

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard et M. Neu, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

C._____, à (...), **K.**_____, à (...), **L.**_____, à (...), **H.**_____, à (...),
recourantes, représentées par Me Philippe Ducor, avocat à Genève,

et

**DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE DU CANTON
DE VAUD**, à Lausanne, intimé.

Art. 39 al. 1, 39 al. 2ter, 41 al. 1bis, 49 al. 1, 49a LAMal ; art. 58a ss OAMal

E n f a i t :

A. L._____, K._____, H._____ (auparavant : [...]) et C._____ (ci-après : également les recourantes) ont chacune leur siège dans le canton de Genève. Elles exploitent notamment l'Hôpital de L._____, la Clinique K._____, la Clinique H._____ et la Clinique C._____, dans le canton de Genève. Il s'agit d'établissements hospitaliers privés, membre de l'association des cliniques privées de Genève (Genève-Cliniques), qui figurent sur la liste genevoise des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident au sens de l'art. 39 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), pour divers «pôles d'activité» ou «missions»

Le 23 novembre 2011, le Conseil d'Etat du canton de Genève a établi, par voie d'arrêté (9151-2011), la liste genevoise des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident au sens de l'art. 39 LAMal. Cet arrêté est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Il a été complété par un arrêté du Conseil d'Etat du canton de Genève, du 10 avril 2013, entré en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013. La C._____ figurait sur la liste hospitalière, en 2012, pour les pôles «gynécologie (G)» et «obstétrique (M)». Dès le 1^{er} janvier 2013, elle figurait également sur la liste pour les pôles «digestif (F)», «uro-néphrologie (K)», «orthopédie (H)» et «cardiologie». La Clinique K._____K._____, l'Hôpital de L._____ et la Clinique H._____ y figurent également pour différents pôles d'activité. Pour chacun des établissements concernés, la liste hospitalière précise que le nombre annuel maximum de cas est fixé par le mandat de prestation conclu avec le canton de Genève.

Le Conseil d'Etat du canton de Genève a adopté une nouvelle liste hospitalière abrogeant la précédente, par arrêté du 24 juin 2015 (5737-2015), entré en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2015. La

Clinique C._____ y figure pour les «missions» suivantes : «chirurgie cardio-vasculaire», «cardiologie interventionnelle», «médecine intensive», «neuro-chirurgie», «urologie spécialisée», «urologie», «orthopédie», «nouveaux-nés sains», «gynécologie», «obstétrique», «chirurgie plastique», «ORL», «chirurgie générale» et «médecine interne». La Clinique K._____, l'Hôpital de la L._____ et la Clinique H._____ figurent également sur la nouvelle liste hospitalière pour différentes «missions».

L._____, K._____, H._____ et C._____ ne figurent pas sur la liste cantonale vaudoise des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident, au sens de l'art. 39 LAMal. Les établissements hospitaliers gérés par ces sociétés dans le canton de Genève n'y figurent pas davantage.

B. Dans une lettre du 26 août 2013 à chacune des sociétés mentionnées ci-avant, le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud a observé qu'elles 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 prestation convenu entre les établissements hospitaliers et le canton de Genève. Se référant à diverses factures transmises par ces établissements à la suite d'hospitalisations de patients vaudois «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. 1bis LAMal – le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud a exposé qu'il n'avait pas une connaissance plus précise du mandat de prestation et qu'il n'avait pas la possibilité de vérifier que les cas facturés entraient bien dans ce mandat. Il demandait par conséquent aux sociétés concernées de faire contrôler et valider par le canton de Genève les factures en question, en vue d'établir le respect du mandat de prestation 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, Genève-Cliniques 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. Selon l'association, la prise en charge de la part cantonale des frais d'hospitalisation, par l'Etat de Vaud, ne peut pas être liée au respect du nombre maximum de cas fixé par le mandat de prestation convenu avec l'Etat de Genève. En effet, ce nombre maximum dépend uniquement de la définition des besoins en soins des habitants du canton de Genève. Genève-Cliniques en concluait que «les limitations de cas et de budget fixés par les mandats de prestation dont bénéficient [ses] membres ne s'appliquent 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 publique de l'Etat de Vaud du fait que les limitations posées par les mandats de prestation octroyés aux différentes cliniques privées genevoises ne s'appliquent 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'il 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 L._____, K._____, H._____ et C._____, 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 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 l'Hôpital de la L._____, la

Clinique H._____ et la Clinique K._____ à la Direction générale de la santé de l'Etat de Genève. Il lui a demandé de les contrôler et d'indiquer lesquelles entraînent dans les mandats de prestation confiés à ces établissements, 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 établissements cités n'entraîne dans leur mandat de prestation. En effet, ces établissements 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 : Département de la santé et de l'action sociale ou 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 L._____, K._____ et H._____ postérieurement au 30 avril 2013, au motif qu'elles portaient sur des hospitalisations n'entrant pas dans le mandat de prestation défini par l'Etat de Genève pour les établissements qu'elles exploitaient. Les factures en question faisaient l'objet d'une liste détaillée annexée à la décision.

C. La L._____, K._____ et H._____ ont chacune recouru contre cette décision. Par arrêt du 15 juillet 2015 (cause AM 15/14), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis les recours, dans la mesure où ils étaient recevables, et a renvoyé la cause au Département de la santé et de l'action sociale pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la Cour a considéré que les recourantes ne pouvaient en principe pas prétendre le paiement, par le canton de Vaud, de la part cantonale des frais d'hospitalisation dans des établissements figurant sur la liste hospitalière genevoise, pour des prestations excédant les limites quantitatives fixées par le canton de Genève pour ces établissements. Toutefois, dès lors que le canton de Vaud avait modifié sa pratique sur ce point dans le courant de l'année 2013, il devait prendre en charge la part cantonale aux frais d'hospitalisation de patients dont le séjour dans les établissements concernés avait débuté jusqu'au 10 septembre 2013, indépendamment de

toute limitation quantitative des prestations, de manière à protéger la confiance placée par les recourantes dans la pratique adoptée précédemment et à leur permettre d'adapter leur propre pratique. Pour les patients dont l'hospitalisation avait débuté plus tard, le canton n'était tenu de prendre en charge la part des frais d'hospitalisation que dans la mesure où le volume maximal des prestations fixé par le canton de Genève, pour l'établissement concerné, n'avait pas encore été atteint au moment de l'hospitalisation.

Le Tribunal fédéral a refusé d'entrer en matière sur le recours interjeté par L._____, K._____ et H._____ contre ce jugement, au motif qu'il s'agissait d'un jugement incident et qu'il appartiendrait aux sociétés concernées d'attendre une décision finale avant de recourir (arrêt 9C_680/2015 du 15 octobre 2015).

D. Parallèlement à ces procédures, C._____ a adressé diverses factures au Service de la santé publique de l'Etat de Vaud, relatives à la part cantonale aux frais d'hospitalisation de patients à la C._____. Du 10 juin 2013 au 26 mai 2014, elle a notamment adressé quatre factures (n° 1042921/9, 1065894/9, 1075785/9 et 1092731/9), pour un montant total de 16'449 fr. 35, ainsi que divers rappels. Ces factures portaient sur la part cantonale aux frais d'hospitalisation de patients couverts par l'assurance obligatoire des soins, sans couverture d'assurance privée complémentaire, en service de gynécologie et obstétrique.

A la suite du jugement du 15 juillet 2015 de la Cour des assurances sociales, dans la cause opposant L._____, K._____ et H._____ au Département de la santé et de l'action sociale, C._____ s'est adressée au Service de la santé publique de l'Etat de Vaud le 21 novembre 2016. Elle lui a demandé le paiement de la part cantonale des frais d'hospitalisation pour l'ensemble des séjours ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013, pour un montant total de 1'394'474 fr. 84. Elle précisait qu' «afin d'éviter toute discussion sur des questions juridiques non résolues», elle n'avait inclus dans sa demande «que des factures (i) dont le remboursement de la part cantonale n'a[vait] jamais été demandé

au canton et (ii) concernant des séjours hospitaliers ayant débuté au plus tard le 10 septembre 2013». Elle a joint à sa lettre une liste de factures pour des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Vaud, pour des soins gynécologiques et obstétriques, mais également pour des soins dans d'autres domaines médicaux, en 2012 et en 2013.

C._____ a par ailleurs conclu des conventions avec plusieurs assureurs-maladie privés, relatives aux patients hospitalisés en division privée ou semi-privée. Elle a ainsi conclu une convention avec [...] complémentaires SA, le 30 mars 2015, ainsi qu'une convention avec [...] Assurances SA, le 23 août 2016. La première prévoit, à son article 2, qu'elle est applicable indépendamment d'un éventuel financement du canton de résidence du patient et que «suite à des éventuelles décisions de tribunaux cantonaux ou fédéraux liés au financement hospitalier, l'HOPITAL [C._____] s'engage à rembourser [...] s'il obtient un cofinancement cantonal a posteriori, après avoir obtenu d' [...] un paiement ne tenant pas compte de la déduction du cofinancement cantonal». La seconde prévoit, ce qui suit, à son article 12 («procédure concernant les assurés vaudois») :

«[...] Dans l'intervalle de connaître la procédure judiciaire vaudoise, les parties conviennent des dispositions suivantes au sujet des factures émises par la clinique concernant la prise en charge non urgente de patients vaudois domiciliés dans le canton de Vaud à compter de 2013 :

A titre préjudiciel par application de la convention LCA [loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1], l'assureur s'engage à payer à la clinique pour ses assurés LCA le montant correspondant à la part cantonale impayée par le canton de Vaud selon facture émise par la clinique quelle que soit la formulation réservée dans la garantie hospitalière délivrée à l'assureur.

En cas de gain de l'instance de recours cantonale et/ou fédérale, la clinique restituera à l'assureur la part cantonale du canton de Vaud correspondante (55 %) précédemment réglée par l'assureur. La restitution sera faite dès réception des montants reçus du canton de Vaud avec listing des cas en question.»

E. A la suite de l'arrêt du 15 juillet 2015 de la Cour des assurances sociales dans la cause AM 15/14, le Département de la santé et de l'action sociale a rendu trois décisions, le 14 janvier 2016, par lesquelles il a admis

devoir s'acquitter d'un montant de 193'180 fr. 30 en faveur de K._____, de 935'104 fr. en faveur de L._____ et de 110'009 fr. 45 en faveur de H._____, pour des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Vaud et qui avaient débuté le 10 septembre 2013 au plus tard. Il a refusé de prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients dont le séjour hospitalier avait débuté postérieurement au 10 septembre 2013, au motif que le quota maximal de prestations attribués à ces établissements était épuisé à cette date.

Le 7 juin 2016, la Cour des assurances sociales a rejeté, dans la mesure où ils étaient recevables, les recours formés contre ces décisions (cause AM 8/16, 9/16, 10/16). K._____, L._____ et H._____ ont recouru devant le Tribunal fédéral. Par arrêt du 27 janvier 2017 (cause 9C_151/2016, 9C_153/2016, 9C_155/2016 et 9C_507/2016), le Tribunal fédéral a admis les recours dans la mesure où ils étaient recevables et a renvoyé la cause à la Cour des assurances sociales pour qu'elle statue conformément aux considérants. En substance, le Tribunal fédéral a considéré que l'Etat de Vaud devait prendre en charge les frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud indépendamment du volume maximal de prestations fixé par les mandats de prestation délivrés par les autorités genevoises. Il appartenait à la Cour des assurances sociales d'examiner les factures produites et de déterminer les montants que l'Etat de Vaud était tenu de rembourser.

Conformément à cet arrêt du Tribunal fédéral, la Cour des assurances sociales a complété l'instruction et a condamné l'Etat de Vaud au paiement d'un montant complémentaire de 181'473 fr. 65 en faveur de K._____, de 101'147 fr. 12 en faveur de L._____ et de 134'877 fr. 60 en faveur de H._____, ces montants portant intérêt à 5 % l'an dès le 21 mars 2014 (arrêt du 19 mai 2017 dans la cause AM 4/17).

F. L'arrêt du 27 janvier 2017 du Tribunal fédéral dans la cause 9C_151/2016, 9C_153/2016, 9C_155/2016 et 9C_507/2016) a été notifié au Département de la santé et de l'action sociale le 7 février 2017.

Par décision du 8 février 2017, le Département de la santé et de l'action sociale a rejeté la demande de C._____ en paiement de la part cantonale aux frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud en 2012 et 2013 (séjours ayant débuté au plus tard le 10 septembre 2013), pour un montant total de 1'394'474 fr. 84. En substance, le Département de la santé et de l'action sociale a considéré que C._____ ne pouvait pas se prévaloir de son droit à la protection de la bonne foi pour les séjours hospitaliers ayant débuté jusqu'au 10 septembre 2013, contrairement aux autres cliniques privées concernées par le jugement de la Cour des assurances sociales du 15 juillet 2015 dans la cause AM 15/14. En effet, C._____ ne pouvait pas se prévaloir d'un changement de pratique du Département de la santé et de l'action sociale en 2013, dès lors qu'elle-même ne s'était jamais fondée sur une pratique antérieure et que jusqu'à «sa demande tardive» du 21 novembre 2016, elle ne lui avait pas adressé de factures d'hospitalisation de patients vaudois, hormis les cas d'urgence, qui avaient été payés.

G. Par acte du 10 mars 2017, C._____ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision du 8 février 2017 du Département de la santé et de l'action sociale. Elle conclut à la condamnation de l'Etat de Vaud au paiement d'un montant de 1'394'474 fr. 84, plus intérêt à 5 % l'an dès le 21 novembre 2016, sous suite de frais et dépens. En substance, C._____ fait grief au Département de la santé et de l'action sociale de n'avoir pas tenu compte de l'arrêt du Tribunal fédéral du 27 janvier 2017. Elle souligne que sa demande de paiement du 21 novembre 2016 porte sur des créances qui ne sont aucunement prescrites. Elle observe également qu'elle n'a jamais renoncé à ses créances, qu'elle avait déjà adressé plusieurs factures à l'Etat de Vaud avant le 21 novembre 2016 et que pour le surplus, elle s'était limitée à attendre l'issue de la procédure judiciaire engagée par plusieurs autres cliniques privées avant de renouveler sa demande, une fois tranchées les questions juridiques de principe qui se posaient.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a ouvert un dossier sous le numéro de cause AM 15/17 et a invité l'intimé à se déterminer sur le recours.

Le Département de la santé et de l'action sociale s'est déterminé le 4 mai 2017, en précisant qu'il n'avait «pas de dossier de la cause à produire» (sic), «toutes les pièces (et même plus) ayant d'ores et déjà été produites par la recourante». Il observe qu'après avoir pris connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral du 27 janvier 2017, il admet que la recourante a le droit, sur le principe, au paiement de la part cantonale des frais d'hospitalisation pour les patients domiciliés dans le canton de Vaud, «pour peu qu'ils s'inscrivent dans les limites circonscrites par le Tribunal fédéral, dans le cadre du contrat de prestations conclu entre la recourante et le canton de Genève et des missions qui lui ont été confiées par ce canton, ainsi que de la loi». Il conclut ainsi «à l'admission du recours dans son principe, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 27 janvier 2017», mais «au rejet du recours pour les cas dans lesquels le principe de subsidiarité veut que l'Etat de Vaud ne soit pas redevable de la part cantonale, vu l'existence d'une couverture d'assurance complémentaire», «au rejet du recours portant sur le montant de 834'322 fr. 88 relatif à l'exercice 2012», «au rejet du recours pour toutes les factures du listing émises pour des prestations pour lesquelles la recourante est intervenue au titre d'hôpital subventionné au sens de l'art. 49a al. 4 LAMal». Il demande par ailleurs «l'intégration dans la procédure des assureurs concernés, vu leur implication dans la cause». A l'appui de son argumentation, il a produit un avis de droit établi le 21 novembre 2016 par Ueli Kieser.

C._____ s'est déterminée les 7 juin et 30 août 2017 en maintenant ses conclusions. L'intimé a fait de même les 16 août 2017 et 7 août 2018.

H. Le 30 mai 2017, Me Ducor, pour C._____, a adressé au Département de la santé et de l'action sociale un tableau faisant état d'une créance de 2'877'808 fr. 39 en sa faveur, correspondant selon elle à

la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud, pour la période courant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2016. Le même jour, il a également adressé au Département de la santé et de l'action sociale, pour les mêmes motifs, des tableaux faisant état de créances de 1'690'662 fr. en faveur d'H._____, de 6'193'856 fr. 20 en faveur de L._____ et de 3'630'344 fr. 72 en faveur de K._____

Le 26 juillet 2017, le Département de la santé et de l'action sociale a répondu à Me Ducor qu'il acquitterait les montants mis à sa charge par l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 19 mai 2017. Pour les autres factures dont le paiement était réclamé, il n'était pas en mesure de se déterminer sur son obligation de prester et demandait la production d'une copie des factures adressées aux patients ou à leur assurance complémentaire (y compris les éventuelles factures envoyées par les médecins).

Le 15 août 2017, Me Ducor a répondu que la demande du Département de la santé et de l'action sociale équivalait à poser une condition supplémentaire à son obligation de prester, qui n'était pas prévue par la loi. Cette exigence nouvelle lui paraissait illégale et elle n'y répondrait pas. Certains des documents requis n'étaient d'ailleurs pas en sa possession. En l'état, elle réitérait sa demande de paiement des montants mentionnés dans ses lettres du 26 juillet 2017. Il demandait une décision formelle en cas de refus de prester.

Par décision du 14 novembre 2017, le Département de la santé et de l'action sociale a rejeté la demande de paiement d'un montant de 2'877'808 fr. 39 en faveur de K._____. En substance, il a considéré que les documents produits par cette société ne lui permettaient pas de vérifier si le montant demandé correspondait effectivement à des frais d'hospitalisation dans l'un des pôles d'activité (ou pour l'une des missions) pour lesquels C._____ figurait sur la liste hospitalière genevoise, si une rémunération supplémentaire pour des prestations déjà facturées à l'assurance obligatoire des soins avait été demandée par C._____, en violation du principe de protection tarifaire, et de manière générale si les

montants demandés relevaient bien de l'assurance obligatoire des soins au regard des principes d'efficacité, d'économicité et d'adéquation des prestations.

Le même jour, le Département de la santé a refusé de payer les montants exigés par H._____, L._____ et K._____, pour les mêmes motifs.

I. C._____, toujours représentée par Me Ducor, a recouru contre cette décision par acte du 18 décembre 2017, en concluant à la condamnation de l'Etat de Vaud au paiement d'un montant de 3'630'344 fr. 72, plus intérêts à 5 % l'an à compter du 30 mai 2017, sous suite de frais et dépens. La Cour des assurances sociales a ouvert un dossier sous le numéro de cause AM 67/17.

H._____, L._____ et K._____ ont également recouru contre les décisions du 14 novembre 2017 du Département de la santé et de l'action sociale les concernant. Elles ont conclu, chacune pour leur part, à la condamnation de l'intimé au paiement d'un montant de 1'690'662 fr. en faveur d'H._____, plus intérêts à 5 % l'an dès le 30 mai 2017, sous suite de frais et dépens, d'un montant de 6'193'856 fr. 20 en faveur de L._____, plus intérêt à 5 % l'an dès le 30 mai 2017, sous suite de frais et dépens, d'un montant de 3'630'344 fr. 72 en faveur de K._____, plus intérêts à 5 % l'an dès le 30 mai 2017, sous suite de frais et dépens. La Cour des assurances sociales a ouvert des dossiers sous les numéros de causes AM 65/17, AM 66/17 et AM 68/17.

Dans chacune des procédures AM 65/17, AM 66/17, AM 67/17 et AM 68/17, l'intimé a été invité à produire son dossier complet et à se déterminer sur le recours. Dans chaque dossier, l'intimé s'est déterminé le 2 mars 2018 en concluant au rejet des recours sous suite de frais et dépens, et en produisant une annexe («tableau synoptique des prises en charge et du financement hospitalier»). Il a précisé qu'il ne «dispos[ai]t pas de dossier de la cause à remettre [au tribunal]» (sic), «celui que la recourante a[vait] produit étant complet». Les motifs de rejet des recours

étaient identiques à ceux déjà exposés à l'appui de la détermination sur le recours de C. _____ dans la cause AM 15/17.

Le 6 mars 2018, le tribunal a rendu l'intimé attentif à son obligation d'établir les faits d'office et remettre son dossier au tribunal avec sa détermination sur le recours. Après avoir rappelé que le dossier comprenait l'ensemble des actes d'instruction, tous les autres documents recueillis d'office ou remis spontanément par les parties ou des tiers ainsi que le compte-rendu dûment verbalisé des entretiens directs ou par téléphone avec les parties ou des tiers dans le cadre de l'instruction de la cause, il a invité l'intimé à confirmer que le tribunal disposait bien du dossier complet de la cause ou à produire l'ensemble des actes du dossier qui ne seraient pas encore en mains du tribunal. L'intimé a confirmé, le 26 mars 2018, que le tribunal disposait du dossier complet de la cause.

Les recourantes se sont déterminées le 4 juillet 2018 en maintenant leurs conclusions. L'intimé a fait de même le 7 août 2018 en produisant deux nouvelles pièces, dont une liste de frais d'hospitalisation facturées par L. _____ à différents assureurs-maladie au titre de l'assurance obligatoire des soins ou d'une assurance complémentaire privée. La liste fait également état de la participation cantonale correspondant à 55 % des coûts mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les recourantes se sont déterminées à ce propos le 14 août 2018.

J. Le 20 septembre 2018, le juge en charge de l'instruction de ces différents dossiers a joint les causes AM 15/17, AM 65/17, AM 66/17, AM 67/17 et AM 68/17. Il a rejeté les demandes d'instruction complémentaires requises, ainsi que la demande de l'intimé d'inviter les assureurs privés concernés à participer à la procédure.

E n d r o i t :

1. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer sur les recours relatifs au financement résiduel

des frais d'hospitalisation extracantonale, conformément à l'art. 93 al. 1 let. b LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Le droit cantonal soumet la procédure à 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 les causes AM 15/14, AM 16/14 et AM 17/14, consid. 2).

2. Le recours répond aux conditions de forme et de recevabilité posées par la LPA-VD. Il convient par conséquent d'entrer en matière.

3. Le litige porte sur l'obligation du canton de Vaud de payer, pour des patients domiciliés dans le canton de Vaud, la part cantonale de frais d'hospitalisation à la C. _____ entre 2012 et 2016.

4. a) L'art. 39 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), en relation avec l'art. 35 al. 1 LAMal, fixe les conditions cumulatives que doivent remplir les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, un hôpital doit garantir une assistance médicale suffisante (let. a), disposer du personnel qualifié nécessaire (let. b), disposer d'équipements médicaux adéquats et garantir la fourniture adéquate de médicaments (let. c). De plus un hôpital doit correspondre à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (let. d). Une fois qu'il remplit les conditions précitées, l'hôpital doit encore figurer sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (let. e). Selon l'art. 39 al. 2 LAMal, les cantons coordonnent leurs planifications (al. 2). Par ailleurs, aux termes de l'art. 39 al. 2ter, 1^{ère} phrase, LAMal, le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère

économique. Le Conseil fédéral l'a fait aux art. 58a ss OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102).

b) Aux termes de l'art. 41 al. 1bis LAMal, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Selon l'art. 41 al. 3 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. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton est nécessaire.

c) L'art. 49a LAMal prévoit que les rémunérations au sens de l'art. 49 al. 1 – rémunération du traitement hospitalier au moyen de forfaits – sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (al. 1). 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 (al. 2). 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.

5. a) Les montants dont les recourantes demandent la prise en charge concernent des patients domiciliés dans le canton de Vaud qui ont choisi – sans y être contraints par des raisons médicales – , de se faire hospitaliser à la Clinique C._____, à l'Hôpital de la L._____, à la Clinique H._____ ou à la Clinique K._____ dans le canton de Genève, plutôt que dans un établissement figurant sur la liste hospitalière vaudoise.

b) L'intimé ne conteste plus devoir prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation indépendamment des limites quantitatives fixées par le mandat de prestation genevois. Il estime en revanche nécessaire d'avoir accès aux factures adressées par les recourantes aux patients ou à leurs assureurs, afin de vérifier que plusieurs autres conditions à son obligation de prester sont remplies. Les recourantes contestent que ces vérifications soient nécessaires pour statuer sur l'obligation de prester de l'Etat de Vaud.

6. a) En premier lieu, l'Etat de Vaud souhaite vérifier que les hospitalisations dont la prise en charge est demandée concernent bien des patients soignés dans le cadre des «missions» ou des «pôles d'activité» pour lesquels les recourantes– ou les établissements hospitaliers qu'elles gèrent– figurent sur la liste hospitalière genevoise.

Les recourantes soutiennent, pour leur part, que puisqu'elles figurent sur la liste hospitalière genevoise, l'Etat de Vaud doit prendre en charge la part cantonale des frais d'hospitalisation de patients domiciliés dans le canton de Vaud indépendamment des «missions» ou «pôles d'activité» définis dans les mandats de prestation genevois. Autrement dit, dès lors qu'elles figurent sur la liste hospitalière genevoise, ne serait-ce que pour une seule «mission» ou un seul «pôle d'activité», elles seraient en droit de traiter les patients domiciliés dans le canton de Vaud, à la charge de l'assurance obligatoire des soins, dans tous les domaines de la médecine pour lesquels elles disposeraient des compétences nécessaires. Les recourantes vont même plus loin en exposant que selon le Tribunal fédéral, «la planification, la liste hospitalière et les mandats de prestation genevois sont inapplicables dans tous leurs aspects aux personnes qui ne sont pas domiciliées dans le canton de Genève».

b) On ne saurait suivre le raisonnement des recourantes. D'abord, on voit mal que les mandats de prestation qui leur ont été confiés soient opposables au canton de Vaud dans la mesure où ils leur permettent de figurer sur la liste hospitalière genevoise, mais qu'aucune

des limitations à ces mandats ne serait pertinente pour déterminer l'étendue de l'obligation de prester du canton. L'art. 39 al. 1 let. e LAMal précise d'ailleurs que pour être admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, l'hôpital concerné doit figurer «sur une liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats». Ensuite, la limitation de l'activité des recourantes à certaines «missions» ou à certains «pôles d'activité» découle de la liste hospitalière elle-même, et non uniquement des mandats de prestation. Enfin, et surtout, l'inscription d'un établissement sur la liste hospitalière d'un canton implique que ce dernier vérifie que l'hôpital en question dispose des compétences médicales nécessaires, tant au niveau du personnel que de l'équipement (art. 39 al. 1 let. a à c) et qu'il fournisse des prestations respectant les critères de qualité et d'économicité (art. 39 al. 2ter LAMal). L'art. 58b al. 4 OAMal prévoit ainsi qu'avant d'inscrire un établissement sur sa liste hospitalière, le canton doit prendre en compte le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations (let. a), l'accès des patients au traitement dans un délai utile (let. b), la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'art. 58e (let. c). L'art. 58b al. 5 OAMal prévoit que lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération l'efficacité de la fourniture de prestations (let. a), la justification de la qualité nécessaire (let. b) et, dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies (let. c). Il est tout à fait envisageable qu'un établissement hospitalier remplisse ces critères dans certains domaines de spécialisation et pas dans d'autres, ce qui justifiera son inscription sur une liste hospitalière cantonale pour certains «pôles d'activité» ou pour certaines «missions» uniquement. Ces critères sont aussi pertinents pour les hospitalisations dans le canton de résidence que pour les hospitalisations extra-cantoniales.

c) Les recourantes soulignent que selon l'art. 41 al. 1bis LAMal, l'assuré a le libre choix entre les différents hôpitaux «aptes à traiter sa maladie». Elles omettent la seconde condition posée par cette disposition, à savoir que l'hôpital choisi doit figurer sur une liste hospitalière cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats de prestation

(art. 41 al. 1bis, en relation avec l'art. 39 al. 1 let. e LAMal). Ces deux conditions cumulatives sont posées pour les hospitalisations dans le canton de résidence du patient comme pour les hospitalisations extra-cantoniales et il n'y a aucun motif de faire une différence entre les premières et les secondes, sur ce point tout au moins. Le Tribunal fédéral estime pour sa part justifié d'opérer une distinction en ce qui concerne l'application des limites quantitatives fixées dans les mandats de prestation, ce dont il convient de prendre acte. Mais rien ne permet de considérer que l'on pourrait faire abstraction, pour les hospitalisations extra-cantoniales, de critères comme le caractère économique et l'adéquation des prestations, en particulier en ce qui concerne l'efficacité de la fourniture de prestations, la justification de la qualité nécessaire ou le nombre minimum de cas traités dans certains domaines de spécialisation.

d) Les recourantes présentent un raisonnement par l'absurde en exposant qu'il n'y a aucun motif de considérer qu'elles n'étaient pas aptes à soigner les malades dans différents pôles d'activité jusqu'au 31 décembre 2012 et qu'elles le seraient soudainement devenues dès le 1^{er} janvier 2013. Ce raisonnement ne convainc pas, d'une part, parce qu'il omet de prendre en considération certains des critères mentionnés ci-avant, d'autre part parce que l'inscription de nouveaux «pôles d'activité» résulte simplement du réexamen périodique de la liste hospitalière et qu'il est inhérent à tout réexamen périodique qu'il prenne effet à une date précise. Pour le surplus, les recourantes semblent surtout remettre en question, par leur argumentation, le refus du gouvernement genevois de les inscrire sur la liste hospitalière genevoise pour d'autres pôles d'activité en 2012, ce qui est sans pertinence dans la présente procédure.

e) Au vu de ce qui précède, l'intimé est en droit de refuser de payer la part cantonale des frais d'hospitalisation pour des traitements qui n'entraient pas dans les différents «pôles d'activité» ou «missions» pour lesquels les recourantes figuraient sur la liste hospitalière cantonale pendant la période déterminante. Il n'appartient pas au tribunal, en l'état, de se substituer à l'intimé pour instruire la cause et fixer quelles factures

sont concernées. La cause sera donc retournée à l'intimé pour qu'il y procède, après avoir demandé et obtenu des recourantes qu'elles épurent la liste des hospitalisations pour lesquelles elles demandent le paiement de la part cantonale, conformément à ce qui précède. L'intimé pourra ensuite procéder à un contrôle approprié et proportionné, en procédant par sondages et en exigeant dans ce cadre la production de justificatifs, en particulier de factures établies pour les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins conformément aux conventions tarifaires applicables et à l'art. 59 al. 1 et 2 OAMal. Dans ce contexte, on précisera que les recourantes supprimeront également de la liste à produire les éventuelles factures ayant déjà fait l'objet d'un paiement par l'Etat de Vaud ensuite de l'arrêt de la Cour de céans du 19 mai 2017 dans la cause AM 4/17.

7. a) En second lieu, l'Etat de Vaud conteste devoir payer la part cantonale des frais d'hospitalisation lorsque ces frais ont déjà été intégralement payés par une assurance privée complémentaire, voire lorsque ces frais pourraient être couverts par une assurance privée complémentaire s'ils n'étaient pas pris en charge par l'Etat. Il fonde son point de vue sur le «principe général de subsidiarité applicable aux assurances sociales» ; il estime également que la participation cantonale est une subvention «régie par les principes généraux qui lui sont propres, dont le principe de subsidiarité.» En se limitant à mentionner vaguement l'existence de tels principes généraux, sans citer aucune base légale, ni aucun arrêt ou auteur de doctrine à l'appui de son argumentation, l'intimé ne motive pas suffisamment son point de vue. En l'état, on se limitera donc à préciser que l'art. 49a al. 1 LAMal prévoit très clairement que les rémunérations selon l'art. 49 al. 1 LAMal sont prises en charge par le canton et les assureurs selon leur part respective. La part cantonale est définie par le canton pour chaque année civile et se monte à 55 % au moins (art. 49 al. 2 LAMal). Ces dispositions de la législation spéciale en matière d'assurance-maladie ne laissent aucune place à un hypothétique principe général de subsidiarité en droit des assurances sociales, ni à un principe de subsidiarité découlant des règles fédérales ou cantonales en matière de subvention. Il appartiendra donc à l'intimé de prendre en

charge la part cantonale des frais d'hospitalisation, indépendamment d'une éventuelle couverture d'assurance privée complémentaire, pour toutes les hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Vaud, pour les soins relevant de l'un des «pôles d'activité» ou de l'une des «missions» pour lesquels les recourantes figurent sur la liste hospitalière cantonale genevoise. La production de toutes les conventions conclues par les recourantes avec les assureurs sociaux ou privés, requise par l'intimé, est dépourvue de pertinence pour statuer sur l'objet du litige. Les recourantes ne bénéficieront pas d'un paiement à double dès lors qu'elles devront, cas échéant, rembourser les assureurs qui ont déjà presté, au titre de la restitution de l'indu (art. 63 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse, Livre cinquième : Droit des obligations ; RS 220]). Les recourantes n'ont aucunement donné signe de vouloir s'y opposer.

b) Dans son argumentation, l'intimé évoque également l'art. 49a al. 4 LAMal et expose que les recourantes, en tant que cliniques privées, n'ont pas droit à la part de financement cantonal pour les prestations qu'elles ont allouées en dehors du mandat de prestation genevois, en tant que clinique conventionnée au sens de l'art. 49a al. 4 LAMal. Cela va de soi, comme il est clair qu'elles sont en droit d'exiger, en revanche, la part de financement cantonal pour les prestations allouées dans le cadre du mandat de prestation cantonal. Il leur appartiendra de restituer les montants éventuellement perçus indûment au titre de l'art. 49a al. 4 LAMal aux assureurs-maladie concernés, de manière à éviter une violation de l'art. 44 al. 1 LAMal (cf. consid. 8a ci-après) et à respecter la répartition prévue par l'art. 49a al. 1 et 2 LAMal entre financement cantonal et financement par l'assurance-maladie obligatoire. Là encore, les recourantes ne le contestent pas.

8. a) En troisième lieu, l'Etat de Vaud invoque le principe de protection tarifaire prévu par l'art. 44 al. 1 LAMal. Il demande la production de l'ensemble des factures détaillées adressées par les recourantes aux patients domiciliés dans le canton de Vaud ou à leur assurance privée complémentaire, y compris lorsque cette facturation émane du médecin. Il

estime en effet que les recourantes ne peuvent pas prétendre le paiement de prestations de l'assurance obligatoire des soins, ni la part cantonale des frais d'hospitalisation, si elles ne respectent pas le principe de la protection tarifaire. Sur ce point, il se réfère à l'art. 44 al. 2 LAMal.

b) aa) Aux termes de l'art. 44 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52 al. 1 let. a ch. 3) est réservée.

bb) Dans un ATF 135 V 443, la 2^{ème} Cour de droit social du Tribunal fédéral a considéré qu'un établissement dans lequel un patient est hospitalisé de manière stationnaire en division privée ou semi-privée est en droit de facturer un montant supplémentaire, y compris pour les actes médicaux pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, par rapport au montant prévu pour une hospitalisation en division commune dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Une telle facturation supplémentaire ne viole pas le principe de protection tarifaire, telle qu'il était prévu par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008, qui était applicable dans le cas tranché à l'époque. Le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si la révision de la LAMal du 21 décembre 2007, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 modifierait la portée du principe de la protection tarifaire de ce point de vue.

cc) Selon Gebhard Eugster (Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in Ulrich Meyer, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit - Sécurité sociale, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n°1251 ss. p. 780 ss.), la révision de la LAMal du 21 décembre 2007, bien qu'elle n'ait pas modifié le texte de l'art. 44 al. 1 LAMal, a modifié la portée de la protection tarifaire. Se référant aux travaux préparatoires, mais également à plusieurs arrêts de la 2^{ème} Cour civile du Tribunal fédéral antérieurs à cette révision législative (ATF 126 III 345 consid. 3b,

ATF 130 I 306 consid. 2.1), Eugster estime que la protection tarifaire prévue par l'art. 44 al. 1 LAMal est désormais applicable pour toutes les prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, que l'assuré soit hospitalisé en division privée, semi-privée ou collective. Seules les prestations plus étendues, non couvertes par l'assurance obligatoire des soins, peuvent faire l'objet d'une facturation complémentaire. Il s'agit, par exemple, de prestations pour une hospitalisation en chambre individuelle plutôt qu'en chambre collective ou pour être traité par le médecin de son choix pendant une hospitalisation stationnaire. En revanche, les prestations médicales proprement dites ainsi que toutes les prestations techniques prises en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être facturées de manière identique, conformément au tarif, et ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation supplémentaire selon que l'assuré concerné est hospitalisé en chambre individuelle ou collective, ou qu'il bénéficie ou non d'une assurance privée complémentaire. Le libre choix du médecin pour l'hospitalisation stationnaire est une prestation supplémentaire pouvant être facturée en dehors du tarif LAMal ; en revanche, des honoraires supplémentaires pour les actes médicaux proprement dit ne peuvent pas être facturés par l'hôpital ou le médecin privé qui a traité le patient pendant son séjour hospitalier (Eugster, op. cit., n° 1252 p. 781, avec les références, notamment à l'ATF 130 I 306 consid. 2.2).

c) Il n'est pas nécessaire de déterminer, dans la présente procédure, si la portée de l'art. 44 al. 1 LAMal a été modifiée par la révision de la LAMal du 21 décembre 2007 et si cette disposition interdit désormais effectivement aux recourantes de facturer à l'assuré ou à son assureur-maladie privé complémentaire un supplément par rapport au tarif conventionnel prévu par l'art. 49 LAMal, pour les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, dans le sens exposé au consid. 8b/cc ci-avant. En effet, l'intimé soutient que la facturation de tels suppléments ne serait «pas isolée», ce dont il aurait eu connaissance «par le biais de cas concrets». Mais pour tout moyen de preuve à l'appui de cette allégation, il produit ce qu'il appelle «un tableau synoptique contenant un exemple anonymisé de facture réelle établie pour le

remplacement d'une prothèse de hanche», ainsi qu'une liste de frais d'hospitalisation facturés à divers assureurs sociaux et privés, comprenant également la mention de la part de financement cantonal pour les prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire. La première pièce consiste en réalité en des tableaux établis par l'intimé, sans doute sur la base d'une facture établie par une clinique privée en 2016, mais dont on ignore même s'il s'agit bien de l'une des recourantes. On ne peut pas davantage tirer de conclusion de la liste de frais d'hospitalisation produite au demeurant bien tardivement par l'intimé. Ces seuls documents ne suffisent pas à démontrer, ni même à rendre plausible, le non-respect du principe de protection tarifaire au sens où l'entend l'intimé. On ne peut d'ailleurs qu'être très surpris du fait qu'après avoir confirmé au tribunal qu'il avait produit son « dossier complet », l'intimé ne puisse se fonder que sur ces deux seuls documents pour affirmer avoir acquis la conviction que la double facturation constitue malheureusement «une réalité qui n'est pas rare», et dont il a «récemment pris connaissance de l'ampleur». Pour ce motif déjà, l'argumentation de l'intimé ne peut être suivie.

Indépendamment de ce qui précède, même interprété dans le sens que l'intimé lui donne, le principe de protection tarifaire ne lui permettrait pas de vérifier systématiquement, avant de payer la part cantonale des frais d'hospitalisation, que les recourantes n'ont pas facturé, au patient ou à son assurance privée complémentaire, un montant supplémentaire par rapport au tarif conventionnel pour l'assurance obligatoire des soins. L'art. 44 al. 2 LAMal prévoit certes que le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations au tarif conventionnel («conformément à la présente loi») doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal et qu'il n'a aucun droit à la rémunération prévue par la LAMal. On ne se trouve toutefois pas dans cette hypothèse, puisque les recourantes ont conclu des conventions tarifaires au sens de l'art. 49 LAMal, et qu'elles ont demandé et obtenu leur inscription sur la liste hospitalière cantonale genevoise. En réalité, il y a litige sur le point de savoir si les recourantes respectent, concrètement, le principe de la protection tarifaire, ce qu'elles soutiennent pour leur part. Dans ce cas de figure, il n'appartient pas au canton de Vaud de tirer prétexte du paiement

de la part cantonale pour exercer des tâches de surveillance de cliniques établies sur le territoire genevois et figurant sur la liste hospitalière genevoise. Cette compétence de surveillance revient aux autorités genevoises en charge de l'examen périodique de la liste hospitalière genevoise et de l'examen du respect des conditions au maintien de l'établissement concerné sur cette liste. L'avis de droit auquel se réfère l'intimé ne soutient pas le contraire (cf. Ueli Kieser, Avis sur des questions de compétence dans les domaines de l'assurance-maladie et de l'assurance complémentaire établi à l'intention du Département de la santé et de l'action sociale de l'Etat de Vaud, du 21 novembre 2016, points 8.4 et 8.5 dernier paragraphe, point 7.4 tableau, question 1). Pour le surplus, c'est au patient, et à son assurance maladie privée complémentaire, qu'il incomberait de refuser d'acquitter d'éventuels frais supplémentaires dans un cas concret, s'ils devaient considérer qu'ils violent le principe de protection tarifaire. En ce qui concerne l'interdiction, pour les assureurs-maladie complémentaires privés, de prendre en charge des frais supplémentaires pour des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, selon l'interprétation donnée par l'intimé au principe de protection tarifaire, la tâche de surveillance incombe à la FINMA [autorité fédérale de surveillance des marchés financiers] (art. 46 let. a, b, f et g de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance [LSA ; RS 961.01]), non à l'Etat de Vaud. Il est possible que la FINMA ne partage par le point de vue de l'intimé sur la portée de la protection tarifaire en cas d'hospitalisation en division privée ou semi-privée. Dans ce cas, il n'appartient pas à l'intimé d'imposer son interprétation en refusant d'acquitter la part des frais d'hospitalisation équivalent à un séjour en division commune selon les conventions tarifaires applicables pour l'assurance obligatoire des soins, qui revient à sa charge conformément à l'art. 49a al. 1 et 2 LAMal.

d) Il s'ensuit que l'intimé n'est pas en droit de refuser le paiement de la part cantonale aux frais d'hospitalisation au motif que les recourantes n'ont pas produit les documents exigés pour vérifier le respect de l'art. 44 al. 1 LAMal.

9. En dernier lieu, l'intimé invoque pêle-mêle l'obligation de l'Etat de Vaud de veiller à «l'économicité des prestations fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins et au respect des principes d'efficacité, d'économicité et de l'adéquation des prestations de soins», à ce que «des principes régissant les finances de l'Etat, tels que le bon usage des deniers publics et l'économie en particulier soient respectés», au «respect des droits du patient, dont le droit à l'information, y compris en matière de facturation», à ce que «tous les assurés LAMal bénéficient de l'accès à des soins de qualité», et enfin à éviter «une offre pléthorique de soins». Invoqués de manière aussi peu détaillée, ces arguments ne suffisent pas pour refuser le paiement de la part cantonale aux frais d'hospitalisation au motif que les recourantes n'auraient pas produit tous les documents requis par l'intimé. Sans remettre en cause ces différentes obligations de l'Etat de Vaud, force est de constater qu'il ne démontre pas en quoi, dans le cas d'espèce, celles-ci justifieraient la production de ces documents. Par ailleurs, les obligations mentionnées doivent être essentiellement remplies dans le cadre de la planification hospitalière et de l'établissement de la liste hospitalière cantonale. Dès lors que les établissements gérés par les recourantes sont situés dans le canton de Genève, que les recourantes ont leur siège à Genève et que le financement cantonal litigieux découle de leur inscription sur la liste hospitalière genevoise, on doit admettre que ces différentes obligations ont été prises en considération par les autorités genevoises, au moment d'établir la liste hospitalière cantonale genevoise et lors du réexamen périodique de cette liste. L'Etat de Vaud ne peut pas prétendre exercer sa surveillance en dehors de son territoire, sous réserve d'une demande des recourantes de figurer sur la liste hospitalière vaudoise.

10. a) Les parties sont également en litige sur la question d'éventuels intérêts sur les montants qui seront finalement à verser par l'Etat de Vaud.

b) Selon un principe général non écrit, les créances de droit public donnent lieu à un intérêt moratoire si la loi ne prévoit pas le contraire (ATF 143 11 37 consid. 5.2.1 ; ATF 101 Ib 252 consid. 4d ;

Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs et leur contrôle, 3^{ème} éd., Berne 2011, p. 85 ss. Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7^{ème} éd., Zurich, St-Gall, 2016 n° 156 p. 34). Un intérêt moratoire de 5 % l'an est en principe applicable en cas de demeure du débiteur (art. 104 al. 1 CO ; cf. ATF 143 II 37 consid. 7.3).

Dans le domaine du droit des assurances sociales, la jurisprudence antérieure à la LPGA refusait d'appliquer ce principe général, considérant que le législateur avait délibérément renoncé (silence qualifié) à un intérêt moratoire. Il s'agissait en effet d'éviter que l'administration soit dissuadée d'entreprendre des mesures d'instruction nécessaires relatives aux droits à des prestations — ces mesures pouvant parfois être longues — pour éviter de retarder sa décision et, par conséquent, pour éviter le paiement d'intérêts moratoires. Par souci d'égalité de traitement, l'assuré en demeure devait également être dispensé du paiement d'intérêts moratoires (ATF 108 V 13 consid. 2a). Après l'entrée en vigueur de la LPGA, le Tribunal fédéral a considéré que l'introduction, à l'art. 28 al. 1 et 2 LPGA, d'une disposition relative aux intérêts moratoires ne peut être interprétée comme la volonté du législateur d'introduire de manière générale un intérêt moratoire en droit des assurances sociales. En ce qui concerne les honoraires des fournisseurs de prestations dans le système du tiers payant, il appartient aux parties aux conventions tarifaires de prévoir dans la convention d'éventuels intérêts moratoires, sans quoi de tels intérêts ne sont pas dus par les assureurs-maladie (ATF 139 V 82). Ces jurisprudences ne peuvent être transposées aux créances des fournisseurs de prestations en paiement de la participation cantonale aux frais d'hospitalisation. Cette participation ne fait en effet pas directement l'objet de négociations tarifaires entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations. Elle s'apparente, par certains aspects tout au moins, à un subventionnement cantonal, davantage qu'à une prestation d'assurance, et découle autant de questions de politique de la santé que du droit des assurances sociales, notamment en ce qui concerne son financement. La LPGA ne lui est d'ailleurs pas directement applicable (art. 1 al. 2 let. b LAMal). En tant qu'il assume le financement résiduel des soins hospitaliers, le canton ne peut

être assimilé ni à un assureur social, ni à un fournisseur de prestations au sens de la LAMal et de la LPGA, ni à un assuré. Contrairement à un assureur social, il n'est pas chargé de prendre des mesures d'instruction, parfois longues, pour vérifier le droit d'un assuré à des prestations d'assurances. Pour ces motifs, il convient d'appliquer aux créances principales litigieuses le régime ordinaire applicable aux créances de droit public et de constater que l'Etat de Vaud doit en principe un intérêt moratoire de 5 % l'an dès la demeure du débiteur. Cette demeure ne peut toutefois pas être admise si le créancier ne permet pas à l'Etat de vérifier la créance alléguée en collaborant à l'instruction de la cause.

c) aa) En l'espèce, C. _____ a produit quatre factures à l'Etat de Vaud, entre le 10 juin 2013 et le 26 mai 2014, pour un montant total de 16'449 fr. 35, ainsi que divers rappels. Ces factures portaient exclusivement sur la part cantonale aux frais d'hospitalisation de patients couverts par l'assurance obligatoire des soins, sans couverture d'assurance privée complémentaire, dans le pôle d'activité gynécologie et obstétrique pour lesquels C. _____ bénéficiait d'un mandat de prestation. Elles ont mis en demeure l'Etat de Vaud, qui n'a jamais sérieusement contesté ni leur montant, ni le fait qu'elles concernaient bien l'un des pôles de prestations attribués à C. _____, mais a toujours refusé leur paiement – à tort – pour d'autres motifs non pertinents tels que les limitations quantitatives ou le principe de protection tarifaire. Les montants faisant l'objet des factures n°1042921/9 du 10 juin 2013 (5'395 fr. 75), 1065894/9 du 24 septembre 2013 (2'608 fr. 05), 1075785/9 du 7 novembre 2013 (5'392 fr. 65) et 1092731/9 du 20 janvier 2014 (3052 fr. 90) sont dus et portent intérêts à 5 % l'an respectivement dès le 10 juin 2013, le 24 septembre 2013, le 7 novembre 2013 et le 20 janvier 2014.

bb) Pour le surplus, les recourantes ont produit une liste de facture couvrant des «pôles d'activité» ou des «missions» pour lesquels elles figurent sur la liste hospitalière genevoise, mais couvrant également d'autres domaines pour lesquels elles ne figurent pas sur cette liste. L'Etat de Vaud demande donc que cette liste soit épurée et limitée aux seules factures couvrant des domaines pour lesquels les recourantes figuraient

sur la liste hospitalière genevoise pendant la période déterminante. Cette demande est légitime pour permettre à l'Etat de déterminer exactement ce qu'il doit et lui permettre de procéder aux vérifications nécessaires (contrôles par sondage). En l'état, on ne peut donc pas considérer que l'intimé est en demeure pour les factures en question, hormis celles éventuellement déjà mentionnées au consid. 10c/aa ci-avant. Partant, aucun intérêt moratoire ne sera dû sur les montants dont l'intimé devra finalement s'acquitter en rapport avec cette liste, sous réserve d'une instruction diligente de la cause après qu'elle lui aura été renvoyée.

11. Vu ce qui précède, les conclusions des recourantes sont partiellement admises en ce sens que la décision litigieuse est annulée, que l'Etat de Vaud est condamné au paiement d'un montant de 5'395 fr. portant intérêt à 5 % l'an dès le 10 juin 2013, d'un montant de 2'608 fr. 05 portant intérêt à 5 % l'an dès le 24 septembre 2013, d'un montant de 5'392 fr. 65 portant intérêt à 5 % l'an dès le 7 novembre 2013 et d'un montant de 3'052 fr. 90 portant intérêt à 5 % l'an dès le 20 janvier 2014, la cause étant renvoyée, pour le surplus, pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il appartiendra à l'intimé d'exiger la production d'une liste de factures limitée aux prestations couvertes par les «pôles d'activité» et «missions» pour lesquels la recourante figurait sur la liste hospitalière genevoise pendant la période déterminante, de procéder à des contrôles par sondages et de demander, à cette fin, la production de factures conformes aux conventions tarifaires applicables et à l'art. 59 al. 1 et 2 OAMal s'il l'estime nécessaire, puis de statuer à nouveau sur la créance litigieuse. L'intimé n'est en revanche pas en droit de soumettre le paiement de la part cantonale à une vérification préalable du respect du principe de protection tarifaire et à la production préalable de divers documents en vue de vérifier le respect de ce principe.

Les recourantes obtiennent partiellement gain de cause et peuvent donc prétendre des dépens réduits fixés à 6'000 fr. au total, conformément aux art. 10 ss. du Tarif des frais judiciaires et dépens en matière administrative du 28 avril 2015 (TFJDA ; RSV 173.36.5.1). Les frais sont partiellement mis à leur charge (art. 49 al. 1 et 55 al. 1 LPA-VD) et

sont fixés conformément à l'art. 4 al. 1 TFJDA à 5'200 fr. au total. Il n'y a pas lieu de mettre des frais de justice à la charge de l'Etat de Vaud (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. Les décisions rendues les 8 février 2017 et 14 novembre 2017 par le Département de la santé et de l'action sociale sont annulées.
- III. L'Etat de Vaud est condamné au paiement, à C._____, d'un montant de de 5'395 fr. 75 (cinq mille trois cent nonante-cinq francs et septante-cinq centimes) portant intérêt à 5 % l'an dès le 10 juin 2013, d'un montant de 2'608 fr. 05 (deux mille six cent huit francs et cinq centimes) portant intérêt à 5 % l'an dès le 24 septembre 2013, d'un montant de 5'392 fr. 65 (cinq mille trois cent nonante-deux francs et soixante-cinq centimes) portant intérêt à 5 % l'an dès le 7 novembre 2013 et d'un montant de 3'052 fr. 90 (trois mille cinquante-deux francs et nonante centimes) portant intérêt à 5 % l'an dès le 20 janvier 2014.
- IV. Pour le surplus, la cause est renvoyée au Département de la santé et de l'action sociale pour instruction complémentaire et nouvelles décisions au sens des considérants.
- V. Les frais de justice sont partiellement mis à la charge de C._____, pour un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), de H._____, pour un montant de 500 fr. (cinq cents francs), de L._____, pour un montant de 2'000 fr. (deux mille

francs) et de la K._____, pour un montant de 1'200 fr. (mille deux cents francs).

VI. L'Etat de Vaud versera un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), TVA comprise, à chacune des recourante, à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Ducor, avocat à Lausanne (pour les recourantes),
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt 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 :