

VD_GERICHTE ZE16.007980 vom 7. Juni 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE16.007980

FR: VD_GERICHTE ZE16.007980 du 7 juin 2016

IT: VD_GERICHTE ZE16.007980 del 7 giugno 2016

Erwägungen

E. 18

mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 835.10). Cette liste hospitalière a été établie par un arrêté du Conseil d'Etat du canton de W._____, du

E. 23

novembre 2011 (9151-2011). Cet arrêté est entré en vigueur le 1er janvier 2012. Il a été complété par un arrêté du Conseil d'Etat du canton de Genève, du 10 avril 2013 (2524-2013), entré en vigueur avec effet rétroactif au 1er janvier 2013. Ces deux arrêtés prévoient, pour la période courant dès le 1er janvier 2013, un mandat de prestations pour la Clinique X._____, dans les pôles d'activité suivants : E : Cardiologie, Vasculaire F : Digestif G : Gynécologie H : Orthopédie, Rhumatologie K : Uro-néphrologie M : Obstétrique La Clinique J._____ a pour sa part reçu un mandat de prestations pour les pôles d'activité suivants : E : Cardiologie, Vasculaire F : Digestif G : Gynécologie H : Orthopédie, Rhumatologie K : Uro-néphrologie M : Obstétrique

- 4 - Enfin, l'Hôpital de Q._____ (sites de [...] et [...]) a reçu un mandat de prestations dans les pôles d'activité suivants : E : Cardiologie, Vasculaire F : Digestif G : Gynécologie H : Orthopédie, Rhumatologie K : Uro-néphrologie M : Obstétrique. Pour chacun des établissements en question, l'arrêté du Conseil d'Etat précise que le « nombre annuel maximum de cas » est « fixé par le mandat de prestations dans chaque pôle d'activité », et que sont couvertes toutes les prestations hospitalières dans les pôles d'activité concernés. B. Le 3 mai 2012, le Service de la santé publique du canton de Vaud a établi une lettre-circulaire à l'intention des fournisseurs de prestations situés hors du canton. Il l'a notamment communiquée à chacune des Cliniques mentionnées ci-avant. Cette lettre circulaire est rédigée en ces termes : « Madame, Monsieur, Les règles et les procédures en matière d'hospitalisations hors canton ont été adaptées le 1er janvier 2012 lors de l'entrée en vigueur des modifications de la LAMal. Selon l'art. 41 LAMal, en cas d'hospitalisation d'un patient dans un établissement hospitalier figurant sur une liste hospitalière cantonale, le canton de domicile du patient est tenu de participer au financement de cette hospitalisation au moins à hauteur de la part cantonale de son tarif de référence. Jusqu'à ce jour, notre canton exigeait qu'une demande de garantie nous soit transmise pour toutes les hospitalisations extra- cantonales. Afin de simplifier le travail administratif, nous nous proposons de revenir sur cette obligation selon le modèle suivant : La demande de garantie n'est plus obligatoire pour les séjours hospitaliers suivants : - hôpitaux ou cliniques situés hors du canton de Vaud mais inscrits sur la liste LAMal du canton de Vaud (exemption limitée aux prestations inscrites sur la liste) ;

- 5 - - hôpitaux ou cliniques situés hors du canton de Vaud et mentionnés sur la liste d'un autre canton, qui facturent à un tarif inférieur ou égal au tarif de référence du canton de

Vaud. Dans les cas décrits ci-dessus, les factures peuvent nous être adressées directement par l'établissement et seront honorées en totalité.

- 6 - La demande de garantie est obligatoire pour les séjours hospitaliers suivants : - hôpitaux ou cliniques situés hors du canton de Vaud, mentionnés sur la liste d'un autre canton et qui facturent à un tarif supérieur au tarif de référence du canton de Vaud. Dans ce cas, les factures seront réglées en totalité par notre service si la demande de garantie a été acceptée. Dans le cas contraire (refus ou demande de garantie non faite), la facture ne sera honorée qu'à hauteur du tarif de référence vaudois. En cas de doute, nous vous suggérons de nous transmettre une demande de garantie sur laquelle nous statuerons. Nous nous réservons, dans tous les cas, la possibilité de vous réclamer les informations complémentaires qui nous seraient nécessaires pour la gestion de nos dossiers. Vous trouverez en annexe la «Liste des tarifs LAMal 2012 applicables dans le canton de Vaud», qui vous informera sur les tarifs de référence des différents types d'établissements. Notre Bureau des garanties est à votre disposition pour tout complément d'information (Mme C. _____, coordinatrice, tél. [...] [...]). [salutations et signatures] » L'Etat de Vaud a payé les factures relatives à la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients vaudois, que lui ont adressées les recourantes du 1er janvier 2012 au 30 avril 2013. C. Dans une lettre du 26 août 2013 à chacune des Cliniques, le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud a observé que celles-ci n'étaient pas inscrites sur la liste LAMal vaudoise, mais qu'elles étaient admises à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins en vertu d'un arrêté du 23 novembre 2011 du Conseil d'Etat genevois. Cette admission était toutefois limitée en pôles d'activité et en volume, le nombre de cas d'hospitalisation étant fixé chaque année dans un mandat de prestations convenu entre les Cliniques et le canton de Genève. Se référant à diverses factures transmises par les Cliniques à la suite d'hospitalisations de patients vaudois dans leurs établissements « par convenance personnelle (cas non urgents et sans autorisation du Médecin cantonal) », – factures transmises pour obtenir le paiement de la part des frais d'hospitalisation à la charge de l'Etat conformément à l'art. 43 al. 1 bis LAMal – le Service de la santé publique a exposé qu'il n'avait pas une connaissance plus précise du mandat de prestations et qu'il n'avait pas la

- 7 - possibilité de vérifier que les cas facturés entraient bien dans ce mandat. Il demandait par conséquent aux Cliniques de faire contrôler et valider par le canton de Genève les factures en question, en vue d'établir le respect du mandat de prestations genevois. L'Etat de Vaud n'honorait les factures qu'une fois obtenue cette validation. Dans une lettre du 12 septembre 2013 à la Direction générale de la santé de l'Etat de Genève, l'Association des cliniques privées de Genève a contesté le point de vue exprimé par le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud dans sa lettre du 26 août 2013 aux Cliniques. Selon l'association, la prise en charge de la part cantonale des frais d'hospitalisation, par l'Etat de Vaud, ne pouvait pas être liée au respect du nombre maximum de cas fixé par le mandat de prestations convenu avec l'Etat de Genève. En effet, ce nombre maximum dépendait uniquement de la définition des besoins en soins des habitants du canton de Genève. L'Association des cliniques privées de Genève en concluait que « les limitations de cas et de budget fixés par les mandats de prestations dont bénéfici[ai]ent [ses] membres ne s'appliqu[ai]ent pas aux patients résidant dans le canton de Vaud ». Elle demandait notamment à la Direction générale de la santé de l'Etat de Genève d'informer le Service de la santé de l'Etat de Vaud du fait que les limitations posées par les mandats de prestations octroyés aux différentes cliniques privées genevoises ne s'appliquaient pas aux assurés

résidant dans le canton de Vaud et qu'une validation n'avait donc pas lieu d'être. Le 18 octobre 2013, la Direction générale de la santé de l'Etat de Genève a écrit à l'Association des cliniques privées de Genève qu'elle considérait la démarche vaudoise comme justifiée et invitait les membres de l'association à contacter les autorités vaudoises en vue d'une inscription sur la liste hospitalière vaudoise. Le 18 novembre 2013, Me Philippe Ducor, agissant pour les Cliniques, a écrit au Service de la santé publique de l'Etat de Vaud pour contester le point de vue exprimé par ce dernier dans sa lettre du 26 août 2013. Il a demandé qu'une décision soit rendue pour chacun des

- 8 - établissements concernés, dans l'hypothèse où le canton de Vaud maintiendrait son refus de prise en charge. Le 24 décembre 2013, le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud a adressé les factures produites par les Cliniques à la Direction générale de la Santé de l'Etat de Genève et lui a demandé de les contrôler et d'indiquer lesquelles entraient dans les mandats de prestations confiés aux Cliniques, plus précisément dans le quota d'hospitalisations attribué à ces établissements. Le 16 janvier 2014, la Direction générale de la Santé de l'Etat de Genève a attesté qu'aucune facture concernant les séjours de patients vaudois hospitalisés dans les Cliniques n'entreait dans leur mandat de prestations. En effet, les Cliniques avaient utilisé l'intégralité de leur budget alloué par l'Etat pour les patients genevois. Le 18 février 2014, le Département de la santé et de l'action sociale de l'Etat de Vaud (ci-après : l'intimé) a refusé de prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation correspondant à une série de factures que lui avaient adressées les Cliniques postérieurement au 30 avril 2013, au motif qu'elles portaient sur des hospitalisations n'entrant pas dans le mandat de prestations défini par l'Etat de Genève pour ces établissements. Les factures en question faisaient l'objet d'une liste détaillée annexée à la décision, qui indiquait par ailleurs qu'un recours pouvait être interjeté à la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal. D. a) Le 21 mars 2014, les Cliniques, représentées par Me Ducor, ont chacune interjeté un recours de droit administratif séparé contre cette décision, auprès de la Cour de droit administratif et public, en lui demandant de transmettre la cause d'office à la Cour des assurances sociales (CASSO) du Tribunal cantonal si elle estimait que cette dernière était compétente. Après un échange de vues avec la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la Cour de droit administratif et public lui a transmis les causes comme objet de sa compétence.

- 9 - b) Clinique X. _____ a pris les conclusions suivantes, au terme de son recours du 21 mars 2014 (cause AM 15/14) : « [recevabilité] Au fond 2. Annuler la décision du Chef du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud du 18 février 2014 concernant les cas de patients vaudois ayant choisi d'être hospitalisés dans les établissements exploités par Clinique X. _____, sis dans le canton de Genève. 3. Dire et constater que Clinique X. _____ est habilitée à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) pour les prestations fournies à des patients vaudois dans les pôles d'activités suivants : E : Cardiologie, Vasculaire ; F : Digestif ; G : Gynécologie ; H : Orthopédie, Rhumatologie ; K : Uro-néphrologie ; M : Obstétrique. 4. Dire et constater que l'Etat de Vaud doit à l'avenir s'acquitter des factures adressées au Service de la santé publique du canton de Vaud pour les prestations fournies à des patients vaudois hospitalisés dans les établissements exploités par Clinique X. _____ dans les pôles d'activité suivants : E : Cardiologie, Vasculaire ; F : Digestif ; G : Gynécologie ; H : Orthopédie, Rhumatologie ; K : Uro- néphrologie ; M : Obstétrique ; ou tout autre pôle d'activités qui viendrait à être ajouté à l'avenir à cette liste. 5. Condamner le Service de la santé publique

du canton de Vaud de verser à Clinique X. _____ un montant de CHF 374'653.95 plus intérêt à 5% l'an dès le 10 octobre 2013. 6. Condamner l'Etat de Vaud aux frais et dépens de l'instance. » J. _____ a pris les conclusions suivantes, au terme de son recours du 21 mars 2014 (cause AM 16/14) : « [recevabilité] Au fond 2. Annuler la décision du Chef du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud du 18 février 2014 concernant les cas de patients vaudois ayant choisi d'être hospitalisés dans les établissements exploités par Clinique J. _____, sis dans le canton de Genève. 3. Dire et constater que Clinique J. _____ est habilitée à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) pour les prestations fournies à des patients vaudois dans les pôles d'activités suivants : E : Cardiologie, Vasculaire ; F : Digestif ; G : Gynécologie ; H : Orthopédie, Rhumatologie ; K : Uro-néphrologie ; M : Obstétrique. 4. Dire et constater que l'Etat de Vaud doit à l'avenir s'acquitter des factures adressées au Service de la santé publique du canton de Vaud pour les prestations fournies à des patients vaudois hospitalisés dans les établissements exploités par Clinique J. _____ dans les pôles d'activité suivants : E : Cardiologie, Vasculaire ; F :

- 10 - Digestif ; G : Gynécologie ; H : Orthopédie, Rhumatologie ; K : Uro- néphrologie ; M : Obstétrique ; ou tout autre pôle d'activités qui viendrait à être ajouté à l'avenir à cette liste. 5. Condamner le Service de la santé publique du canton de Vaud de verser à Clinique J. _____ un montant de CHF 244'887.05 plus intérêt à 5% l'an dès le 10 octobre 2013. 6. Condamner l'Etat de Vaud aux frais et dépens de l'instance.» Q. _____ a pour sa part pris les conclusions suivantes, au terme de son recours du 21 mars 2014 (cause AM 17/14) : « [recevabilité] Au fond 2. Annuler la décision du Chef du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud du 18 février 2014 concernant les cas de patients vaudois ayant choisi d'être hospitalisés dans les établissements exploités par Q. _____, sis dans le canton de Genève. 3. Dire et constater que Q. _____ est habilitée à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) pour les prestations fournies à des patients vaudois dans les pôles d'activités suivants : E : Cardiologie, Vasculaire ; F : Digestif ; G : Gynécologie ; H : Orthopédie, Rhumatologie ; K : Uro-néphrologie ; M : Obstétrique. 4. Dire et constater que l'Etat de Vaud doit à l'avenir s'acquitter des factures adressées au Service de la santé publique du canton de Vaud pour les prestations fournies à des patients vaudois hospitalisés dans les établissements exploités par Q. _____ dans les pôles d'activité suivants : E : Cardiologie, Vasculaire ; F : Digestif ; G : Gynécologie ; H : Orthopédie, Rhumatologie ; K : Uro- néphrologie ; M : Obstétrique ; ou tout autre pôle d'activités qui viendrait à être ajouté à l'avenir à cette liste. 5. Condamner le Service de la santé publique du canton de Vaud de verser à Q. _____ un montant de CHF 1'009'586.10 plus intérêt à 5% l'an à compter du 21 mars 2014. 6. Condamner le Service de la santé publique du canton de Vaud à verser à Q. _____ un montant de CHF 26'665.17. 7. Condamner l'Etat de Vaud aux frais et dépens de l'instance. » Les montants exigés en paiement correspondaient à des factures adressées à l'Etat de Vaud postérieurement au 30 avril 2013 et que celui-ci aurait refusé d'acquitter, à tort selon les recourantes. Le ch. 6 des conclusions de Q. _____ correspondait, selon cette dernière, à la somme totale des intérêts moratoires, au taux de 5 % l'an, sur les factures impayées par l'Etat de Vaud depuis le 1er mai 2013 pour des patients vaudois hospitalisés dans les établissements qu'elle gère sur sol genevois.

- 11 - En substance, les recourantes soutenaient que la LAMal, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012, garantit aux patients le libre choix de l'hôpital dans lequel ils

veulent se faire soigner pour autant que cet hôpital figure sur la liste hospitalière du canton dans lequel il se trouve ou sur la liste hospitalière du canton de résidence du patient. Si le patient fait usage de sa liberté de choix pour se faire soigner hors de son canton de résidence, dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du lieu d'hospitalisation, le canton de résidence doit prendre sa part de frais à sa charge jusqu'à concurrence du tarif de référence qu'il applique pour les hospitalisations intra-cantonales. Les recourantes admettaient que le canton de Genève leur avait confié un mandat de prestations comportant une limitation du nombre d'hospitalisations, mais cette limitation ne constituait, selon elles, qu'une mesure de planification hospitalière des besoins de soins de la population genevoise. Elle ne remettait pas en cause le fait qu'elles figuraient sur la liste hospitalière cantonale genevoise. Les recourantes en concluaient que les patients vaudois devaient pouvoir obtenir le paiement, par l'Etat de Vaud, de la participation cantonale aux frais d'hospitalisation, jusqu'à concurrence du tarif de référence pour les établissements hospitaliers dans le canton de Vaud et sans tenir compte de la limitation du mandat de prestations défini pour les besoins de la planification hospitalière genevoise. Indépendamment de ce qui précède, les recourantes invoquaient le droit constitutionnel à la protection de la bonne foi. Elles soutenaient que par sa lettre-circulaire du 3 mai 2012, et par le paiement sans réserve des factures émises entre le 1er janvier 2012 et le 30 avril 2013 pour des patients vaudois hospitalisés dans leurs établissements, le Service de la santé publique du canton de Vaud avait, au moins, créé une apparence de droit sur laquelle elles s'étaient fondées pour admettre de nombreux patients résidant dans le canton de Vaud, en considérant de bonne foi que l'Etat de Vaud continuerait à s'acquitter de la participation cantonale aux frais d'hospitalisation. c) Le 21 juillet 2014, l'intimé s'est déterminé sur chacun des trois recours, en concluant à leur rejet, sous suite de frais. Les parties ont

- 12 - maintenu leurs conclusions lors du nouvel échange d'écritures qui a suivi, ainsi qu'au terme d'une audience d'instruction du 18 mars 2015. d) Le 14 juillet 2015, la Cour des assurances sociales a joint les trois procédures de recours, a partiellement admis les recours en ce sens qu'elle a annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause au Département de la santé et de l'action sociale pour nouvelle décision au sens des considérants (arrêt CASSO AM 15/14, 16/14, 17/14 – 27/2015). En substance, la Cour des assurances sociales a considéré que les conclusions en constatation de droit prises par les recourantes étaient irrecevables, de même que leurs conclusions condamnatoires portant sur des factures sur lesquelles l'intimé n'avait pas statué. En revanche, les recours étaient recevables en tant qu'ils portaient sur les factures figurant sur la liste annexée à la décision litigieuse (cf. arrêt précité, consid. 3). Sur le fond, elle a confirmé que les limitations quantitatives fixées par les autorités genevoises pour les recourantes étaient en principe également applicables en cas d'hospitalisations dans leurs établissements de patients domiciliés dans le canton de Vaud (cf. arrêt précité, consid. 4 et 5). Cela n'excluait pas totalement la prise en charge d'une partie des factures litigieuses, correspondant en particulier à des hospitalisations de patients résidant dans le canton de Vaud en début d'année 2013, soit avant l'épuisement des quotas de prestations par les recourantes. Le point de savoir quelles factures exactement étaient concernées pouvait toutefois demeurer ouvert. En effet, à première vue, les recourantes ne disposaient d'aucun intérêt digne de protection à un tel constat. Le paiement de la part cantonale vaudoise, pour ces factures, entraînerait en effet une diminution du nombre de patients genevois pour lesquels l'Etat de Genève était débiteur d'une part de financement résiduel envers les recourantes. Ces dernières devraient donc en principe restituer à l'Etat de Genève ce qu'elles obtiendraient de l'Etat de Vaud. Quoi qu'il en soit, il

appartiendrait aux recourantes, si elles estimaient avoir un intérêt digne de protection à ce constat, qu'elles le fassent valoir auprès de l'intimé, à charge pour lui, dans ce cas, de demander à son homologue genevois à quelle date le volume maximal de prestations avait été atteint par les recourantes,

- 13 - compte tenu des hospitalisations de patients résidant dans le canton de Genève ou hors canton, puis d'examiner parmi les factures litigieuses lesquelles correspondent à une hospitalisation pendant la période courant jusqu'à cette date. Il lui appartiendrait alors de prendre en charge le financement résiduel cantonal pour ces hospitalisations (cf. arrêt précité, consid. 6). Indépendamment de cela, la Cour des assurances sociales a constaté que le canton de Vaud avait modifié sa pratique relative à la prise en charge de la part cantonale des frais d'hospitalisation en cas d'hospitalisations hors canton et qu'il devait laisser un temps d'adaptation aux recourantes. Il lui appartiendrait donc de prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation de tous les patients résidant dans le canton de Vaud et dont l'hospitalisation avait débuté jusqu'au 10 septembre 2013 (consid. 7). e) Par arrêt du 15 octobre 2015 dans la cause 9C_680/2015, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours formé par les Cliniques contre ce jugement. E. Le 7 octobre 2014, le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, se référant à l'arrêt du 14 juillet 2015 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, a invité les Cliniques à lui adresser les factures encore en suspens concernant la part cantonale aux frais d'hospitalisation de patients résidant dans le canton de Vaud et hospitalisés dans leurs établissements jusqu'au 10 septembre 2013. Il les informait qu'il acquitterait les montants facturés après contrôle. Les Cliniques ont communiqué les factures requises, portant sur un montant de 193'180 fr. 30 pour Clinique X._____, de 110'009 fr. 45 pour J._____ et de 935'104 fr. 15 pour Q._____. Le 2 décembre 2015, Me Ducor, agissant pour les Cliniques, a invité le Département de la santé et de l'action sociale à rendre une décision formelle relative à la prise en charge des factures pour les patients hospitalisés jusqu'au 10 septembre 2013, ainsi que pour les patients hospitalisés postérieurement à cette date. Le 23 décembre 2015,

- 14 - il a également requis une décision relative à la prise en charge des factures concernant des patients dont l'hospitalisation avait débuté après le 10 septembre 2013, mais avant l'épuisement des quotas de prestations fixés par le mandat de prestations genevois. Par trois décisions séparées du 14 janvier 2016, le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a confirmé devoir s'acquitter, sans intérêts, des factures produites par les Cliniques, relatives à l'hospitalisation dans leurs établissements de patients résidant dans le canton de Vaud et dont l'hospitalisation avait débuté jusqu'au 10 septembre 2013. Il a par ailleurs maintenu son refus de prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients résidant dans le canton de Vaud et dont l'hospitalisation avait débuté postérieurement au 10 septembre 2013, constatant notamment, en substance, que les quotas d'hospitalisations genevois étaient a priori déjà épuisés à cette période de l'année. La liste des factures dont la prise en charge était admise pour chacune des recourantes figurait en annexe aux décisions du 14 janvier 2016. Le 21 janvier 2016, toutefois, le Département de la santé et de l'action sociale a retourné à la Clinique X._____ une facture de 5'870 fr. 20, qu'elle avait produite, correspondant à une hospitalisation débutée avant le 10 septembre 2013, mais pour une patiente qui n'était pas domiciliée dans le canton de Vaud à l'époque. F. a) Le 19 février 2016, les Cliniques, représentées par Me Ducor, ont interjeté chacune un recours de droit administratif contre ces trois décisions. Elles ont conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse dans la mesure où elle refuse

le paiement, par le canton de Vaud, de la part de financement cantonal pour les hospitalisations de patients résidant dans le canton de Vaud qui ne tombent pas dans les quotas d'hospitalisations qui leur ont été attribués par mandat de prestations du canton de Genève. Elles ont également conclu à ce que soit constaté leur droit de facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et de percevoir la part cantonale de

- 15 - financement des prestations stationnaires fournies à des patients résidant dans le canton de Vaud dans les domaines de spécialités médicales prévues pour elles dans la liste hospitalière genevoise en vigueur. Enfin, Clinique X. _____, J. _____ et Q. _____ concluent à la condamnation de l'Etat de Vaud au paiement, en leur faveur, respectivement de 181'473 fr. 65 plus intérêts à 5 % l'an dès le 21 mars 2014, de 137'877 fr. 60 plus intérêts à 5 % l'an dès le 21 mars 2014 et de 101'147 fr. 12 plus intérêts à 5 % l'an dès le 21 mars 2014. b) Parallèlement à ces recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les Cliniques ont recouru directement devant le Tribunal fédéral contre les décisions du 14 janvier 2016 du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. Elles en ont informé la Cour de céans et ont requis la suspension des procédures de recours au niveau cantonal, jusqu'à droit connu sur les procédures ouvertes devant le Tribunal fédéral. c) Les trois procédures de recours pendantes au niveau cantonal ont été jointes le 29 février 2016. Le 8 avril 2016, l'intimé a informé le tribunal qu'il adhérait à la proposition des recourantes de suspendre la procédure jusqu'à droit connu sur les recours interjetés au Tribunal fédéral. Le 19 avril 2016, le juge en charge de l'instruction de la cause pour la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté cette demande de suspension et invité l'intimé à déposer sa réponse ainsi que son dossier complet. Le 29 avril 2016, l'intimé a informé le tribunal qu'il n'avait pas d'autres pièces à verser au dossier que celles déjà produites par les recourantes ; il s'en est remis à justice pour le surplus. Le 3 mai 2016, le tribunal a informé les parties du fait que sauf nouvelle réquisition dans un délai au 13 mai 2016, il statuerait sur la base

- 16 - du dossier sur lequel il avait déjà statué le 14 juillet 2015, ainsi que des pièces produites par les recourantes. Le 9 mai 2016, les recourantes ont informé le tribunal qu'elles n'avaient pas d'autre réquisition. E n d r o i t : 1. La Cour des assurances sociales est compétente pour statuer sur les recours relatifs au financement résiduel des frais d'hospitalisations extra-cantonaux. L'article 93 al.1 let. b LPA-VD (loi cantonale vaudoise du

E. 28

octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) vise certes, prioritairement, les recours contre les décisions par lesquelles le canton n'admet pas les raisons médicales au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal, invoquées par l'assuré pour justifier une hospitalisation extra-cantonale. Il convient toutefois également d'admettre son application dans les litiges résultant de l'art. 41 al. 1bis, 2ème phrase, LAMal, en tout cas lorsque le litige résulte précisément du caractère extra-cantonale de l'hospitalisation. Les dispositions de droit cantonal vaudois sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi que sur les mandats de prestations cantonaux, qui justifieraient l'examen du litige par la Cour de droit administratif et public plutôt que par la Cour des assurances sociales, en cas de litige relatif au financement résiduel, ne trouvent précisément pas à s'appliquer lorsque l'hospitalisation n'a pas lieu dans un établissement figurant sur la liste hospitalière cantonale vaudoise. La procédure est régie par la LPA-VD, à l'exclusion de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances

sociales ; RS 830.1 ; cf. arrêt CASSO du 14 juillet 2015 dans la cause AM 15/14, 16/14, 17/14 – 27/2015, consid. 2). 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La

- 17 - décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 ss consid. 1b, 2 et les références ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in *Mélanges Pierre Moor*, 2005, p. 440). L'objet du litige ne peut pas être plus étendu que l'objet de la contestation, sans quoi le juge serait amené à statuer sur un rapport juridique à propos duquel l'autorité administrative compétente n'a pas encore rendu de décision. Par ailleurs, une partie ne peut prendre des conclusions en constatation de droit que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (cf. ATF 126 II 303 consid. 2c, ATF 121 V 317 consid. 4a et les références). Il s'ensuit que l'intérêt digne de protection requis fait défaut, en règle ordinaire, lorsque la partie peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatore. En ce sens, le droit d'obtenir une décision en constatation est subsidiaire (cf. ATF 125 V 24 consid. 1b et la référence; GRISEL, *Traité de droit administratif*, vol. II, p. 867). b) aa) En l'espèce, l'intimé a finalement admis, à la suite de l'arrêt du 14 juillet 2015 de la Cour de céans, le paiement des factures que lui ont adressées les recourantes pour des hospitalisations ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013, à l'exception d'une facture de 5'870 fr. 20. Cette facture n'est pas litigieuse, les recourantes ne soulevant aucun grief

- 18 - contre le refus de prêter de l'intimé pour ce montant. Par ailleurs, les recourantes ne prennent aucune conclusion claire tendant au paiement d'un intérêt sur les montants correspondant aux factures dont le paiement est finalement admis par l'intimé ; elles ne soulèvent pas davantage de grief sur le refus de l'intimé d'acquitter un intérêt sur ces montants, de sorte que l'on doit également admettre que cet aspect de la décision litigieuse n'est pas contesté. En d'autres termes, la présente procédure n'a pas pour objet la question de l'obligation du canton de régler la part cantonale des frais pour les hospitalisations ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013, ni celle du montant à régler à ce titre. bb) Les recourantes contestent, en revanche, les décisions rendues par l'intimé en tant qu'elles refusent la prise en charge des autres factures annexées à la décision initiale du 18 février 2014, ainsi que de factures produites par la suite, pour des hospitalisations ayant débuté après le 10 septembre 2013. Sur ce point, les conclusions des recourantes sont recevables. cc) Enfin, les recourantes demandent au tribunal de rendre un jugement constatatoire, relatif à leur droit de « facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins [et de] percevoir la part cantonale [...] pour les prestations stationnaires fournies à des patients résidant dans le

canton de Vaud dans les domaines de spécialités médicales [qui leur sont attribués] dans la liste hospitalière en vigueur ». Cette double conclusion en constatation de droit est irrecevable, faute de décision de l'intimé sur ces questions. Comme exposé dans l'arrêt rendu par la Cour de céans le 14 juillet 2015 dans la cause AM 15/14,16/14, 17/14 – 27/2015 (consid. 3b), auquel il convient de renvoyer les recourantes pour une motivation plus détaillée, l'objet de la décision initialement rendue le 18 février 2014 par l'intimé était circonscrit à la question de l'obligation de l'intimé d'acquitter ou non les factures figurant sur la liste annexée à cette décision, correspondant à la part cantonale de financement d'hospitalisations stationnaires dans les établissements gérés par les recourantes, pour des patients résidant dans le canton de Vaud. Par ailleurs, le jugement à rendre sur les conclusions condamnatoires prises

- 19 - par les recourantes, en tant qu'elles portaient sur l'obligation de l'intimé d'acquitter les factures en question, serait suffisant pour clarifier les questions juridiques de principe qu'elles posaient à propos du financement résiduel des soins par le canton. Il n'en va pas différemment dans la présente procédure. c) Pour le surplus, les autres conditions de recevabilité des recours sont remplies et ne prêtent pas à discussion. Il convient par conséquent de passer à l'examen du litige sur le fond, dans la mesure où il est recevable. 3. a) Les principales dispositions légales applicables ont déjà été présentées de manière détaillée dans l'arrêt du 14 juillet 2015 dans la cause AM 15/14, 16/14, 17/14 – 27/2015 (consid. 2a-c et consid. 4). Il convient d'y renvoyer les parties et de se limiter, ci-après, à une présentation résumée. b) L'art. 39 al. 1 LAMal prévoit que les hôpitaux sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins si, entre autres conditions, ils correspondent 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), et s'ils figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (let. e). 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 (art. 39 al. 2ter LAMal). Conformément à cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté les art. 58a ss OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102). c) 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

- 20 - 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, entrée en vigueur le 1er janvier 2009 - avec l'obligation pour les cantons de la mettre en œuvre au plus tard au 1er janvier 2012 selon les dispositions transitoires - sur la question du financement hospitalier (Loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal] [financement hospitalier], modification du 21 décembre 2007, RO 2008 2049). Désormais, 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, 1ère 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). La révision comprend un nouvel art. 41 al. 1bis LAMal d'après lequel, 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 (art. 41 al. 1bis LAMal). 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

- 21 - LAMal. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire (art. 41 al. 3 LAMal). 4. a) Les recourantes ne figurent pas sur la liste hospitalière vaudoise. Elles figurent en revanche sur la liste hospitalière genevoise, avec un mandat de prestations prévoyant expressément, à son article 1, que celui-ci a pour objet de confier à la clinique concernée la réalisation d'un nombre défini de prestations hospitalières qui seront cofinancées par l'assurance obligatoire des soins et l'Etat conformément à la législation sur l'assurance-maladie, dans le/les pôle(s) d'activité pour le(s)quel(s) elle a été sélectionnée. L'art. 6 prévoit un système de contrôle avec remboursement éventuel du trop perçu par la clinique, lorsque les volumes de prestations définis dans le mandat ont été dépassés. On doit en conclure qu'une fois le volume maximal de prestations atteint, les recourantes ne peuvent plus fournir de prestations partiellement prises en charge par le canton, au titre du financement résiduel des soins. Les recourantes contestent toutefois la légalité des mandats de prestations fixant une limitation du volume de prestations. Par ailleurs, elles soutiennent que la limitation du volume de prestations fixée par le mandat genevois ne concerne pas les hospitalisations de patients en provenance d'autres cantons (hospitalisations extra-cantoniales). Selon elles, l'application des limitations de volume d'un mandat de prestations défini par un canton aux patients en provenance d'autres cantons est contraire au principe du libre choix de l'hôpital par le patient ainsi qu'à la concurrence entre établissements hospitaliers de part et d'autre des frontières cantonales. Il conviendrait, toujours selon les recourantes, de distinguer soigneusement le fait de figurer sur une liste hospitalière cantonale, d'une part, et le principe du libre choix de l'hôpital, d'autre part. Dès lors qu'un établissement figure sur une liste hospitalière, avec un mandat de prestations limitant ou non le volume des prestations, le patient aurait le droit de s'y faire hospitaliser à la charge de l'assurance obligatoire des soins ainsi que d'obtenir un financement résiduel par son canton de domicile.

- 22 - b) Dans son arrêt de renvoi du 14 juillet 2015 dans la cause AM 15/14, 16/14, 17/14 – 27/2015, la Cour de céans a considéré que le canton de Vaud n'était en principe pas tenu de prendre en charge le financement résiduel des frais d'hospitalisation de patients résidant dans le canton de Vaud, dans les établissements gérés par les recourantes, lorsque les limites quantitatives fixées par le mandat de prestations genevois avait été atteint. Cet arrêt de renvoi lie la Cour de céans sur les points qu'il tranche, de sorte qu'il convient d'y renvoyer les recourantes, en particulier aux consid. 4 et 5, qui exposent en détail les motifs

sur lesquels la Cour s'est appuyée. Pour l'essentiel, ces considérants répondent aux griefs soulevés dans la présente procédure, étant précisé que ces griefs ne reposent sur aucun fait nouveau pertinent qui n'aurait pas déjà pu être allégué à l'époque. On se limitera donc, dans la présente procédure, à un bref résumé ou complément de cette motivation, à charge pour les recourantes de se référer, pour le surplus, à la motivation plus complète figurant déjà aux consid. 4 et 5 de l'arrêt du 14 juillet 2015 précité. 5. a) Les recourantes contestent la légalité des limitations quantitatives fixées dans les mandats de prestations définis par les autorités genevoises. Il s'agit d'une contestation de la liste hospitalière genevoise, qui devait faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral (art. 53 LAMal). Il n'appartient pas à la Cour de céans de revoir cette liste hospitalière. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a déjà constaté que la LAMal et l'OAMal, en particulier les art. 39 LAMal et 58a ss OAMal, autorisaient les cantons à inclure dans leur planification et leurs mandats de prestations une limitation du volume des prestations (ATF 138 II 398 ; cf. également consid. 4b et 5b et 5c de l'arrêt de renvoi du 14 juillet 2015 dans la cause AM 15/14, 16/14, 17/14 – 27/2015). Plus récemment, le Tribunal administratif fédéral a lui aussi constaté qu'un canton était en droit d'introduire dans sa planification hospitalière des limitations quantitatives des prestations, la limitation des coûts et la réduction des surcapacités hospitalières faisant partie des objectifs de la planification hospitalière, y compris dans un contexte de coordination inter-cantonale (TAF C-6266/2013 du 29 septembre 2015, C-1966/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4).

- 23 - b) Les recourantes contestent également que les limitations quantitatives fixées par le canton de Genève concernent les patients résidant dans d'autres cantons, dès lors que ces patients devraient bénéficier du principe du libre choix de l'hôpital. Cette pratique irait à l'encontre de la volonté du législateur de renforcer la concurrence entre hôpitaux. Les recourantes se réfèrent sur ce point à un avis de droit du Professeur [...], établi sur mandat de l'association des Cliniques privées de Suisse (CPS) le 21 octobre 2015. Toutefois, les principes d'une mise en concurrence des hôpitaux et du libre choix de l'hôpital par le patient sont également applicables aux patients hospitalisés dans le canton où ils résident, alors même que les limitations quantitatives fixées par ce canton, par mandats de prestations, leur sont opposables. Ces principes de concurrence et de liberté de choix ne valent donc pas de manière absolue au niveau intra-cantonal et doivent être conciliés avec la notion de planification hospitalière, à laquelle le législateur fédéral n'a pas souhaité renoncer. Il n'y a aucune raison de considérer que ce même législateur aurait voulu conférer à la concurrence entre établissements hospitaliers et au libre choix de l'hôpital par le patient une valeur plus absolue dès lors qu'une frontière cantonale serait franchie. Là encore, ces principes doivent être conciliés avec la notion de planification hospitalière, les cantons étant tenus de coordonner entre eux leurs planifications respectives et de tenir compte des flux de patients d'un canton à l'autre. Un flux important de patients résidant dans le canton de Vaud vers des hôpitaux ne figurant pas sur sa liste hospitalière, mais sur celle d'un autre canton, ou vers des hôpitaux conventionnés au sens de l'art. 49a al. 4 LAMal, ne pourra pas être ignoré et entraînera une adaptation de la liste hospitalière vaudoise pour les années suivantes (cf. pour le surplus consid. 5c à 5f de l'arrêt de renvoi du 14 juillet 2015 dans la cause AM 15/14, 16/14, 17/14 – 27/2015). Les effets de la concurrence et du libre choix de l'hôpital par les patients se feront donc sentir, aussi bien en matière d'hospitalisations intra-cantonales que d'hospitalisations extra-cantonales, mais d'une manière lissée dans le temps.

- 24 - 6. L'intimé a considéré qu'a priori, le paiement de la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients résidant dans le canton de Vaud, pour toutes les hospitalisations ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013, couvrait également toutes les hospitalisations de patients résidant dans le canton de Vaud avant l'épuisement des quotas attribués aux recourantes. Ces dernières ne soulevant aucun grief sur ce point – et ne s'étant d'ailleurs prévalu d'aucun intérêt digne de protection à l'examen de cette question par l'intimé (cf. consid. 6b de l'arrêt de renvoi du 14 juillet 2015 dans la cause CASSO AM 15/14, 16/14, 17/14 – 27/2015) – on doit admettre que cet aspect des décisions du 14 janvier 2016 rendues par l'intimé n'est pas contesté. 7. Vu le sort de leurs conclusions, les recourantes ne peuvent prétendre de dépens à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD). Elles supporteront par ailleurs les frais de justice fixés à 1600 fr. (art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 4 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable en l'espèce [cf. art. 13 TFJDA]).

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