-père, puisqu'il avait obtenu une attestation de résidence. En fin d'entretien, I. _____ a demandé un délai de réflexion sur la question de la communication d'informations relatives à la situation personnelle de son beau-père, à CSS Assurance-maladie SA, par le K. _____. Après un délai de réflexion de dix jours, I. _____ a informé le K. _____, le 22 avril 2010, qu'il refusait la communication à CSS Assurance-maladie SA des informations relatives à la situation personnelle de son beau-père. Le 4 mai 2010, le K. _____ a demandé au médecin cantonal la levée du secret médical en vue de pouvoir communiquer à la caisse-maladie de E. _____ les informations relatives à sa situation administrative; il s'agissait de permettre à la caisse-maladie d'examiner l'affiliation de ce patient en connaissance de cause. Le 7 mai 2010, le médecin cantonal, agissant pour le Conseil de santé du canton de Vaud, a levé le secret médical dans le sens demandé par le K. _____. Le 10 mai 2010, le K. _____ a communiqué à CSS Assurance-maladie SA les informations dont il disposait concernant le statut de E. _____ en Suisse. Il a notamment exposé que E. _____ semblait être venu en Suisse dans le cadre d'un séjour médical et qu'il entendait effectuer des allers-retours entre [...] et la Suisse en vue de se faire traiter au K. _____ tout en maintenant son activité professionnelle à l'étranger. Une demande d'autorisation de séjour, ainsi qu'une demande de regroupement familial semblaient avoir été déposées. La lettre du K. _____ à CSS Assurance-maladie SA exposait également qu'un dépôt de garantie de 20'000 fr. avait été effectué, et que I. _____ avait signé une reconnaissance de dette pour un montant complémentaire de 15'000 fr. en vue de garantir les frais de traitement pour la période du 11 au 30 mars 2010. Pour la période postérieure, I. _____ avait produit une attestation d'affiliation à CSS Assurance-maladie SA, valable dès le 31 mars 2010, en faveur de son beau-père, ce qui avait amené à une séance le 9 avril 2010 pour clarifier la situation et, finalement, à la levée du secret médical et à la communication de ces informations à l'assureur-maladie. Le K. _____ invitait CSS Assurance-maladie SA à examiner les conditions d'affiliations du patient à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et de l'informer dans les meilleurs délais « en cas de modification des circonstances déterminantes pour l'octroi des prestations ». Le 20 mai 2010, CSS Assurance-maladie SA a communiqué la lettre du 10 mai 2010 du K. _____ à l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie (OCC) et lui a demandé d'instruire la question de la domiciliation de E. _____ en Suisse. Il semblait probable, en effet, que ce patient ne remplissait pas les conditions d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Le traitement des prestations en cours avait été mis en attente « afin d'éviter tout préjudice tant pour le K. _____ que pour les organes d'application de la LAMal ». Une copie de cette lettre a été adressée au K. _____ « pour information et en réponse à son courrier du 10.05.2010 ». b) Sur le plan médical, parallèlement à ces démarches administratives, E. _____ a suivi un traitement ambulatoire au K. _____ les 8, 19, 21, 26 et 30 avril 2014. Le K. _____ a facturé ces soins à CSS Assurance-maladie SA, selon le système du tiers-payant, le 29 mai 2010, pour un montant total de 1'838 fr. 50, et le 13 novembre 2010, pour un montant de 136 fr. 35. CSS Assurance-maladie SA a payé ces

factures les 7 juillet et 22 décembre 2010. Les 6 et 12 mai 2010, E. _____ a subi de nouveaux examens au K. _____, en ambulatoire. Le K. _____ a facturé ces consultations à CSS Assurance-maladie SA le 26 juin 2010, pour un montant de 621 fr. 90. L'assurance-maladie a payé la facture le 4 août 2010. Toujours en mai 2010, le patient a été hospitalisé au K. _____ du 14 au 19 mai 2010. Le 17 mai 2010, le K. _____ a adressé à CSS Assurance-maladie SA un « avis d'entrée administratif », en lui demandant une garantie de prise en charge. Le 20 mai 2010, CSS Assurance-maladie SA adressé au K. _____ une garantie de paiement pour la couverture des frais d'hospitalisation en division commune. Sous remarques, CSS Assurance-maladie SA indiquait « Réserve en attente renseignements supplémentaires demandés ». Le K. _____ a établi une facture pour cette hospitalisation, le 19 août 2010, pour un montant de 3'622 fr. 10 que l'assureur a payé le 30 septembre 2010. Du 25 au 31 mai 2010, E. _____ a encore suivi plusieurs traitements ambulatoires au K. _____, que ce dernier a facturés pour un montant de 3'732 fr. 20 à CSS Assurance-maladie SA, le 26 juin 2010. L'assurance-maladie a payé la facture le 4 août 2010. Le 24 juillet 2010, le K. _____ a facturé à CSS Assurance-maladie SA de nouveaux traitements ambulatoires suivis entre le 1^{er} et le 30 juin 2010, pour un montant total de 10'468 fr. 10. L'assureur-maladie n'a pas payé cette facture à ce jour. Le 6 août 2010, il en a accusé réception et a informé le K. _____ que le dossier était à l'étude auprès de ses services. E. _____ a séjourné au K. _____ du 15 au 25 juin 2010. Le K. _____ a adressé à CSS Assurance-maladie SA un « avis d'entrée administratif », le 17 juin 2010, en lui demandant une garantie de prise en charge. Le 20 juillet 2010, l'assurance a envoyé au K. _____ une garantie de paiement pour la couverture des frais d'hospitalisation en division commune, en précisant, sous remarques : « Réserves : attendons des renseignements ». Le 23 août 2010, le K. _____ a adressé à CSS Assurance-maladie SA une facture de 2'573 fr. pour les frais de traitement stationnaire pendant cette période. La facture a été payée le 30 septembre 2010. Du 1^{er} au 21 juillet 2010, le patient a suivi plusieurs traitements ambulatoires au K. _____, facturés 7'287 fr. 70 par l'hôpital le 28 août 2010. CSS Assurance-maladie SA n'a pas payé cette facture à ce jour. Le 9 septembre 2010, elle en a accusé réception et a informé le K. _____ que le dossier était à l'étude auprès de ses services. Du 3 au 31 août 2010, le K. _____ a prodigué de nouveaux traitements ambulatoires, qu'il a facturés 725 fr. 55 le 21 septembre 2010. CSS Assurance-maladie SA a payé cette facture le 29 septembre 2010. Le 5 octobre 2010, E. _____ a suivi un traitement ambulatoire au K. _____, facturé le 27 novembre 2010 à CSS Assurance-maladie SA, pour un montant de 805 fr. 65. Celle-ci n'a pas acquitté le montant demandé à ce jour. Le 14 décembre 2012, elle a accusé réception de la facture et a informé le K. _____ que le dossier du patient était à l'étude auprès de ses services. Les médecins du K. _____ ont encore prodigué des traitements ambulatoires à E. _____ du 20 au 28 décembre 2010. Le K. _____ les a facturés le 29 janvier 2011 et CSS Assurance-maladie SA les a payés le 9 février 2011. E. _____ a quitté la Suisse le 28 décembre 2010. c) Entre le 20 mai 2010, date à laquelle CSS Assurance-maladie SA a demandé à l'OCC d'instruire la question du domicile en Suisse du prénommé, et son départ de Suisse le 28 décembre 2010, CSS Assurance-maladie SA a relancé l'OCC les 5 juillet 2010, 16 août 2010 et 18 novembre 2010. Elle a adressé au K. _____ une copie de sa lettre de relance du 5 juillet 2010. Le 9 décembre 2010, CSS Assurance-maladie SA a mis l'OCC en demeure de lui répondre, en annonçant qu'à défaut, elle introduirait un recours pour déni de justice. Le 15 décembre 2010, l'OCC a pris position sur la domiciliation en Suisse de E. _____. Il a exposé que ce dernier était arrivé en Suisse le 4 mars 2010 muni

d'un visa délivré pour raisons médicales et valable du 2 mars au 10 avril 2010. Le 10 mars 2010, il s'était présenté au K. _____ pour des investigations médicales, puis avait suivi un traitement. Le 31 mars 2010, il s'était inscrit au contrôle des habitants de [...] et avait déposé une demande d'autorisation de séjour temporaire en vue d'un traitement médical (permis L) auprès du Service de la population. Ce type d'autorisation de séjour impliquait que le financement et le départ de Suisse étaient garantis. Le but du séjour annoncé par E. _____ était un traitement médical limité dans le temps ; sa demande de permis était toujours en cours d'instruction. Dans ces circonstances, vu le but du séjour et la durée limitée de celui-ci, E. _____ ne remplissait pas les conditions requises pour la constitution d'un domicile en Suisse et n'était donc pas soumis à l'obligation d'assurance pour les soins en cas de maladie. Le financement des soins médicaux nécessaires aux personnes qui bénéficiaient de ce titre de séjour devait être assuré conformément aux garanties qu'elles avaient dû présenter pour l'obtenir. Le 4 janvier 2011, CSS Assurance-maladie SA a résilié le contrat la liant à E. _____, avec effet rétroactif au 31 mars 2010. Elle a considéré que celui-ci séjournait en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical, de sorte que son affiliation à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie était exclue, conformément à l'art. 2 al. 1 let. b de l'OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102). Cette décision n'a pas fait l'objet d'une opposition. A l'époque, elle n'a pas été communiquée au K. _____. Le 25 février 2011, CSS Assurance-maladie SA a informé la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV) du fait que la couverture d'assurance de E. _____ avait été annulée avec effet rétroactif au 31 mars 2010. Elle demandait par conséquent la restitution d'un montant de 14'142 fr. 75 correspondant aux factures acquittées à tort pour les soins prodigués à ce patient en 2010, et retournait à sa décharge les trois factures qu'elle n'avait pas acquittées (factures du 24 juillet 2010, d'un montant de 10'468 fr. 10, du 28 août 2010, d'un montant de 7'287 fr. 70, et du 27 novembre 2010, d'un montant de 805 fr. 65). Le 1^{er} juin 2011, CSS Assurance-maladie SA a adressé un rappel à la CEESV, en réitérant sa demande de restitution d'un montant de 14'142 fr. 75. Le 6 juin 2012, elle s'est adressée au Z. _____ pour l'informer de la résiliation rétroactive de la couverture d'assurance de E. _____ au 31 mars 2010 et lui demander la restitution d'un montant de 14'142 fr. 75, dans un délai de 30 jours. Le 26 juin 2012, le K. _____ a refusé de rembourser le montant exigé et a imparti un délai de 30 jours à CSS Assurance-maladie SA pour acquitter le solde des factures en suspens, soit un montant de 18'561 fr. 45. En substance, le K. _____ soutenait qu'il appartenait à l'assureur-maladie de contrôler si une personne demandant à s'affilier à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie remplissait les conditions légales pour une telle affiliation. Dès lors que CSS Assurance-maladie SA avait accepté l'affiliation de E. _____, elle était devenue la débitrice des frais de traitement vis-à-vis du fournisseur de prestations. Il lui appartenait de se retourner contre la personne qu'elle avait affiliée pour exiger la restitution des prestations. B. Le 4 décembre 2012, l'Etat de Vaud, représenté par le K. _____, lui-même représenté par Me Didier Elsig (ci-après notamment : le demandeur principal ou le demandeur), a ouvert une action de droit administratif contre CSS Assurance-maladie SA (ci-après : la défenderesse), devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud. Il a conclu, en substance, à la condamnation de CSS Assurance-maladie SA au paiement, en faveur de l'Etat de Vaud, d'un montant de 10'468 fr. 10, avec intérêt à 5% dès le 25 août 2010 (facture n° [...] du 24 juillet 2010), d'un montant de 7'287 fr. 70 avec intérêt à 5% dès le 29 septembre 2010 (facture n° [...] du 28 août 2010) et d'un montant de 805 fr. 65, avec intérêt à 5% dès le 28

décembre 2010 (facture n° [...] du 27 novembre 2010), sous suite de frais et dépens. En bref, l'Etat de Vaud a repris l'argumentation déjà présentée par le K._____ dans sa lettre du 26 juin 2012 à CSS Assurance-maladie SA. Le Président du Tribunal arbitral a tenu une audience de conciliation le 8 mars 2013, sans succès. Le 9 juillet 2013, CSS Assurance-maladie SA a conclu au rejet de la demande et a déposé une demande reconventionnelle tendant, en substance, à la condamnation de l'Etat de Vaud au paiement d'un montant de 7'947 fr. 65 avec intérêt à 5% dès le 18 janvier 2011, en remboursement des frais de traitement ambulatoire qu'elle avait acquittés pour E._____, et de 6'195 fr. 10 avec intérêt à 5% dès le 18 janvier 2011, en remboursement des frais de traitement stationnaire qu'elle avait acquittés pour E._____. Pour la défenderesse, le K._____ était en mesure de reconnaître que ce patient séjournait en Suisse en vue de suivre un traitement médical et qu'il ne pouvait donc pas s'affilier à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Il lui appartenait donc d'exiger des garanties de paiement. Dès lors que l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins avait été résiliée avec effet rétroactif au 31 mars 2010, les prestations d'assurance versées pour la période postérieure à cette date devaient être restituées par l'Etat de Vaud (pour le K._____), à charge pour lui d'exiger du patient le paiement des frais de traitement. Les parties ont encore déposé diverses déterminations et moyens de preuve, en maintenant leurs conclusions. La défenderesse a notamment allégué que des discussions avaient été menées, de 2009 à 2011, entre le Service des assurances sociales et de l'hébergement du canton de Vaud (SASH), l'OCC et des représentants du K._____, de santésuisse et de différents assureurs-maladie, à propos de la procédure à suivre en cas de suspicion d'affiliation abusive à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Il en est ressorti, toujours selon la défenderesse, que l'OCC avait été désignée comme l'autorité de référence en matière d'affiliation et que les assureurs-maladie ne pouvaient s'écarter des avis de cette autorité. En l'occurrence, la défenderesse considère qu'elle ne pouvait donc pas se prononcer sur le bien-fondé ou non de l'affiliation du patient avant que l'OCC lui transmette sa prise de position, en décembre 2010. La défenderesse a produit divers documents en vue d'établir ces allégations, notamment un projet de directive de l'OCC, relative à l'examen de l'existence du domicile en Suisse comme condition à l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins (LAMal), dans sa teneur au 12 mai 2011. Elle se réfère également à l'art. 8 al. 1 let. c du RLVLAMal (règlement du 18 septembre 1996 concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; RSV 832.01.1), d'après lequel l'Office vaudois de l'assurance-maladie (anciennement : OCC), est chargé de décider des exceptions à l'obligation de s'assurer. Le Tribunal arbitral a tenu une audience de débats finaux le 8 septembre 2014. Le 12 septembre 2014, la défenderesse a déposé une nouvelle détermination ainsi qu'une nouvelle pièce à titre de moyen de preuve. Le 17 septembre 2014, le Tribunal arbitral a informé la défenderesse du fait que ces documents avaient été déposés tardivement, après la clôture de l'instruction et l'audience de jugement, de sorte qu'ils ne seraient pas pris en considération. Le Tribunal arbitral a néanmoins communiqué la détermination et le nouveau moyen de preuve au demandeur, pour information.

E n d r o i t : 1. a) Les litiges relevant de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) et opposant un assureur et un fournisseur de prestations sont tranchés par un tribunal arbitral (art. 89 al. 1 LAMal). Le Tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). La notion de litige susceptible d'être soumis au tribunal arbitral doit être entendue au sens large. Il est nécessaire, cependant, que soient

en cause des rapports juridiques qui résultent de la LAMal ou qui ont été établis en vertu de cette loi. Il doit par ailleurs s'agir d'un litige entre un assureur-maladie et la personne appelée à fournir des prestations, ce qui se détermine en fonction des parties qui s'opposent en réalité. En d'autres termes, le litige doit concerner la position particulière de l'assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal (ATF 132 V 303 consid. 4.1 et les arrêts cités; 131 V 191 consid. 2). La compétence du tribunal arbitral doit être déterminée au regard des prétentions que fait valoir la partie demanderesse et de leur fondement (arrêt K 5/03 du 15 avril 2004 consid. 2.2, in RAMA 2004 n° KV 285 p. 238). Dans le canton de Vaud, la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances est régie par les art. 113 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 176.36), relatifs à la procédure devant ce Tribunal, et par les art. 106 ss LPA-VD relatifs à l'action de droit administratif (par renvoi de l'art. 116 LPA-VD). Ces dispositions renvoient elles-mêmes, pour partie, aux règles de la procédure administrative ou de la procédure de recours de droit administratif prévues par la LPA-VD (art. 109 al. 1 LPA-VD) et, pour partie, aux règles de la procédure civile (art. 109 al. 2 LPA-VD). Cela étant, les normes auxquelles renvoie l'art. 116 LPA-VD ne sont applicables que par analogie et la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances doit rester simple et rapide; le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires, qu'il apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Sous réserve de ces exigences de droit fédéral, le Tribunal arbitral des assurances impose une procédure plus ou moins formaliste, proche de la procédure civile ordinaire ou plus proche des procédures simplifiées ou sommaires prévues par le CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272), selon la valeur litigieuse, la nature du litige qui lui est soumis et les parties en présence. Il fait rectifier les actes de procédure qui ne lui paraissent pas respecter les formes nécessaires (art. 27 al. 5 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 CPC). Lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., il applique en principe les règles de la procédure simplifiée prévue par les art. 244 ss CPC, par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD.

b) En l'espèce, la demande présentée par l'Etat de Vaud, pour le K. _____, porte sur son droit d'exiger de CSS Assurance-maladie SA le paiement de factures pour les traitements ambulatoires dispensés à E. _____ du 1^{er} au 30 juin 2010 (facture n° [...] du 24 juillet 2010, pour un montant de 10'468 fr. 10, avec intérêt à 5% dès le 25 août 2010), du 1^{er} au 21 juillet 2010 (facture n° [...] du 28 août 2010, pour un montant de 7'287 fr. 70 avec intérêt à 5% dès le 29 septembre 2010), et le 5 octobre 2010 (facture n° [...] du 27 novembre 2010 pour un montant de 805 fr. 65 avec intérêt à 5% dès le 28 décembre 2010). Cette demande est recevable. CSS Assurance-maladie SA a déposé une demande reconventionnelle tendant au paiement, par l'Etat de Vaud, d'un montant de 7'947 fr. 65, avec intérêts à 5% dès le 18 janvier 2011, et d'un montant de 6'195 fr. 10 avec intérêts à 5% dès le 18 janvier 2011. Pour l'essentiel, cette demande reconventionnelle implique, comme la demande principale, de définir la position respective du fournisseur de prestations et de l'assureur-maladie en cas de résiliation d'un contrat d'assurance avec effet rétroactif. Dans cette mesure, elle est recevable. La recevabilité de cette demande reconventionnelle prête en revanche à discussion dans la mesure où l'argumentation présentée par CSS Assurance-maladie SA semble également mettre en cause la responsabilité de l'Etat de Vaud pour le retard que l'OCC aurait pris pour statuer sur l'obligation d'assurance de E. _____. On peut se demander, en effet, si une demande reconventionnelle peut être adressée au Tribunal arbitral des assurances pour une prétention qui n'est pas dirigée contre l'Etat de Vaud en tant que fournisseur de prestations médicales, mais en tant que responsable d'un service

administratif tel que l'OCC. La question doit demeurer ouverte dès lors que la demande reconventionnelle est, quoi qu'il en soit, mal fondée, pour les motifs exposés ci-après. 2. Le demandeur principal fonde ses prétentions sur le système du tiers payant prévu par l'art. 42 al. 2 LAMal et l'art. 7 al. 1 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, conclue par santésuisse, d'une part, et la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et le K. _____, d'autre part, le 8 février 2008 (ci-après : Convention relative à la valeur du point taxe TARMED). Il soutient qu'il appartient à l'assureur de vérifier si les personnes qui souhaitent s'affilier à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie remplissent bien les conditions d'affiliation. Dès lors qu'il a affilié l'assuré, il doit assumer les coûts des traitements effectués sur présentation d'une carte attestant cette affiliation, à charge pour lui – en cas de résiliation du contrat avec effet rétroactif – d'exiger la restitution des prestations auprès de la personne qui avait obtenu à tort la délivrance d'une attestation d'assurance. La défenderesse s'oppose aux prétentions du demandeur au motif, principalement, que ce dernier aurait dû exiger une garantie de paiement pour les frais de traitement de E. _____. Les responsables du K. _____ étaient en effet en mesure de constater que les conditions d'une affiliation à l'assurance obligatoire des soins n'étaient pas remplies. Or, il leur appartenait de veiller à ce que les prestations dispensées correspondent bien à des prestations au sens de la LAMal. La défenderesse se réfère sur ce point à l'art. 14 de la Convention vaudoise d'hospitalisation somatique aiguë 2010 (CVHo), conclue entre la FHV, le K. _____ et santésuisse le 11 décembre 2009 (ci-après : CVHo). 3. a) Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus par l'art. 3 al. 1 LAMal, l'assurance prend effet dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1, 1^{ère} phrase, LAMal). Les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de courte durée ou d'une autorisation de séjour, au sens des art. 32 et 33 de la LEtr (loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers; RS 142.20), valable au moins trois mois, sont tenus de s'assurer dans les trois mois qui suivent leur annonce au service compétent pour le contrôle des habitants. S'ils s'assurent à temps, l'assurance prend effet dès la date de l'annonce du séjour. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance prend effet dès l'affiliation (cf. art. 7 al. 1 OAMal). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 al. 3 LAMal). Pour les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de courte durée ou d'une autorisation de séjour, au sens des art. 32 et 33 LEtr, valable au moins trois mois, la couverture d'assurance prend fin au plus tard le jour du départ effectif de Suisse ou à la mort de l'assuré (art. 7 al. 3 OAMal). Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2, al. 2, de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte (art. 3 al. 2 LAMal). Il a ainsi exempté de l'obligation d'assurance les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure (art. 2 al. 1 let. b OAMal). b) E. _____ est venu en Suisse, en 2010, dans le seul but de se faire soigner. Cela ressort aussi bien de sa demande de permis de séjour « pour raisons médicales » que des déclarations de son beau-fils au K. _____, d'après lesquelles le patient travaillait à [...], où il avait monté sa propre société, et avait l'intention de faire des allers-retours pour suivre son traitement en Suisse. Dans ce contexte, la demande de regroupement familial mentionnée par I. _____ paraît avoir été déposée plus pour assurer à son beau-père un droit de séjour, au moins provisoire, voire pour éviter un refus d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins en cas

de maladie – renseignements pris auparavant auprès d'un conseiller en assurance –, qu'en raison d'une réelle volonté de constitution d'un domicile en Suisse. Il n'est d'ailleurs pas établi qu'une telle demande ait été effectivement déposée et E._____ a quitté la Suisse dès la fin de son traitement, le 28 décembre 2010. Compte tenu de ces constatations, E._____ ne remplissait pas les conditions pour être assuré en Suisse lorsqu'il a été affilié par la défenderesse, qui a résilié à juste titre le contrat d'assurance avec effet rétroactif au 31 mars 2010. Le point de savoir si la décision de résiliation a été notifiée correctement à l'intéressé – ce que le demandeur a mis en doute en audience – n'est pas déterminant pour statuer sur le litige.

4. a) En cas de traitement ambulatoire, l'art. 42 al. 1 LAMal pose le principe selon lequel, 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 le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent déroger au système du tiers garant et convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). Par ailleurs, en cas de traitement hospitalier stationnaire, le système du tiers payant est applicable indépendamment d'un accord entre assureurs et hôpitaux (art. 42 al. 2 LAMal). L'assureur s'acquitte alors de sa prestation envers l'assuré en devenant le débiteur direct de la facture du prestataire de soins, en lieu et place de l'assuré. Le prestataire de soins ne dispose donc pas d'une créance contre l'assuré, mais contre l'assureur-maladie de ce dernier (cf. ATF 132 V 18 consid. 5.2). Le système du tiers payant offre la garantie au fournisseur de prestations qu'il sera payé en cas d'exécution de ses obligations conforme à la convention. Le principe et l'efficacité même d'une convention tarifaire instaurant un tel système reposent sur cette garantie. La remettre en cause créerait une brèche dans la cohérence du régime du tiers payant en réservant au fournisseur la possibilité d'adopter de cas en cas le régime individuel du tiers payant quand il n'aurait pas l'assurance d'être directement remboursé par l'assureur. Cela dénaturerait, en définitive, le sens et le but du système du tiers payant voulu par les parties à la convention (cf. ATF 132 V 18 consid. 5.4). Ce principe est également valable, mutatis mutandis, en cas de traitement hospitalier stationnaire, le principe du tiers payant étant alors prévu par la loi (art. 42 al. 2, 2^{ème} phrase, LAMal). Son application suppose toutefois que le fournisseur de prestations ait lui-même agi conformément à ses obligations conventionnelles et légales.

b) aa) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. L'art. 25 al. 1 prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission; art. 41a LAMal). bb) Les parties sont notamment liées par la Convention-cadre TARMED conclue les 27 mars et 11 juillet 2002 entre santésuisse, d'une part, et H+ Les Hôpitaux suisses, d'autre part (ci-après : Convention-cadre TARMED). Cette convention a pour objet l'introduction et la mise en application d'une structure tarifaire uniforme à l'échelle nationale, ainsi que de modalités uniformes d'indemnisation des hôpitaux par les assureurs

dans l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 49 al. 6 LAMal (anciennement : art. 49 al. 5 LAMal). Elle prévoit à son article 9 al. 5 que dans le système du tiers payant, l'hôpital fournit à l'assureur la facture pour toutes les prestations médicales et techniques ainsi que pour le matériel de consommation imputable, et en adresse copie à l'assuré. L'assureur paie à l'hôpital la partie incontestée de la facture dans les 30 jours, en cas de facturation par voie électronique (art. 9 al. 9). La facturation à l'hôpital de sommes dues par l'assuré à l'assureur est exclue dans le système du tiers payant (art. 9 al. 10). Les hôpitaux qui ont adhéré à la convention s'engagent à participer aux mesures mises en place pour assurer et contrôler la qualité, conformément à l'art. 56 LAMal (art. 10, 1^{ère} phrase). Ils doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (économie du traitement : art. 11). Les parties sont également liées par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED. Cette convention prévoit, à son art. 7 al. 1, que l'assureur est le débiteur de la rémunération de la prestation médicale (système du tiers payant). Elle prévoit également l'obligation, pour le fournisseur de prestations, d'informer son patient sur les prestations d'assurance-maladie sociale et sur les coûts éventuellement non couverts par l'assurance obligatoire des soins (art. 8 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED). Les parties sont liées, enfin, par la Convention vaudoise d'hospitalisation somatique aiguë 2010 (CVHo), qui concerne les prestations hospitalières stationnaires (cf. art. 5 et 7 CVHo). Elle prévoit à son art. 10 al. 1 que l'hôpital s'engage à fournir aux patients relevant de la convention l'ensemble des prestations nécessaires au traitement de leur affection, ainsi que les prestations hôtelières. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques au sens des art. 32 et 56 LAMal. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 11 CVHo). L'hôpital doit annoncer à l'assureur l'hospitalisation d'un assuré au moyen d'un avis d'entrée. Il garantit que l'hospitalisation est une prestation obligatoire au sens de la LAMal et, en cas de doute, consulte le médecin-conseil de l'assureur (art. 14 CVHo). Il annonce immédiatement à l'assureur la date de sortie d'un assuré (art. 15 CVHo) et informe son patient sur les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins et sur leurs coûts (art. 16 CVHo). Pour sa part, l'assureur qui ne peut se déterminer sur la prise en charge du traitement hospitalier, à réception de l'avis d'entrée, doit en informer l'hôpital dans les cinq jours ouvrables (art. 17 al. 1 CVHo). Lorsqu'un délai supplémentaire lui est nécessaire, il en informe à nouveau l'hôpital dans les cinq jours ouvrables (art. 17 al. 3 CVHo). Enfin, toujours dans le même délai, il doit informer l'hôpital lorsqu'il refuse de prendre en charge le séjour hospitalier (art. 17 al. 4 CVHo). Les assureurs qui ont adhéré à la CVHo fonctionnent comme tiers-payant pour tous les cas relevant de la convention (art. 19 CVHo). Les parties contractantes ont adhéré à l'association de la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV), qui est dotée de la personnalité juridique (art. 25 CVHo). Cette dernière met à disposition des assureurs un support informatique pour permettre l'échange des données des éléments de facturation concernant les séjours dans les établissements hospitaliers (art. 21 al. 1 CVHo). A réception de la facture, si celle-ci fait l'objet d'une contestation, l'assureur en informe l'hôpital et la CEESV dans les meilleurs délais, en indiquant les motifs de la contestation (art. 21 al. 3, 1^{ère} et 2^{ème} phrase, CVHo).

cc) Dans l'application des dispositions légales et conventionnelles précitées, le K. _____, comme la défenderesse, sont tenus d'agir conformément aux règles de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). c) aa) En l'espèce, en ce qui concerne les traitements ambulatoires prodigués à E. _____, le K. _____ était tenu de respecter les dispositions de la

LAMal, de la Convention-cadre TARMED et de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED. Dans ce contexte, ses obligations consistaient principalement à dispenser un traitement efficace, économique et approprié, conformément aux art. 32 al. 1 et 56 al. 1 LAMal, ainsi qu'à l'art. 11 de la Convention-cadre TARMED. Il ne ressort pas du dossier, et la défenderesse ne l'allègue pas, que le K. _____ n'aurait pas respecté ces obligations. CSS Assurance-maladie SA ne peut donc en aucun cas se prévaloir des art. 32 al. 1 et 56 LAMal pour refuser d'acquitter les factures litigieuses ni pour exiger la restitution des montants déjà versés à la partie adverse. bb) Le K. _____ était également tenu d'informer l'assuré sur les coûts éventuellement non couverts par l'assurance obligatoire des soins (art. 8 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED; cf. également ATF 127 V 43 consid. 2f et ATF 119 II 460 consid. 2d). Compte tenu des circonstances de l'arrivée du patient en Suisse dont il avait connaissance, il avait de forts doutes sur la possibilité de ce dernier de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident. Cela lui imposait, dès lors que le patient avait présenté une carte d'assurance-maladie délivrée par la défenderesse, d'informer le patient de ces doutes. Le K. _____ a dûment rempli ce devoir d'information. Les règles de la bonne foi imposaient également au K. _____ de faire son possible pour informer en temps utile la défenderesse, en se faisant délier du secret médical. Sur ce point encore, le K. _____ a rempli ses obligations, puisqu'il a demandé, dans un délai raisonnable, que le Conseil de santé le délivre de son secret médical et qu'il a ensuite informé la défenderesse de toutes les circonstances dont il avait connaissance en relation avec le but du séjour de l'assuré en Suisse. En revanche, les dispositions légales et conventionnelles mentionnées ci-avant n'imposaient pas au K. _____ de vérifier plus en détail si l'assuré remplissait effectivement les conditions lui permettant de s'assurer en Suisse. Dès lors que la défenderesse avait délivré une carte d'assuré au patient, et en l'absence de toute information de la défenderesse relative à un retrait de cette carte d'assuré, le K. _____ était tenu de lui prodiguer les soins requis par son état de santé, conformément à l'art. 41a al. 1 LAMal. Compte tenu du système du tiers payant prévu par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, il n'était pas en droit d'exiger une garantie de paiement de l'assuré ou de sa famille et ne pouvait pas traiter le patient comme le débiteur des frais de traitement. Le K. _____ devait adresser ses factures à la défenderesse, débitrice directe de ces frais de traitement, ce qu'il a régulièrement fait. Dans ce contexte, on ajoutera que la carte d'assurance, prévue par l'art. 42a LAMal et par l'OCA (ordonnance du 14 février 2007 sur la carte d'assuré pour l'assurance obligatoire des soins; RS 832.105), a pour but de simplifier les démarches administratives entre fournisseurs de prestations et assureurs. Elle doit notamment permettre aux prestataires de soins de vérifier si le patient est bien affilié à l'assurance obligatoire des soins (Rolf H. Weber/Annette Willi, IT-Sicherheit und Recht, Publikationen aus dem Zentrum für Informations- und Kommunikationsrecht der Universität Zurich [ZIK], Band Nr 33, Zurich 2006, p. 292). A cette fin, le prestataire de soins peut, à l'aide de la carte et avec l'accord du patient, consulter en ligne les données de l'assureur relatives à l'existence d'un rapport d'assurance avec le patient et à la validité de la carte d'assuré (art. 15 OCA). Le fournisseur de prestations doit pouvoir se fier à une telle attestation d'assurance. Celle-ci n'aurait aucun sens, dans le système du tiers payant, si l'assureur pouvait s'en distancer par la suite et refuser d'acquitter une facture au motif que le patient ne remplissait pas, en réalité, les conditions d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins. En devenant le débiteur direct des frais de traitement, l'assureur-maladie a fourni sa prestation vis-à-vis de l'assuré. S'il s'aperçoit par la suite qu'il a délivré à tort la carte

d'assurance à une personne qui ne remplissait pas les conditions d'affiliation, il lui appartient de résilier cette affiliation avec effet rétroactif et d'exiger le remboursement des prestations à cette personne elle-même, contre restitution des primes d'assurance (cf. Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenversicherung, in SBVR Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, n° 123 p. 437; ATF 130 V 318 [TFA K 147/03 du 12 mars 2004] consid. 6.2 non publié; TFA K 128/99 du 16 mai 2000 consid. 2a, K 43/99 du 22 décembre 2000 consid. 6a; cf. également Ueli Kieser, Rückerstattung von Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung, in HILL 2010 II n. 2, p. 12).

Vis-à-vis des prestataires de soins, l'assureur-maladie reste en revanche débiteur des factures pour des traitements prodigués avant le retrait de la carte d'assurance ou son invalidation. cc) La situation ne diffère pas en ce qui concerne les frais de traitement stationnaires, qui ont d'ores et déjà été payés par la défenderesse, mais dont elle demande la restitution. En cas de traitement stationnaire, le K. _____ est tenu, en application des art. 32 al. 1 et 56 al. 1 LAMal, ainsi que des art. 10, 14 et 16 CVHo, de fournir un traitement efficace, économique et approprié; en cas de doute, il doit consulter le médecin conseil de l'assureur-maladie et, cas échéant, informer le patient de l'absence de prise en charge des frais de traitement par cet assureur. Comme on l'a vu, il n'est pas contesté, et cela ne ressort pas davantage des pièces du dossier, que ce dernier a fourni des prestations efficaces, économiques et appropriée, ce qui exclut d'emblée de fonder une quelconque obligation de restituer sur l'art. 56 LAMal. Le K. _____ était également tenu d'adresser à CSS Assurance-maladie SA un avis d'entrée, ce qui a été fait pour chacune des hospitalisations dont la prise en charge est contestée. Le K. _____ n'était en revanche pas tenu de vérifier en détail les conditions d'affiliation du patient à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. A partir du moment où il avait reçu cet avis d'entrée, l'assureur-maladie disposait d'un délai de cinq jours ouvrable pour informer le K. _____ d'un refus de prise en charge du traitement ou du fait qu'il ne pouvait se déterminer immédiatement. Il disposait alors d'un nouveau délai de cinq jours ouvrables pour ce faire (art. 17 al. 1, 3 et 4 CVHo). A défaut, le K. _____ pouvait partir du principe que le paiement des frais de traitement était garanti. Les avis d'entrée de E. _____, adressés par le K. _____ à CSS Assurance-maladie SA les 17 mai et 17 juin 2010, comprenaient la mention : « Merci de nous retourner votre garantie de prise en charge ». Les 20 mai et 20 juillet 2010, l'assureur-maladie a adressé au K. _____ un document intitulé « GARANTIE DE PAIEMENT », pour la couverture forfaitaire des frais d'hospitalisation en division commune. Il a précisé sous remarques : « réserve en attente renseignements supplémentaires demandés », ou « Réserve : attendons des renseignements ». Ce procédé est très ambigu. En effet, la CVHo prévoit que l'assurance-maladie refuse la garantie dans les cinq jours dès l'avis d'entrée ou qu'il demande un délai supplémentaire de cinq jours pour se déterminer. Or, l'assureur-maladie a délivré des garanties de prise en charge avec une « réserve », ce qui est contradictoire. Quoi qu'il en soit, l'assureur-maladie n'a pas respecté les délais prévus par l'art. 17 CVHo. La première garantie de traitement assortie d'une réserve a été délivrée le 20 mai 2010. A supposer que le K. _____ ait dû interpréter cette garantie comme une demande de délai supplémentaire pour se déterminer, l'assureur-maladie devait prendre position et refuser la prise en charge, éventuellement demander un nouveau délai, jusqu'au 25 mai 2010, ce qu'il n'a pas fait. Quant à la seconde hospitalisation, l'assureur-maladie n'a adressé aucun refus de prise en charge ni aucune demande de délai de détermination dans les cinq jours qui ont suivi l'avis d'entrée. Dans une procédure aussi formalisée que celle prévue par les art. 14 et 17 CVHo, la seule copie,

adressée au K. _____, de la lettre du 20 mai 2010 de CSS Assurance-maladie SA à l'OCC, ainsi que les réserves pour le moins ambiguës sur les garanties de prise en charge des 20 mai et 20 juillet 2010, sont insuffisantes pour considérer que le prestataire de soins était informé du fait que le paiement des frais de traitements stationnaires – au demeurant acquittés dans le courant de l'année 2010 – n'était pas garanti. CSS Assurance-maladie SA ne peut donc plus contester, vis-à-vis du K. _____, qu'il était effectivement débiteur des frais de traitements stationnaires qu'il a acquittés. Dans la mesure où l'assureur-maladie a résilié avec effet rétroactif le contrat le liant à E. _____, il lui appartient d'exiger la restitution des prestations à son ancien assuré, non au prestataire de soins. 5. La défenderesse soutient qu'elle ne pouvait statuer elle-même sur l'obligation d'assurance de E. _____ et qu'elle devait attendre une décision de l'OCC sur ce point. L'OCC ayant tardé à rendre cette décision, la défenderesse en conclut, en substance, qu'il appartient à l'Etat de Vaud d'en assumer les conséquences. a) Les personnes soumises à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident doivent s'annoncer auprès d'un assureur-maladie (art. 3 al. 1 LAMal). Il s'agit d'un acte soumis à réception. Le rapport d'assurance prend naissance lorsque l'assureur admet formellement l'assuré à réception de sa demande d'affiliation. Cette admission formelle ne revêt toutefois pas d'effet constitutif, c'est-à-dire que si la demande d'affiliation a été déposée à temps et si les conditions légales posées pour l'affiliation obligatoire sont remplies, l'assurance prend effet au moment où ces conditions ont été réunies, sans qu'une décision de l'assureur-maladie soit nécessaire (cf. art. 5 al. 1 LAMal; Eugster, op. cit., n° 20 p. 407; Beat Meyer, *Krankenversicherung [Versicherte und Finanzierung]*, in *Handbücher für die Anwaltspraxis*, Band XI, *Recht der Sozialen Sicherheit*, Bâle 2014, n° 12.11 sv. p. 435 sv.). Il n'en reste pas moins qu'avant de délivrer une attestation d'assurance ou une carte d'assuré, et avant d'établir une garantie de paiement pour la couverture des frais d'hospitalisation, l'assureur maladie doit vérifier d'office que les conditions d'affiliation sont réunies. La défenderesse l'admet d'ailleurs expressément dans sa détermination du 26 août 2014 au Tribunal arbitral. A défaut, la carte d'assurance et la garantie de paiement ne pourraient avoir aucune valeur pour les prestataires de soins, qui se verraient contraints d'exiger une avance des frais de traitement par la personne assurée, contrairement au but recherché par le système du tiers payant. Pour procéder aux vérifications requises, l'assureur-maladie peut demander les renseignements nécessaires aux autorités administratives cantonales et fédérales (art. 32 al. 1 let. b LPGA), au besoin en requérant la collaboration de la personne souhaitant s'affilier (art. 28 al. 1 et 3 LPGA). b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 let. c RLVLAMal, l'Office vaudois de l'assurance-maladie (anciennement : OCC) est chargé, notamment, de veiller à ce que toutes les personnes soumises à l'obligation de s'assurer soient affiliées auprès d'un assureur (let. a), d'affilier d'office auprès d'un assureur les personnes soumises à l'obligation de s'assurer lorsque celles-ci, ou leurs représentants légaux, n'ont pas manifesté leur choix ou refusent toute affiliation (let. b) et de décider des exceptions à l'obligation de s'assurer, sur requête des catégories de personnes qui remplissent les conditions posées par l'OAMal (let. c). Il s'agit d'une disposition cantonale d'exécution des art. 6 LAMal et 10 al. 2 OAMal, qui imposent aux cantons de désigner une autorité chargée de veiller au respect de l'obligation de s'assurer et d'affilier d'office toute personne qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile, ainsi que de se prononcer sur les requêtes d'exemption à l'obligation de s'affilier présentées conformément aux art. 2 al. 2 à 5 OAMal et 6 al. 3 OAMal. Il convient de distinguer ces motifs d'exemption, pour lesquels une requête est nécessaire, des motifs d'exclusion de l'affiliation à l'assurance, en particulier du motif

d'exclusion que constitue le fait de venir en Suisse exclusivement pour suivre un traitement médical ou une cure, prévu par l'art. 2 al. 1 let. b OAMal (Gebhard Eugster, op. cit., n° 121 p. 437; Beat Meyer, op. cit., n° 37 p. 441 sv. et n° 12.52 p. 445). En l'espèce, K. _____ souhaitait une affiliation à l'assurance, mais en était exclu, dès lors qu'il était venu en Suisse uniquement pour suivre un traitement médical. Partant, il ne s'agissait pas d'une situation dans laquelle l'OCC devait statuer sur une requête d'exemption à l'obligation d'assurance, conformément à l'art. 8 al. 1 let. c RLVLAMal et en application des art. 6 LAMal et 10 al. 2 OAMal. La défenderesse ne peut se prévaloir de ces dispositions légales pour s'exonérer de son obligation d'examiner d'office si les conditions d'affiliation étaient remplies avant de délivrer une carte d'assurance ou une garantie de paiement. c) aa) Il ressort des pièces produites par la défenderesse que des discussions ont été menées entre SantéSuisse et le Département de la santé, de l'action sociale et de l'hébergement (DSASH; aujourd'hui : Département de la santé et de l'action sociale [DSAS]), en vue de résoudre les difficultés posées par les affiliations abusives à l'assurance obligatoire. Il ressort toutefois également de ces pièces que ces discussions n'ont pas abouties à un accord entre les différents intervenants. Ainsi, le 26 août 2009, donnant suite à une rencontre entre ces intervenants, le DSASH a proposé de mettre en place une procédure dans laquelle l'OCC serait chargée de se prononcer sur les conditions d'affiliation en cas de soupçon d'affiliation abusive. Le représentant des assureurs était invité à se déterminer sur la procédure proposée, étant précisé qu'un premier bilan pourrait être tiré à la fin de l'année. La défenderesse n'a produit aucune pièce laissant conclure que le représentant des assureurs aurait confirmé son accord. Au contraire, dans une lettre du 23 juin 2010 au DSASH, celui-ci est revenu sur le courrier du DSASH en précisant qu'« avant d'entrer en matière sur les propositions », il convenait de rappeler le processus conduisant aux affiliations abusives. Le représentant des assureurs envisageait ensuite plusieurs modes de collaboration en vue de résoudre les difficultés qui se posaient et demandait au DSASH s'il était effectivement intéressé par une telle collaboration. Dans ces circonstances, force est de constater que pour la période litigieuse, aucune procédure clairement définie n'avait été mise en place et que les partenaires de discussion n'avaient trouvé aucun accord clair sur la répartition des compétences entre l'OCC et les assureurs-maladie, à supposer que cette question puisse faire l'objet d'un tel accord. Tout au plus peut-on déduire de l'attitude de la défenderesse et de l'OCC que celui-ci avait mis en place un service auquel il souhaitait que les assureurs s'adressent pour clarifier la question de l'obligation d'assurance. Vu l'absence de réaction de l'OCC, dans un délai raisonnable, à la demande que lui avait adressée la défenderesse en mai 2010, cette dernière devait néanmoins examiner elle-même la question; si elle estimait – à tort – qu'elle ne pouvait pas le faire, il lui appartenait de mettre plus rapidement l'OCC en demeure de donner son préavis, sans attendre le mois de novembre 2010 pour le faire. Quoi qu'il en soit, la défenderesse ne pouvait pas déduire des discussions non abouties, menées entre des représentants de l'Etat de Vaud et des assureurs-maladie, qu'en cas de résiliation rétroactive de l'affiliation, soit sur la base des constatations de l'assureur-maladie, soit sur la base d'un avis de l'OCC, elle pourrait refuser d'acquitter les factures émises par les fournisseurs de prestations selon le système du tiers payant, voire pourrait exiger que ceux-ci remboursent des factures acquittées, ni qu'elle serait dispensée d'exiger de l'assuré lui-même la restitution des prestations. bb) Ce n'est finalement qu'en mai 2011 - soit bien après la fin du traitement de E. _____ - que l'OCC a établi un projet de directive relative à l'examen de l'existence du domicile en Suisse comme condition à l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins (LAMal). Ce projet ne s'est pas traduit par

une directive effective. Il prévoit que l'OCC statue sur les cas douteux et que si l'affiliation admise dans un premier temps par l'assureur-maladie est finalement considérée comme injustifiée, « les prestations concernées doivent être restituées et les primes rétrocédées ». Il se réfère, sur ce point, à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances publié dans RAMA 1999 KV 71 dans lequel le Tribunal fédéral des assurances précise qu'en cas d'affiliation irrégulière, les prestations éventuellement perçues et les primes payées devaient être restituées. L'arrêt a été rendu dans un cas opposant un assuré à son assurance-maladie. On ne peut donc déduire de la référence à cet arrêt, que l'Etat de Vaud aurait laissé entendre aux représentants des assureurs, d'une manière ou d'une autre, que les fournisseurs de prestations renonceraient à encaisser des factures selon le système du tiers payant, voire rembourseraient les factures déjà acquittées, plutôt que de laisser l'assureur-maladie concerné se retourner contre son ancien assuré en compensant autant possible ses prétentions avec les primes encaissées à tort.

6. La défenderesse soutient que le K. _____ devrait exiger le paiement des frais de traitement selon un tarif plus élevé que celui prévu par la convention relative à la valeur du point taxe TARMED et la CVHo. En effet, E. _____ ne devrait pas jouir de la protection tarifaire prévue par l'art. 44 LAMal. Cet argument est toutefois sans pertinence pour déterminer si la défenderesse est ou non débitrice des factures émises conformément au système du tiers payant. Les fournisseurs de prestations pourraient effectivement facturer au patient un montant supplémentaire après avoir constaté qu'il avait bénéficié à tort de la protection tarifaire, compte tenu de la carte d'assurance qu'il avait produite et des garanties de paiement délivrées par l'assureur-maladie. Mais cela ne saurait conduire à supprimer les garanties dont bénéficie le fournisseur de prestations vis-à-vis de la défenderesse.

7. a) Vu ce qui précède, la demande principale est fondée, alors que la demande reconventionnelle doit être rejetée dans la mesure où elle est recevable. Le montant des factures n° [...] du 24 juillet 2010, n° [...] du 28 août 2010 et n° [...] du 27 novembre 2010 n'est pas contesté par la défenderesse, ni le taux d'intérêt et le jour à partir duquel les intérêts courent. Il n'y a donc pas lieu de se prononcer plus avant sur ces points. b) La défenderesse, qui succombe, supportera les frais de la procédure arbitrale, sans pouvoir prétendre de dépens (art. 45, 49 al. 1 et 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). Les frais de procédure comprennent l'émolument judiciaire perçu par le Tribunal cantonal, arrêté à 3'750 fr., ainsi que la rémunération des arbitres, qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. par arbitre, soit un total de 8'750 francs. Ce montant est couvert par les avances de frais effectuées. La défenderesse devra rembourser au demandeur l'avance de frais de 6'250 fr. que ce dernier a payée. Les parties étant l'une et l'autre chargées de tâches de droit public, aucun dépens ne sera alloué (cf. ATF 126 V 143 consid. 4a). Par ces motifs, le Tribunal arbitral des assurances prononce :

I. La demande déposée par l'Etat de Vaud contre CSS Assurance-maladie SA est admise. II. CSS Assurance-maladie SA est condamnée à payer à l'Etat de Vaud un montant de 1'468 fr. 10 avec intérêts à 5% l'an dès le 25 août 2010, un montant de 7'287 fr. 70 avec intérêts à 5% l'an dès le 29 septembre 2010 et un montant de 805 fr. 65 avec intérêts à 5% l'an dès le 28 décembre 2010. III. La demande reconventionnelle déposée par CSS Assurance-maladie SA est rejetée dans la mesure où elle est recevable. IV. Les frais de la procédure devant le Tribunal arbitral, arrêtés à 8'750 fr. (huit mille sept cent cinquante francs), soit : - 3'750 fr. (trois mille sept cent cinquante francs) à titre d'émolument judiciaire et - 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de rémunération des deux arbitres, sont mis à la charge de CSS Assurance-maladie SA. Ces frais sont couverts par les avances effectuées par les parties. V. CSS Assurance-maladie SA versera à l'Etat de Vaud un montant de 6'250 fr. (six mille

deux cent cinquante francs) à titre de remboursement de l'avance de frais qu'il a effectuée. VI. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Didier Elsig (pour l'Etat de Vaud), ■ CSS Assurance-maladie SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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