

# VD\_OMNI GE.2022.0271 vom 31. Oktober 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-10-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_omni\\_GE.2022.0271](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_omni_GE.2022.0271)

FR: VD\_OMNI GE.2022.0271 du 31 octobre 2024

IT: VD\_OMNI GE.2022.0271 del 31 ottobre 2024

## Regeste

A. \_\_\_\_\_/Département de la santé et de l'action sociale | Recours d'une assurance contre la décision du DSAS qui lui refuse le remboursement des coûts des soins dispensés à ses assurés dans des cliniques privées figurant sur la liste hospitalière. L'autorité intimée fonde sa décision en particulier sur l'absence de créance contre l'Etat de Vaud fondée sur l'art. 49a al. 3 LAMal (part cantonale [55%] de la rémunération d'une prestation hospitalière déterminée). La recourante dispose d'un intérêt digne de protection à la modification de la décision attaquée (c. 1a). Distinction entre hôpitaux "répertoriés", "conventionnés" et "non-conventionnés". Liberté laissée aux cantons, notamment en matière de nombre minimum de cas, de volume maximal de prestation ou nombre maximal de patients au bénéfice d'une assurance-maladie complémentaire (c. 2a-2c). Modalités de la relation (financière) entre patient, fournisseur de soins et assureur social (c. 2d). Quand l'Etat doit payer sa part de 55% de la facture du fournisseur de soins (i.e. lorsque les conditions fixées par l'art. 49a al. 2ter et 3 LAMal sont remplies), le patient détient une créance à l'encontre de l'Etat; en outre, lorsque l'assureur complémentaire a lui-même payé - pour son patient - la part de 55% de la facture du fournisseur de soins (toujours lorsque les conditions fixées par l'art. 49a al. 2ter et 3 LAMal sont remplies), il peut exercer un recours contre l'Etat à concurrence de sa prestation (c. 3). Sur le principe, la recourante devrait être admise à soulever, à titre préjudiciel, la question de la licéité de la planification cantonale (c. 4a). Devoir d'information au patient sur la prise en charge des coûts de son traitement. Quoi qu'il en soit, la recourante est à tard pour réclamer le remboursement en cause. Ses prétentions, frappées de péremption, doivent ainsi être écartées (c. 5b). Recours au TF rejeté par arrêt du 19 novembre 2025 (9C\_692/2024).

## Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour de droit administratif et public 31.10.2024 GE.2022.0271

A. \_\_\_\_\_/Département de la santé et de l'action sociale | Recours d'une assurance contre la décision du DSAS qui lui refuse le remboursement des coûts des soins dispensés à ses assurés dans des cliniques privées figurant sur la liste hospitalière. L'autorité intimée fonde sa décision en particulier sur l'absence de créance contre l'Etat de Vaud fondée sur l'art. 49a al. 3 LAMal (part cantonale [55%] de la rémunération d'une prestation hospitalière déterminée). La recourante dispose d'un intérêt digne de protection à la modification de la décision attaquée (c. 1a). Distinction entre hôpitaux "répertoriés", "conventionnés" et "non-conventionnés". Liberté laissée aux cantons, notamment en matière de nombre minimum de cas, de volume maximal de prestation ou nombre maximal de patients au bénéfice d'une assurance-maladie complémentaire (c. 2a-2c). Modalités de la relation (financière) entre patient, fournisseur de soins et assureur social (c. 2d). Quand l'Etat doit payer sa part de 55% de la facture du fournisseur de soins (i.e. lorsque les conditions fixées

par l'art. 49a al. 2ter et 3 LAMal sont remplies), le patient détient une créance à l'encontre de l'Etat; en outre, lorsque l'assureur complémentaire a lui-même payé - pour son patient - la part de 55% de la facture du fournisseur de soins (toujours lorsque les conditions fixées par l'art. 49a al. 2ter et 3 LAMal sont remplies), il peut exercer un recours contre l'Etat à concurrence de sa prestation (c. 3). Sur le principe, la recourante devrait être admise à soulever, à titre préjudiciel, la question de la licéité de la planification cantonale (c. 4a). Devoir d'information au patient sur la prise en charge des coûts de son traitement. Quoi qu'il en soit, la recourante est à tard pour réclamer le remboursement en cause. Ses prétentions, frappées de péremption, doivent ainsi être écartées (c. 5b). Recours au TF rejeté par arrêt du 19 novembre 2025 (9C\_692/2024).

TRIBUNAL CANTONAL COUR DE DROIT ADMINISTRATIF ET PUBLIC Arrêt du 31 octobre 2024 Composition Mme Danièle Revey, présidente; M. Guillaume Vianin, juge, et M. Etienne Poltier, juge suppléant; Mme Elodie Hogue, greffière. Recourante A. \_\_\_\_\_ à \*\*\*\*\* représentée par Me Nicolas GILLARD, avocat, à Lausanne, Autorité intimée Département de la santé et de l'action sociale, à Lausanne. Objet Santé publique Recours A. \_\_\_\_\_ c/ décision de la Cheffe du Département de la santé et de l'action sociale du 10 octobre 2022 (demande de remboursement de la part cantonale de frais d'hospitalisation). Vu les faits suivants: A. a) Par arrêté du 29 juin 2011, modifié le 7 décembre 2011 et entré en vigueur le 1 er janvier 2012, le Conseil d'Etat du canton de Vaud a édicté la liste vaudoise des établissements hospitaliers admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AListeLAMal; BLV 832.11.1; ci-après: liste hospitalière). Cette liste mentionne notamment la Clinique La Source, la Clinique La Lignière, Hirslanden clinique Bois-Cerf, Hirslanden clinique Cecil et la Clinique CIC Riviera SA. La liste précise, pour chaque établissement, le type de mandat qui lui est confié: "mandat régional de base", "mandat partiel de base", "mandat spécialisé limité dans le temps", "mandat universitaire" ou "mandat centre de traitement et réadaptation (CTR)". Les établissements mentionnés ci-avant sont chargés d'un "mandat partiel de base", à l'exception de la Clinique La Lignière, au bénéfice d'un "mandat centre de traitement et réadaptation (CTR)" et de la Clinique CIC Riviera SA, partie à un "mandat spécialisé limité dans le temps". La liste précise pour quel domaine de spécialisation chacun des établissements concernés est mandaté. b) Les principes et conditions posés pour l'admission sur la liste hospitalière cantonale ont été définis dans un document intitulé "Cadre de référence", établi le 24 mars 2011. S'agissant du régime financé par le canton, ce document expose qu'il "est géré via la liste LAMal. Il est sanctionné par l'attribution de mandats de prestations [...]. Il débouche, par ailleurs, sur des contrats cantonaux de prestations qui fixent les engagements annuels de l'Etat et des établissements." Il précise notamment, sous "obligation d'admission, capacité et volonté d'admettre tous les patients", qu'un établissement désireux de figurer sur la liste hospitalière doit garantir un taux d'admission minimum de 60% de patients assurés à titre obligatoire contre la maladie et les accidents, sans assurance complémentaire, de manière à éviter une sélection des patients d'après leur couverture d'assurance. Le document indique dans ce contexte qu'environ 81% de la population résidant dans le canton de Vaud ne bénéficie pas d'assurance complémentaire privée ou semi-privée. En tout temps, en cas de non-respect des principes liés à l'obligation d'admission, l'Etat peut, après avoir donné un avertissement, décider d'une sanction financière selon les modalités fixées par le contrat de prestations, voire ouvrir une procédure visant à retirer l'établissement de la liste hospitalière. Le "cadre de référence" expose encore, sous "économicité et financement", que le financement du mandat de prestations fonctionne selon une enveloppe budgétaire, sur la

base de prévisions d'activités et des tarifs approuvés; une correction marginale était prévue en fin d'exercice "pour tenir compte de l'activité réelle et de la part des frais fixes qui sont garantis". L'enveloppe budgétaire couvre toutes les hospitalisations relevant du mandat de prestations, indépendamment du régime d'assurance du patient. Les règles concernant la détermination de l'enveloppe et la procédure de correction sont fixées par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). c) L'Etat de Vaud a attribué des mandats de prestations aux divers établissements mentionnés ci-avant et a conclu avec eux des contrats de prestations prévoyant, notamment, un nombre maximum d'hospitalisations par année, défini sous la forme du nombre de lits mis à disposition par l'établissement concerné pour l'exécution du mandat de prestations (ci-après: quotas d'hospitalisations). d) Il faut noter que le Conseil d'Etat du canton de Vaud a adopté le 4 octobre 2023 un nouvel arrêté, entré en vigueur le 1 er janvier 2024, fixant la liste des hôpitaux de soins somatiques aigus admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins par le canton de Vaud (BLV 832.00.041023.1; Feuille des avis officiels du 13 octobre 2023). L'art. 6 de cet arrêté indique que l'arrêté du 29 juin 2011, cité plus haut, " cesse de régir la planification des soins somatiques aigus par le canton de Vaud " sauf en matière de soins de psychiatrie et de réadaptation hospitalière. B. A.\_\_\_\_\_ est une société qui offre des prestations d'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident, régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance. Elle est notamment active dans le canton de Vaud, dans lequel elle compte de nombreux assurés. C. a) Le 14 juin 2021, A.\_\_\_\_\_, représentée par son mandataire, a adressé au DSAS une demande de paiement, dans un délai de 30 jours, d'un montant de 4'384'439 francs. Elle affirme avoir pris en charge, à hauteur du montant précité, l'intégralité des coûts relatifs aux soins hospitaliers prodigués à ses assurés disposant d'une couverture complémentaire, entre 2016 et 2020, dans les cliniques privées mentionnées ci-avant. Or, selon elle, ces coûts relèveraient en réalité de la part cantonale du financement résiduel des soins au sens de l'art. 49a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). A.\_\_\_\_\_ soutient en effet que les quotas maximums d'hospitalisations prévus par les contrats de prestations avec les établissements hospitaliers concernés seraient nuls, notamment parce qu'ils ne figurent pas directement sur la liste hospitalière cantonale. De plus, le taux d'admission minimum de 60% de patients sans assurance complémentaire, imposé par le "Cadre de référence" comme condition à l'admission sur la liste hospitalière, aurait été fixé sur des critères non transparents et non vérifiables. A ses yeux, la planification hospitalière vaudoise serait ainsi illicite, faute de respecter la législation fédérale, en particulier les art. 39 et 41a LAMal, tels que concrétisés par la jurisprudence. En conséquence, le canton de Vaud serait tenu de couvrir la part cantonale des frais d'hospitalisation pour tous les patients disposant d'une couverture d'assurance complémentaire, sans pouvoir se référer à sa liste hospitalière, ni aux quotas maximums ou aux taux d'admission minimum pour nier cette obligation de prester. A.\_\_\_\_\_ prétend, enfin, être titulaire d'une créance contre l'Etat de Vaud, pour le paiement de cette part cantonale, car elle serait subrogée dans les droits des assurés à l'encontre de l'Etat, en application de ses conditions générales d'assurance. b) Dans des courriers des 8 juillet et 14 octobre 2021, la Direction générale de la santé (ci-après: DGS), sans rendre de décision formelle, a opposé une fin de non-recevoir aux demandes formulées par A.\_\_\_\_\_. La Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal vaudois (CDAP) a cependant admis, par arrêt du 6 avril 2022, le recours formé par A.\_\_\_\_\_ pour déni de justice à l'encontre de la position adoptée par le DSAS et la DGS; elle a donc invité le DSAS à

rendre une décision sur la demande que lui avait adressée A. \_\_\_\_\_ le 14 juin 2021 (cause GE.2022.0053). D. a) Par décision du 10 octobre 2022, le DSAS a retenu, pour divers motifs, que A. \_\_\_\_\_ ne détenait pas de créance à faire valoir à l'encontre de l'Etat de Vaud au titre de l'art. 49a al. 3 LAMal. En conséquence, cette décision a déclaré la demande précitée de A. \_\_\_\_\_ irrecevable. b) Agissant toujours par l'intermédiaire de son conseil, A. \_\_\_\_\_ a formé, le 11 novembre 2022, soit en temps utile, un recours à l'encontre de la décision précitée. Elle conclut avec dépens principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le DSAS est condamné à lui payer un montant de 4'384'439 fr., subsidiairement à l'annulation de cette décision, ainsi qu'au renvoi du dossier au DSAS pour nouvelle décision dans le sens des considérants. c) Dans sa réponse au recours, du 31 janvier 2023, le DSAS a conclu à son rejet. d) Dans un courrier du 21 mars 2023, le conseil de la recourante a suggéré de limiter l'instruction dans un premier temps à plusieurs questions préjudicielles; en conséquence, les questions relatives à la détermination des montants demandés par la recourante pouvaient être reportées à une phase ultérieure. La CDAP a donné une suite favorable à cette requête dans un courrier du 14 avril 2023; elle a ainsi invité les parties – en premier lieu la recourante – à se déterminer sur les quatre questions suivantes : " 1. Les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire, qui ont reçu des prestations de soins dispensés par des établissements de santé vaudois, sont-ils titulaires d'une créance envers le Canton de Vaud, correspondant au montant de la part cantonale prévue à l'art. 49a al. 3 LAMaI ? 2. Les quotas fixés dans les mandats de prestations, tels qu'ils résultent de la planification hospitalière vaudoise en vigueur entre janvier 2016 et décembre 2020, sont-ils licites, en ce sens qu'ils ont été établis conformément à la LAMaI et à l'OAMaI ? 3. En cas de réponse affirmative à la question 2, dans quelle mesure et à quelles conditions le Canton de Vaud peut-il valablement refuser toute participation financière pour les hospitalisations qui étaient comprises dans les quotas ? 4. La recourante A. \_\_\_\_\_ est-elle subrogée dans les droits de ses assurés au bénéfice d'une couverture complémentaire, du fait qu'elle a intégralement pris à sa charge les prestations de soins facturées par les établissements vaudois entre janvier 2016 et décembre 2020, y compris la part cantonale qui incombait au Canton de Vaud ? " La recourante était aussi invitée à produire divers lots de factures à titre exemplatif, afin d'explicitier le mode de paiement pratiqué pour des soins hospitaliers stationnaires réglés par la recourante. E. a) L'instruction s'est poursuivie sur les questions précitées. Aussi la recourante a-t-elle déposé un mémoire complémentaire en date du 25 juillet 2023, ainsi que les factures requises. Agissant pour le département, la DGS a déposé à son tour une écriture complémentaire en date du 5 décembre 2023, elle-même suivie d'une réplique de la recourante en date du 18 mars 2024. F. La cour a tenu une audience le jeudi 2 mai 2024. Un compte-rendu d'audience a été établi, auquel il est renvoyé, ainsi qu'aux remarques des parties à son égard. On en tire en particulier ce qui suit: a) Les représentants de la recourante se sont tout d'abord attelés à commenter les différents lots de factures qu'elle avait versés au dossier. En substance, on trouve deux grands types de factures adressés par les cliniques à l'assurance complémentaire. Dans le premier type, les cliniques facturent à l'assurance complémentaire l'ensemble des prestations selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1), puis déduisent 45% des prestations à charge de l'assurance obligatoire de soins (AOS) (notamment du forfait correspondant à la prestation stationnaire délivrée, p. ex. une opération chirurgicale); en d'autres termes, la part cantonale de 55%, non déduite, est facturée à l'assurance complémentaire. Dans le second type, les cliniques reprennent le même schéma, toutefois en déduisant non seulement le 45% à charge de

l'AOS, mais encore le 55% correspondant à la part cantonale. Le premier modèle correspond au régime des hôpitaux conventionnés de l'art. 49a al. 4 LAMal (la recourante a d'ailleurs mentionné expressément les conventions successives qu'elle a passées sur cette base avec des cliniques, notamment avec La Source), alors que le second est celui de l'art. 49a al. 2 ss LAMal, dans lequel la prestation est fournie par un hôpital répertorié conformément à la planification cantonale au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal. La recourante soutient principalement que la part cantonale de 55% devrait lui être bonifiée également dans le cas des factures du premier type, la limitation quantitative résultant de la planification cantonale étant de son avis illicite. Les représentants de la recourante ont été invités également à expliquer pourquoi celle-ci avait, durant plusieurs années, payé les factures qui lui étaient adressées, sans réagir au fait qu'elle devait payer les montants correspondant à la part cantonale. Ils ont indiqué en substance que la recourante faisait confiance aux établissements hospitaliers dans leur gestion des quotas, jusqu'au moment où elle avait pris connaissance de la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral de 2019 (notamment un arrêt C-5017/2015 du 16 janvier 2019 concernant Genève), condamnant certaines planifications cantonales et la limitation des quantités de prestations (quotas) qu'elles contenaient. b) Pour sa part, l'autorité cantonale rappelle que, s'agissant des hôpitaux répertoriés, elle fixe des quotas dans les mandats de prestation; elle verse ainsi la part cantonale de 55% aussi longtemps que les quotas ne sont pas dépassés et ne verse plus cette part dans le cas contraire. Autrement dit, les hôpitaux privés, dont les factures figurent au dossier, sont traités comme des hôpitaux "répertoriés" aussi longtemps que le traitement concerné est compris dans les quotas alloués, alors qu'ils doivent être considérés comme des hôpitaux "conventionnés", si le traitement est dispensé hors quota. Plus précisément, l'autorité cantonale attribue des quotas dans les mandats de prestation et, dans certains cas, alloue des quotas supplémentaires par la suite. Au surplus, lorsqu'elle reçoit les factures des cliniques, elle vérifie que les quotas ne sont pas dépassés, voire d'autres conditions encore, puis verse la part cantonale. Selon le représentant de l'autorité intimée, pour autant que ces conditions soient réalisées, il n'y aurait pas de refus de cette part cantonale de 55%. En revanche, il n'a pas précisé sous quelle forme cette part était allouée (par décision ou sous une autre forme; on peut penser à un acte matériel notamment, tel que le paiement effectif de la facture de la clinique). Au surplus, l'autorité cantonale part de l'idée que la gestion des quotas appartient aux cliniques privées elles-mêmes; autrement dit et à ses yeux, la manière dont les cliniques traitent des cas déterminés (dans ou au contraire hors quotas) ne la concerne pas. Elle relève aussi que l'existence des quotas est de notoriété publique; il appartient ainsi au patient de se renseigner pour savoir si le traitement envisagé pour lui entre ou non dans ces quotas, à défaut de quoi il doit s'en prendre à lui-même si la part cantonale n'est finalement pas versée. Enfin, l'autorité cantonale a constamment relevé que, à ses yeux, la démarche de la recourante était tardive. c) L'autorité intimée a eu l'occasion de se prononcer sur le procès-verbal d'audience, dans une lettre du 3 juin 2024; elle y a apporté quelques précisions. La recourante en a fait de même dans un courrier du 17 juin 2024; à son tour, elle a fourni quelques explications complémentaires à propos de ce document. Considérant en droit: 1. a) aa) Encore que la question ait été débattue dans la procédure précédente (CDAP GE.2022.0053 du 6 avril 2022 consid. 3d), l'autorité intimée s'est finalement estimée compétente (sans s'étendre sur le fondement de cette compétence) pour statuer par voie de décision sur la demande présentée par la recourante. Elle a toutefois déclaré cette demande irrecevable pour un autre motif, à savoir l'absence de créance de la recourante contre l'Etat de Vaud. On peut d'ailleurs se demander s'il s'agit d'un motif

d'irrecevabilité ou au contraire d'un rejet de la demande sur le fond (sur ce point, infra b). A ce stade, on se bornera à constater d'abord que la créance contre l'Etat cantonal, fondée sur l'art. 49a al. 3 LAMal (part cantonale de la rémunération des prestations hospitalières) est une créance de droit public (cf. consid. 3a infra). Il paraît dès lors admissible que le droit cantonal prévoit un pouvoir de décision à cet égard (alors que la loi cantonale ne peut pas prévoir un tel pouvoir de décision lorsque la créance en cause relève du droit privé: pour un exemple dans ce sens, arrêt CDAP GE.2022.0023 du 3 novembre 2022). A vrai dire, la doctrine considère que le canton, avant de verser, sur la base de la disposition précitée, la part cantonale liée à une prestation (individuelle) déterminée, est habilité à vérifier, au même titre que l'assureur-maladie, si les conditions prévues par la LAMal pour la prise en charge des prestations stationnaires sont bien remplies. Par exemple, il peut contrôler si le traitement dispensé est conforme au principe d'économicité (il se peut notamment que le traitement en cause doive être dispensé plutôt sous une forme ambulatoire que dans le cadre stationnaire; sur ces différents points, voir Philipp Egli/Michael Waldner, in: Basler Kommentar KVG, Bâle 2020, n. 45 et 49 ss ad art. 49a). De même, il est habilité à vérifier si la prestation en cause entre dans les missions médicales attribuées à l'établissement hospitalier concerné par le mandat de prestations passé avec lui; si tel n'est pas le cas, la part cantonale est refusée. Une telle compétence cantonale, comme celle de l'assureur-maladie lorsqu'il statue sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance sociale, suppose un pouvoir de décision. Il sied ainsi de confirmer que la voie suivie en l'espèce, soit celle de la décision, est correcte. bb) La recourante, dont la demande est déclarée irrecevable, dispose de ce fait d'un intérêt digne de protection à la modification de la décision attaquée. Le pourvoi est dès lors recevable. b) La décision attaquée, on l'a vu, prononce l'irrecevabilité de la demande de la recourante. Cependant, le motif invoqué, à savoir que celle-ci ne serait pas titulaire d'une créance contre l'Etat de Vaud, est un motif de fond (du reste, en procédure civile, le fait que le demandeur ne détienne pas de créance contre le défendeur constitue un motif de rejet de la demande et non d'irrecevabilité de celle-ci, cf. art. 59 CPC a contrario). Dès lors, il faut comprendre la décision attaquée en ce sens qu'elle prononce le rejet de la demande. Les développements qui suivent s'inscrivent d'ailleurs dans ce cadre. Il demeure que l'autorité intimée critique la tardiveté de la démarche de la recourante; cela pourrait déboucher sur l'irrecevabilité de la demande formulée par cette dernière (voir à ce propos consid. 5 ci-après). c) On reviendra plus loin sur la question des mesures d'instruction requises. 2. La prétention soulevée par la recourante est fondée sur l'art. 49a al. 3 LAMal; elle concerne ainsi la question de la couverture des soins stationnaires dispensés en milieu hospitalier, en application de la législation sur l'assurance-maladie sociale. Une brève présentation du cadre légal – au demeurant extrêmement complexe et évolutif – est nécessaire avant d'aborder les questions de fond soulevées par la présente cause. a) Il faut tout d'abord souligner que l'exploitation d'un établissement hospitalier par un sujet de droit privé relève de la liberté économique; en revanche, un tel établissement ne peut se prévaloir de cette liberté pour fonder un droit à ce que sa prestation soit prise en charge par l'AOS (voir à ce propos ATF 132 V 6 consid. 2.4.2 et 2.5.1; dans le même sens voir notamment Manon Joseph, L'application du droit suisse de la concurrence en matière de soins, thèse Lausanne 2019, p. 298 ss et les références de jurisprudence et de doctrine). Dans le cadre de l'art. 49a LAMal, il faut distinguer entre différents types d'établissements hospitaliers (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2 e éd. 2018, n. 1 ad art. 49a KVG). La première catégorie regroupe les établissements hospitaliers répertoriés mentionnés dans la liste cantonale,

découlant de la planification cantonale (art. 39 al. 1 let. e LAMal): ceux-ci peuvent obtenir une rémunération pleine et entière des prestations prévue par la loi (art. 49a al. 2 LAMal; part cantonale comprise). La deuxième catégorie réunit les établissements hospitaliers dits " conventionnés "; il s'agit d'établissements qui ne figurent pas dans la planification cantonale, mais qui ont conclu une convention avec les assureurs-maladie, conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal: ils reçoivent de l'AOS uniquement la part de 45% due par les assurances-maladie, à l'exclusion de la part cantonale. Enfin, une dernière catégorie réunit les cliniques privées qui ne figurent pas dans la planification, ni n'ont conclu de convention avec les assurances-maladie; elles ne reçoivent aucune prestation de l'AOS. On verra que ces catégories devront encore être affinées. Il convient de reprendre plus en détail quelques points de la réglementation mise en place par la LAMal. b) aa) Les art. 35 ss LAMal prévoient un régime d'admission des fournisseurs de prestation, leur permettant de pratiquer à charge de l'assurance-maladie sociale; tel est le cas des établissements hospitaliers, qui satisfont aux exigences de l'art. 39 LAMal. A teneur de cette disposition (art. 39 al. 1 let. d et e LAMal), ces établissements sont admis pour autant qu'ils correspondent à la planification hospitalière cantonale et qu'ils figurent de ce fait sur la liste cantonale qui en découle. Ils sont ainsi dits " répertoriés ". La planification précitée doit être établie afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers de la population du canton; pour arrêter cette planification, les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate. Par ailleurs, la liste cantonale peut comporter un mandat de prestations. Conformément à l'art. 39 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de fixer des critères de planification uniformes, ce qu'il a fait au travers des art. 58a ss de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102). bb) Comme on l'a vu, l'art. 49a al. 4 LAMal a introduit en outre la catégorie dite des hôpitaux " conventionnés ", cela dans le but de stimuler la concurrence entre les établissements hospitaliers répertoriés et d'autres établissements privés (voir d'ailleurs ATF 145 II 49 consid. 4.5.2; ATAF 2012/30 consid. 4.8). Le régime mis en place implique en effet que les établissements en question soient admis à pratiquer à charge de l'AOS, non pas moyennant inclusion dans la liste cantonale, mais par la conclusion d'une convention avec les assureurs-maladie; cependant, ceux-ci ne doivent verser à ces établissements qu'une part de 45% – qui est donc financée par les payeurs de primes –, la part cantonale n'étant pas due. Cette solution est dans la ligne du principe d'économicité, selon la doctrine, dans la mesure où, malgré ce modèle de rémunération, l'hôpital conventionné doit fournir des prestations équivalentes et de qualité comparable (Eugster, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG*, op. cit., n. 9 ad art. 49a KVG; pour plus de détails, Ueli Kieser, *Les hôpitaux conventionnés en Suisse. Une analyse juridique*, Zurich 2018, qui retrace notamment l'historique de cette disposition). cc) On a vu que cette réglementation, qui découle d'une révision de la LAMal de 2009 relative au financement hospitalier, a voulu renforcer la concurrence entre établissements hospitaliers répertoriés et d'autres établissements privés; tel était aussi le but poursuivi par l'introduction d'un mécanisme de financement des prestations (à l'image de la fixation de forfaits par cas), en lieu et place d'un financement des capacités (on pense ici au subventionnement des investissements des hôpitaux publics par les cantons, qui prévalait jusque-là). La planification hospitalière cantonale doit d'ailleurs aller dans ce sens (pour une présentation du système découlant de la révision entrée en vigueur en 2009, voir Guy Longchamp, *La planification hospitalière cantonale selon la LAMal*, in: Olivier Guillod [éd.], *L'hôpital entre droit, politique et économie(s)*, Berne 2015, p. 85 ss; Joseph, op. cit., p. 123 ss; voir également Yves Donzallaz, *Traité de droit médical*, Berne 2021, vol. I, n. 1750

ss). dd) On notera encore que les prestations ne relevant pas de l'AOS sont souvent prises en charge par des assurances complémentaires, régies par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1; ce domaine est d'ailleurs la spécialité de la recourante). c) L'un des éléments-clés de la LAMal a trait à la planification hospitalière cantonale: pour que les soins dispensés dans un établissement hospitalier (à l'exclusion des hôpitaux conventionnés – régis par l'art. 49a al. 4 LAMal – et des hôpitaux non-conventionnés) puissent être pris en charge par l'assurance sociale (sur les autres conditions, voir l'art. 39 LAMal), il est en effet nécessaire que celui-ci figure dans la liste des hôpitaux arrêtée sur la base de cette planification et que ces soins correspondent à ceux couverts par les mandats de prestation (ATF 145 V 57 consid. 8.2; l'obligation d'admission prévue à l'art. 41a al. 1 LAMal ne s'applique d'ailleurs qu'aux hôpitaux figurant dans la liste cantonale et dans les limites des mandats de prestation). aa) Cette planification suppose en premier lieu que le canton détermine les besoins en soins de sa population (art. 58a al. 1 OAMal); s'agissant des hôpitaux pour maladies somatiques aiguës, la planification est liée aux prestations (et non aux capacités; art. 58c let. a OAMal). Cette planification est établie en suivant une démarche vérifiable (donc fondée sur des données statistiquement justifiées, notamment, cf. art. 58b al. 1 OAMal; l'art. 58b décrit au surplus les autres principes à respecter pour établir cette planification: selon l'al. 2, la planification doit notamment tenir compte de l'offre – aussi – des établissements non répertoriés). Parmi les éléments à prendre en compte, il faut citer en particulier " le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations " (art. 58b al. 4 let. a OAMal); cet aspect est précisé à l'art. 58d OAMal dont l'al. 4 indique que cette évaluation " doit porter en particulier sur la mise à profit de synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins ". La planification hospitalière cantonale, une fois les besoins arrêtés, comporte à l'étape suivante la détermination de l'offre nécessaire pour satisfaire ces besoins; dans ce contexte, l'autorité cantonale procède à un appel d'offres qui débouche ensuite sur la sélection des établissements considérés comme aptes à répondre aux besoins: concrètement il s'agit de désigner les hôpitaux figurant dans la liste des hôpitaux répertoriés (art. 39 al. 1 let. e LAMal et 58f OAMal). On relève que ces listes cantonales spécifient pour chaque hôpital, suivant l'art. 58f OAMal, les groupes de prestations correspondants aux mandats de prestations (al. 3); ces mandats peuvent contenir diverses charges, par exemple un nombre minimum de cas à traiter (al. 4 let. f), ainsi qu'un budget global au sens de l'art. 51 LAMal ou les volumes de prestations maximaux (al. 6 let. a). bb) Par ailleurs, la contribution due en contrepartie d'une prestation de soin stationnaire est régie par une convention arrêtant la tarification de ces prestations, conclue entre les groupements d'assureurs et les organisations faîtières des établissements hospitaliers (art. 49 LAMal; voir aussi art. 46, sur les règles générales applicables aux conventions passées avec les fournisseurs de soins). Le modèle suivi en la matière est celui d'un forfait par cas. Cette rémunération est censée couvrir à la fois le coût des soins et les investissements nécessaires au fonctionnement de l'établissement hospitalier. cc) Les rémunérations résultant de l'application de ce tarif sont ensuite prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a al. 1 LAMal). La part cantonale s'élève à 55% au moins, le solde étant à la charge de l'assureur social (al. 2 ter ; cette même disposition précise que le canton fixe pour chaque année civile, la part cantonale qu'il prend en charge; elle s'élevait à 55% dans le canton de Vaud pour la période en cause). dd) La réglementation qui précède soulève de très nombreuses difficultés; la jurisprudence a eu l'occasion d'en traiter quelques-unes. aaa) Il faut toutefois

souligner à titre liminaire que le droit fédéral arrête en matière de planification hospitalière une réglementation-cadre. Il en découle que celle-ci, même si elle arrête un certain nombre de lignes directrices qui s'imposent aux cantons en vertu de la primauté du droit fédéral, laisse à ces derniers une assez large marge de manœuvre lors de l'adoption de leur planification (dans ce sens, Donzallaz, op. cit., vol. I, n. 1757 ss); cependant, selon la jurisprudence, la réglementation fédérale en matière de planification hospitalière est exhaustive, ce qui exclut l'adoption de normes de substitution en cette matière par les cantons: ATF 145 V 128 consid. 7.2). bbb) Divers cantons ont retenu dans leur planification, l'exigence qu'un établissement hospitalier, pour pouvoir être pris en compte dans la planification cantonale, devait respecter un critère de masse critique (à savoir un nombre minimum de cas; les art. 58d al. 4 et 58f al. 4 let. f OAMal y font d'ailleurs allusion). Le Tribunal administratif fédéral a confirmé le recours à un tel critère (voir notamment arrêt C-401/2012 du 28 janvier 2014 consid. 10); il a estimé que ce critère était de nature à contribuer à la fois à l'économicité et à la qualité des soins (voir en outre l'analyse de Joseph, op. cit., p. 300 ss). ccc) Certaines planifications cantonales ont par ailleurs inclus dans des mandats de prestation des limitations quantitatives (soit un volume maximum de prestations pouvant être pris en charge; de telles limitations ne sont par contre pas possible à charge des hôpitaux conventionnés: ATAF 2012/30 consid. 4.8). La question s'est posée à plusieurs reprises de savoir si un tel critère était bien conforme aux prescriptions de la LAMal; la réponse à cette question est positive – à certaines conditions toutefois (ATF 138 II 398 consid. 3.1; voir aussi ATF 145 V 128 consid. 6.2; voir également Bernhard Rüttsche/Dario Piccchi, in: Basler Kommentar KVG, op. cit., n. 2, 34 et 65 ad art. 39 KVG, ainsi que les commentaires de Joseph, op. cit., p. 302). On reviendra plus loin sur cet aspect, auquel se rapportent les principales critiques de la recourante à l'égard de la planification vaudoise (voir infra consid. 4b/gg). ddd) Certaines dispositions cantonales de planification prévoient également une limitation du nombre d'admissions de patients au bénéfice d'une assurance-maladie complémentaire (une telle limitation ne peut par contre être introduite à charge des hôpitaux conventionnés: ATAF 2012/9). Dans sa jurisprudence, le Tribunal fédéral retient que ce type de restriction ne viole pas la liberté économique des établissements hospitaliers disposant d'une large patientèle privée, ni les exigences de la LAMal (ATF 138 II 398 consid. 5; voir à ce propos les observations de Rüttsche/Piccchi in: Basler Kommentar KVG, op. cit., n. 70 ad art. 39 KVG – la recourante cite ce passage des auteurs précités, à tort, dans le contexte des quotas examinés ci-dessus au consid. ccc – et de Joseph, op. cit., p. 303, les deux ouvrages étant d'ailleurs critiques sur cet aspect). d) Dans le régime de l'assurance-maladie sociale, il se noue, en lien avec la rémunération des soins dispensés, une relation triangulaire. Les acteurs de cette relation sont le patient, en principe débiteur de cette rémunération, le fournisseur de soins (ce peut être l'hôpital) et enfin l'assureur social. Le régime ordinaire est celui dit du " tiers-garant "; la facture établie par le fournisseur de soins y est adressée au patient, qui la règle; le patient transmet celle-ci ensuite à son assurance-maladie, qui en couvre une partie, conformément aux règles de la LAMal. Ce système ne soulève pas de difficulté particulière pour le patient lorsque les frais en cause ne sont pas trop élevés et qu'il est en mesure, compte tenu de ses moyens, de s'en acquitter en priorité, avant de s'adresser à son assurance. On rencontre aussi un second régime, dit du " tiers-payant ". Dans ce cadre, le fournisseur de soins adresse sa facture directement à l'assureur social, qui la règle entièrement; c'est alors celui-ci qui réclame au patient sa participation aux frais, conformément aux dispositions de la LAMal. Ce modèle se prête mieux à des situations où la facturation porte sur des montants très

élevés, que l'assureur social est mieux à même d'assumer que le patient. C'est ainsi que l'art. 42 al. 2, 2 e phrase, LAMal, prévoit ce dernier modèle en cas de traitement stationnaire (cette solution vaut également lorsque la prestation est fournie par un hôpital conventionné). La jurisprudence, comme la doctrine, voit dans le système du tiers-payant une forme de reprise de dette; celle-ci, à l'instar de ce qui prévaut en application de l'art. 175 CO (applicable ici par analogie, s'agissant d'une créance de droit public; Jacques Dubey/Jean-Baptiste Zufferey [Droit administratif général, Bâle 2014, n. 1228] voient plutôt dans le régime de la reprise de dettes, tel qu'esquissé par les art. 175 ss CO, une forme d'institution générale du droit; ces deux solutions sont proches toutefois), recouvre une reprise de dette interne et une reprise de dette externe (art.175, respectivement al. 1 et 2 CO). A vrai dire, cette analyse convient fort bien pour un régime contractuel (ATF 141 V 546 consid. 5.2 et les références; voir également Arnaud Nussbaumer, Le système du tiers-payant: commentaire de l'ATF 141 V 546 du 29 septembre 2015, RSAS 2016 p. 322 ss, spécialement p. 326 s.). En l'occurrence, il convient toutefois de souligner que la reprise de dettes s'opère de par la loi (donc sur la base du droit public), en application de l'art. 42 al. 2, 2 e phrase, LAMal précité. d) Au terme de ces quelques rappels du cadre légal, on relève que le présent arrêt porte, dans une première étape, sur les différentes questions énumérées par la CDAP dans son courrier du 14 avril 2023 (cf. let. D.d supra ; ces questions – dont certaines doivent d'ailleurs être reformulées – sont abordées dans les considérants 3 et 4 ci-après. Il demeure que la cour de céans est en mesure de trancher la présente cause (voir consid. 5b), sans avoir à rendre au préalable un arrêt portant sur ces questions préjudicielles. 3. Tout d'abord, à titre de rappel, il convient de résumer la situation de fait sur laquelle repose la prétention de la recourante: - un patient a reçu un traitement dans un établissement de soins privé, figurant dans la liste hospitalière cantonale avec un mandat de prestation, comportant un quota maximum; le patient en cause a été traité hors quota; - l'établissement en cause a facturé, entre 2016 et 2019, à la recourante, assurance complémentaire, la rémunération du traitement stationnaire dispensé, sous déduction d'une part de 45% couverte par l'assurance de base; le montant facturé comprend en revanche 55% correspondant à la part cantonale (selon le régime des hôpitaux conventionnés de l'art. 49a al. 4 LAMal, le patient étant traité hors quota, cf. let. F.a supra ); - la recourante, assureur complémentaire, a réglé l'intégralité de ces factures, sans protestation, ni réserve. a) On abordera en premier lieu les questions 1 et 4 énoncées par la CDAP dans son courrier du 14 avril 2023, dans la mesure où elles sont liées. La première concerne les patients ayant subi un traitement hospitalier. En substance, à supposer admise l'hypothèse suivant laquelle le canton refuse sans droit le paiement de sa part de 55% à un traitement hospitalier, le patient qui paie ce montant en lieu et place a-t-il une créance contre le canton ? dans la foulée, si le paiement intervient, non par le patient lui-même, mais par son assurance complémentaire, celle-ci dispose-t-elle d'une créance contre l'Etat ? aa) On relèvera tout d'abord que l'autorité intimée fait valoir à tort que le montant versé par l'Etat au titre de l'art. 49a al. 3 LAMal devrait être considéré et traité comme une subvention ou aide publique; la jurisprudence du Tribunal fédéral la traite au contraire comme une forme de prix de la prestation du fournisseur de soins (ATF 138 II 398 consid. 6.3). Il n'est donc pas exorbitant d'y voir une créance et donc une prétention du patient contre l'Etat (voir au surplus infra let. b; contra : arrêt de la Cour de justice du canton de Genève ATA/968/2024 du 20 août 2024 consid. 4.4). bb) L'art. 49a al. 3 LAMal constitue le fondement d'une créance de droit public contre l'Etat. De même, la créance du fournisseur de soins à l'encontre de l'assureur social relève elle aussi du droit public. Si le patient assume à

l'égard du fournisseur la part de 55% due par l'Etat (à ce stade, la question de l'existence d'une telle dette de l'Etat reste à trancher), l'opération doit être analysée comme une reprise de dette, régie par l'art. 175 CO (appliqué par analogie ou en tant qu'institution générale du droit, cf. consid. 2d supra). Au demeurant, sur la base du contrat conclu entre le patient et son assurance complémentaire, celle-ci s'est substituée à son client par le jeu d'une seconde reprise de dette. Le contrat entre le patient et l'assurance complémentaire régit cette reprise de dette interne. Sur le plan externe, il faut noter que le fournisseur de soins a accepté le paiement – conforme au modèle du tiers-payant prévalant dans l'AOS et largement repris à l'égard des assurances complémentaires –, ratifiant ainsi la reprise de dettes (externe; c'est l'une des deux hypothèses visées à l'art. 175 al. 1 CO, soit celle du paiement au créancier).

cc) Le canton verse sa part aux mêmes conditions que l'assureur social; autrement dit, la part cantonale ne doit être versée que si les soins stationnaires en cause sont dispensés dans le respect des exigences de la LAMal (voir à ce sujet Egli/Waldner, in: Basler Kommentar KVG, op. cit., n. 49 ss ad art. 49a KVG). Le canton a d'ailleurs la faculté de s'en assurer (il en est dispensé dans le cas, qui ne correspond pas à la pratique vaudoise, mais qui est possible au regard de l'art. 49a al. 3, 3<sup>e</sup> phrase, où le canton verse sa part à l'assureur, ce dernier payant le tout à l'hôpital).

b) L'art. 49a al. 3 LAMal précise les modalités de versement de la rémunération due à l'hôpital pour les soins dispensés. En principe, le canton verse sa part directement à l'hôpital; toutefois 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. Quoiqu'il en soit, il faut rappeler que le système du tiers-payant, prévu pour les versements de l'assureur-maladie à l'hôpital, vise à offrir une garantie au fournisseur de soins, ici l'hôpital (Nussbaumer, op. cit., p. 324; voir aussi ATF 141 V 546 consid. 6.2.2). On peut donc considérer – l'art. 49a al. 3 LAMal prévoit un paiement direct du canton à l'hôpital – que ce versement intervient lui aussi selon le système du tiers-payant; cela implique, selon ce qui a été exposé plus haut, que le texte légal prévoit une reprise par l'Etat de la dette du patient à l'égard du fournisseur de soins (voir à ce sujet Egli/Waldner, in: Basler Kommentar KVG, n. 42 ad art. 49a KVG; cf. aussi ATA/968/2024 précité consid. 4). Ces derniers auteurs (n. 43) déduisent de cette reprise de dette de par la loi que "la construction" d'un droit subjectif du patient au paiement de la part cantonale est largement superflue; cette position, que l'autorité intimée reprend à son compte pour nier une créance des patients (auxquels la recourante se serait substituée), est toutefois contestée (Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [édit.], SBVR Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd. 2016, n. 1099 et 1224; le même in: Stauffer/Cardinaux, op. cit., n. 3 ad art. 49a KVG). Pour la cour de céans, il y a lieu de confirmer, avec Eugster et notamment pour les motifs invoqués par celui-ci, l'existence d'une créance du patient. On relèvera en outre que le canton, lorsqu'il verse sa part à forme de l'art. 49a al. 3 LAMal, dispose lui-même d'un droit de recours contre les tiers responsables du dommage subi par le patient, par application de l'art. 72 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), appliqué par analogie (art. 79a LAMal). Le système de l'art. 72 LPGA vise en effet à éviter un enrichissement du lésé à la suite de la survenance d'un dommage; celui-ci ne doit donc pas pouvoir agir en réparation auprès de plusieurs débiteurs pour un même préjudice: dans la configuration examinée ici sur la base à la fois d'une créance contre l'Etat et d'une créance contre le tiers auteur du dommage. Ce mécanisme présuppose cependant que l'Etat soit bien un débiteur (d'une dette envers le lésé, ici le patient) et qu'il s'acquitte de son dû; ce n'est que dans cette hypothèse qu'il peut exercer le droit de recours de l'art. 72 LPGA. Force est ainsi de retenir que le patient est bien titulaire d'une créance

contre l'Etat lorsque les conditions d'application de l'art. 49a al. 2 ter et 3 LAMal sont remplies, i.e. lorsque l'Etat doit payer sa part de 55% de la facture du fournisseur de soins.

c) aa) Etant admis que le patient, soit pour lui l'assurance complémentaire, a payé 55% de la facture du fournisseur de soins - par hypothèse - en lieu et place de l'Etat, la question se pose de savoir si l'assurance complémentaire dispose d'une créance à l'encontre de ce dernier. Cette question doit d'ailleurs être tranchée sur la base du droit public, les dispositions du CO n'ayant donc vocation à s'appliquer dans ce cas que par analogie. Il en va ainsi de l'art. 110 CO relatif à la subrogation. A vrai dire, il conviendrait sans doute de se référer plutôt – à nouveau dans un raisonnement par analogie – à la LCA qui comporte une disposition expresse relative au recours dont dispose l'assureur qui a couvert le dommage.

bb) On notera d'emblée que la jurisprudence de droit public est favorable à la possibilité pour l'assureur complémentaire de s'en prendre aux cantons (voir ainsi ATF 123 V 290 consid. 4; voir aussi ATF 138 V 510; 130 V 215; 127 V 422 consid. 1b). Dans cet ATF 123 V 290 consid. 4, le Tribunal fédéral a estimé que l'on se trouvait en présence d'un oubli du législateur, créant une lacune; il a ainsi retenu que l'assuré, dans le système du tiers-garant, respectivement l'assureur dans le système du tiers-payant, bénéficie, par le jeu d'une cession légale, d'un droit de répétition envers le canton des montants payés (par l'assuré, respectivement l'assureur; à noter que si l'on admet le mécanisme d'une "cession légale" conformément à cette jurisprudence, l'on ne saurait alors empêcher celle-ci par le jeu de l'art. 22 LPGA, qui prohibe, sous réserve d'exceptions, la cession – volontaire – de prétentions découlant de l'assurance sociale) portant sur la part cantonale. Sans doute, la révision de la LAMal entrée en vigueur en 2009, relative au financement hospitalier, a-t-elle modifié certains éléments; cependant, on ne voit pas que la nouvelle ait voulu modifier les choses dans l'hypothèse où un assureur, dans le système du tiers-payant, a réglé l'entier de la facture du fournisseur de soins, alors qu'une part cantonale était due, par hypothèse, à raison de ces soins (dans ce sens Eugster, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG*, op. cit., n. 3 ad art. 49a KVG; en tous les cas l'auteur cite cette jurisprudence et semble la considérer toujours valable; contra: ATA/968/2024 précité consid. c. 4.2).

cc) Au-delà de cette jurisprudence et dans la recherche d'une solution par analogie (suggérée supra au consid. aa), les normes susceptibles de servir d'inspiration sont celles des art. 72 LPGA (recours de l'assureur social qui a payé contre un tiers responsable) et 95c nLCA (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, recours de l'assureur privé contre un tiers responsable; dans une approche par analogie, il n'y a pas lieu de s'en tenir strictement à l'art. 72 de l'ancienne teneur de la LCA (abrogé avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022) susceptible de s'appliquer encore à teneur des dispositions transitoires de l'art. 103a nLCA aux contrats antérieurs à son entrée en vigueur; voir d'ailleurs, à propos de l'art. 72 aLCA, ATF 137 III 352 consid. 4, avec d'autres références, notamment à l'ATF 115 II 24 consid. 2b, qui traite plus particulièrement de la question de la cession de créances; la solution de l'art. 72 aLCA, jugée rigide, a été abandonnée par le nouveau droit: voir art. 95c nLCA et le Message du Conseil fédéral à ce propos, spécialement FF 2017 4808). Dans ce contexte de comblement d'une lacune, il convient en définitive d'admettre un recours (une subrogation) de l'assureur privé dans une mesure analogue à ce que prévoient les art. 72 LPGA et 95c nLCA. En tous les cas, l'on ne saurait exclure un recours (une subrogation) de l'assurance complémentaire à l'encontre du canton sur la base d'une application par analogie des règles (antérieures) du droit privé. Autrement dit, il sied de reconnaître que la recourante dispose d'un recours (une subrogation), soit d'une créance à l'encontre de l'Etat lorsqu'elle a payé 55% de la facture du fournisseur de soins – par hypothèse – en lieu et place de l'Etat.

dd) On relève par ailleurs

que le débat a porté sur les conditions générales (ci-après: CG) adoptées par la recourante. L'art. 5 CG dispose notamment ce qui suit, aux al. 2 et 3: " Lorsqu'un assureur social est tenu de fournir les prestations et si nous les avons avancées, nous disposons d'un droit à votre égard ou vis-à-vis de l'assureur social d'en demander la restitution. Les droits contre les tiers responsables doivent nous être cédés. " Dans la mesure où le droit de recours de la recourante à l'encontre de l'Etat a été reconnu ci-dessus, il apparaît superflu de s'étendre plus longuement sur la portée de cette disposition des conditions générales. On notera tout au plus que, lorsque la recourante a acquitté les factures que lui adressaient les établissements hospitaliers privés, elle l'a fait dans la volonté de s'acquitter d'une dette ou de ce qu'elle croyait être une dette; autrement dit, elle ne procédait pas à un versement sous réserve de remboursement, comme dans l'hypothèse d'une avance. Il convient donc d'écarter ici l'application des règles de la LPGA sur les avances (qui, au moment du versement, supposent une situation d'incertitude; soit l'art. 22 LPGA, notamment), invoquées par la recourante; peu importe au demeurant de savoir si une avance de la recourante pouvait ou non entrer véritablement dans le champ d'application de ces dispositions. d) Les développements qui précèdent conduisent à admettre ce qui suit: quand l'Etat doit payer sa part de 55% de la facture du fournisseur de soins (i.e. lorsque les conditions fixées par l'art. 49a al. 2 ter et 3 LAMal sont remplies), le patient détient une créance à l'encontre de l'Etat; en outre, lorsque l'assureur complémentaire a lui-même payé – pour son patient – la part de 55% de la facture du fournisseur de soins (toujours lorsque les conditions fixées par l'art. 49a al. 2 ter et 3 LAMal sont remplies), il peut exercer un recours contre l'Etat à concurrence de sa prestation. 4. La recourante s'en prend en outre (question 2) à la planification hospitalière cantonale vaudoise, qu'elle qualifie d'illicite. A ses yeux, il en découle que le canton ne pourrait pas s'opposer aux prétentions qu'elle formule, tendant au paiement de la part cantonale de 55% prévue à l'art. 49a LAMal, s'agissant des patients pour lesquels elle a elle-même assumé cette part, ce quand bien même les traitements en cause devraient être considérés comme hors-planification. a) On se souvient que, s'agissant de traitements stationnaires, la rémunération prévue par l'art. 49a al. 2 à 3 LAMal (soit 45% par l'AOS et 55% par le canton) n'est versée que pour couvrir des prestations comprises dans la planification hospitalière cantonale. Dans le cas d'espèce, la planification vaudoise de 2012, ici en cause, est entrée en force sans avoir été contestée auprès du Tribunal administratif fédéral; malgré cela, la recourante soutient qu'elle aurait été adoptée en violation des dispositions du droit fédéral (art. 39 LAMal; art. 58a ss OAMal, évoqués plus haut), tout spécialement s'agissant des quotas, de sorte que ceux-ci seraient illicites et ne pourraient pas être opposés à la recourante. aa) Il faut souligner en premier lieu que les dispositions précitées du droit fédéral comportent diverses règles de procédure propres à encadrer l'élaboration et l'adoption de la planification hospitalière cantonale. En particulier, l'art. 58b al. 1 OAMal prévoit que les cantons déterminent les besoins en soins selon une démarche vérifiable (cf. consid. 2c/aa supra ); or, selon la recourante, il n'en serait rien, ce d'autant que les quotas arrêtés pour la période ici en cause, largement échue, ne seraient pas même connus. bb) La jurisprudence et la doctrine ont retenu que la planification adoptée en violation de telles règles est susceptible d'être annulée sur recours, en l'occurrence par le Tribunal administratif fédéral (dans ce sens, Joseph, op. cit., p. 128; Longchamp, op. cit., p. 98; TAF C-5017/2015 du 16 janvier 2019; C-7017/2015 du 17 septembre 2021, concernant respectivement les planifications cantonales de Genève et Neuchâtel; voir aussi TAF C-224/2020 du 30 avril 2024, qui confirme l'arrêt précédent concernant Genève). Ces derniers arrêts – expressément invoqués par la recourante –

reprochent notamment aux cantons concernés d'avoir adopté des planifications des capacités alors que la révision de 2009 exige désormais une planification des prestations.

cc) Il demeure que la planification vaudoise est entrée en force sans avoir été contestée. De surcroît, on ne saurait considérer que celle-ci serait nulle; en effet, une décision administrative viciée est en principe annulable sur recours seulement, la nullité n'étant admise qu'à titre exceptionnel, en présence de vices très graves. Or, tel n'est assurément pas le cas en l'espèce, dans la mesure où la jurisprudence a admis de telles limitations quantitatives (voir notamment ATF 138 II 398 consid. 3.1, aussi consid. 4b/bb infra). La violation invoquée des règles de procédure conduisant à l'adoption de cette planification (en lien notamment avec l'exigence d'une démarche vérifiable) ne saurait être considérée comme d'une gravité telle qu'elle justifierait la nullité de la planification ici en cause (dans le même sens, ATA/968/2024 précité consid. 3).

dd) Lorsque deux décisions sont prises successivement dans le temps et que la seconde apparaît comme une décision d'exécution de la première, d'autres angles d'analyse doivent être abordés. Ainsi, le recours dirigé contre la seconde ne peut pas faire valoir, à titre incident, l'invalidité de la première décision, entrée en force (dans ce sens, en matière d'exécution forcée des décisions administratives: Thierry Tanquerel, Manuel de droit administratif, 2<sup>e</sup> éd., Genève 2018, n. 640 s.; Dubey/Zufferey, op. cit., n. 2299 s.). L'approche est la même en droit de l'aménagement du territoire s'agissant de la relation entre permis de construire et plan d'affectation (dans ce sens, Alain Griffel, Raumplanungs- und Baurecht, 4<sup>e</sup> éd., Zurich 2021, p. 302; mais diverses exceptions sont admises, ouvrant la voie, à titre exceptionnel, à un contrôle préjudiciel des plans dans les procédures de permis de construire). Ce raisonnement pourrait être transposé s'agissant de la "décision" du canton de verser sa part de 55% en application de la planification hospitalière cantonale.

ee) La planification hospitalière cantonale, en effet, est généralement considérée, quant à sa justiciabilité, comme un faisceau de décisions individuelles concernant les divers établissements retenus ou non dans la liste hospitalière cantonale (dans ce sens, Eugster, Krankenversicherung, op. cit., n. 833; Donzallaz, op. cit., vol. I, n. 1798 s. et la note de bas de page 3687; avec référence à TAF C-401/2012 du 28 janvier 2014 consid. 1.3.1). Dès lors, il y a lieu d'appliquer les mécanismes décrits plus haut: ainsi, en principe, le recours formé contre la décision rendue dans le domaine de l'exécution de la planification hospitalière cantonale ne permet pas de remettre en cause la validité de cette planification, y compris la liste hospitalière, les mandats de prestations qui l'accompagnent et les quotas que comportent ces derniers.

ff) Il convient néanmoins de ménager une exception à ce principe, dans la mesure où les assureurs sociaux (pas plus que les patients eux-mêmes ou les assureurs privés) ne disposent pas de la qualité de partie dans la procédure de planification, ni de la qualité pour recourir à l'encontre de la planification cantonale (Donzallaz, op. cit., vol. I, n. 1792 et les références; voir notamment ATAF 2010/51 consid. 6.4 ss; voir aussi Rütscbe/Picocchi in: Basler Kommentar KVG, op. cit., n. 59 et 74 ad art. 39 KVG; sur ce point, il convient de signaler une révision de la LAMal, sans incidence dans le cas présent, conférant désormais la qualité pour recourir aux organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux prises sur la base de l'art. 39 LAMal, et donc notamment celles relatives à la planification hospitalière cantonale: art. 53 al. 1 bis LAMal, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024). A vrai dire, il ne s'agit pas d'une véritable exception: la recourante n'était pas partie à la procédure relative à la planification cantonale, de sorte que le faisceau de décisions individuelles prises dans ce contexte n'a, pour elle et conformément aux principes généraux, pas force de chose décidée, ni n'est entrée en force (dans ce sens

ATF 142 II 243 consid. 2.3). Les décisions prises au terme du processus de planification ne lui sont donc pas opposables. On observe d'ailleurs que le Tribunal administratif fédéral, dans les divers arrêts qu'il a rendus à propos des planifications hospitalières cantonales (notamment concernant Genève et Neuchâtel, C-5017/2015 du 16 janvier 2019 et C-7017/2015 du 17 septembre 2021, précités) prend le soin de préciser que ses arrêts ne concernent que l'établissement hospitalier privé recourant et que, à la suite de son jugement, la nouvelle planification hospitalière doit être adaptée pour ce seul établissement; l'arrêt ne fournit au surplus guère d'indication sur le contenu que doit présenter cette nouvelle planification. Dans son second arrêt concernant Genève (C-224/2020 du 30 avril 2024), et plus précisément le même établissement hospitalier que dans son premier jugement, il constate d'ailleurs (en partie " Faits ", let. A.a) que le canton de Genève et l'hôpital concerné ont conclu une transaction pour régler les suites de ce jugement (le contenu de celle-ci n'est pas connu). On pourrait aussi considérer que les décisions relatives à la planification hospitalière cantonale constituent des décisions collectives ( *Allgemeinverfügungen* ); dans une telle approche, il conviendrait sans doute d'admettre un contrôle préjudiciel de celles-ci à l'occasion de décisions subséquentes, comme la décision d'octroi ou de refus de la part cantonale de 55%. gg) Sur le principe, force est ainsi de considérer que la recourante devrait être admise à soulever, à titre préjudiciel, la question de la licéité ou non de la planification cantonale et notamment des quotas prévus pour divers établissements hospitaliers privés, afin de vérifier si les besoins en soins du canton sont ou non couverts. b) aa) En l'occurrence, la recourante soulève d'abord, à l'encontre de la planification cantonale, des griefs de procédure (les besoins en soins n'auraient pas été établis de manière transparente et vérifiable; elle s'appuie à cet égard sur de Rüttsche/Picocchi in: Basler Kommentar KVG, op. cit., n. 26 ad art. 39 KVG). Quoiqu'il en soit du bien-fondé de ces critiques, la cour de céans n'est nullement en mesure de tenir pour établi que la planification hospitalière cantonale vaudoise de 2012 était erronée sur le fond, qui plus est en ce sens que les besoins en soins du canton étaient insuffisamment couverts, justifiant ainsi de faire abstraction des limitations quantitatives (quotas) fixées dans les mandats de prestations; l'autorité intimée, pour sa part, estime que tel n'est pas le cas, affirmant au contraire que les besoins en soins étaient couverts de manière adéquate sur la base de la planification, sans égard à un éventuel vice de procédure. On relève au passage que, en procédure de recours ordinaire contre la planification hospitalière cantonale, qui aurait relevé du Tribunal administratif fédéral, un tel vice, s'il était avéré, aurait conduit au renvoi de la cause à l'autorité cantonale compétente. En définitive sur ce point, même si la procédure précédant l'adoption de la planification cantonale vaudoise devait être considérée comme entachée de vices de procédure, la cour de céans ne serait pas en mesure de dire si cette planification viole les règles de droit matériel de la LAMal dans ce domaine. bb) La recourante critique ensuite la planification vaudoise, sur le plan matériel, en tant qu'elle prévoit des limitations quantitatives (quotas) à charge des cliniques privées. L'admission d'un tel grief apparaît douteuse dès lors que jurisprudence et doctrine admettent, certes moyennant le respect de diverses conditions, l'inscription de tels quotas dans la planification (ATF 138 II 398 consid. 3.1; voir aussi ATF 145 V 128 consid. 6.2; voir également de Rüttsche/Picocchi in: Basler Kommentar KVG, op. cit., n. 2, 34 et 65 ad art. 39 KVG, ainsi que les commentaires de Joseph, op. cit., p. 302; voir aussi Kieser, op. cit., p. 295 ss et 301 ss). Toutefois, il n'est pas nécessaire, comme on va le voir plus bas (consid. 5), de trancher la question 2 soulevée par la recourante (cf. supra let. D.d) pour statuer sur le présent litige. c) Par ailleurs, la portée de la question 3 (cf. supra let. D.d) n'est pas très

claire. En effet, supposée admise la validité de la planification cantonale ici en cause, y compris celle des quotas, il apparaît qu'un refus de prise en charge de la part cantonale de 55% s'agissant d'un traitement hors quota, est pleinement conforme au système. On vient de voir aussi que le mécanisme même des quotas, arrêté dans un mandat ou un contrat de prestations, apparaît comme admissible sur le principe. 5. En définitive, le présent litige a pris naissance en raison d'un manque de clarté dans le processus conduisant à la prise en charge ou non de la part cantonale de 55% telle que prévue à l'art. 49a al. 2 ter LAMal. a) En l'occurrence, l'autorité intimée n'a pas statué par voie de décision sur l'octroi ou le refus de cette part cantonale. Certes, elle a rendu en fin de compte la décision attaquée, en quelque sorte à son corps défendant. En pratique, elle émet bien des décisions s'agissant des hospitalisations hors canton, mais tel n'est pas le cas, apparemment, si l'hospitalisation a lieu sur le territoire vaudois. A teneur du présent arrêt, l'autorité cantonale est pourtant tenue de procéder par voie de décision (au même titre que l'assurance-maladie sociale doit le faire pour sa part de 45%, sous réserve de l'allégement prévu par l'art. 51 LPGA). b) L'autorité intimée fait au surplus valoir que l'existence des quotas est connue et qu'il suffit dès lors au patient de se renseigner sur le point de savoir si son traitement entrera dans le cadre des quotas et bénéficiera de la part cantonale. Cette affirmation présente sans doute une part de vérité, même si elle apparaît très partielle au vu de la complexité du régime de la LAMal, qui n'est pas à démontrer. L'autorité intimée relève aussi que les quotas sont gérés librement par les établissements privés bénéficiaires (la question de la compatibilité de cette approche avec l'obligation d'admission de l'art. 41a al. 1 LAMal, qui vaut pour les hôpitaux répertoriés dans les limites des mandats de prestation, se pose, mais n'a pas à être tranchée ici). A vrai dire, il faut relever que plusieurs acteurs interviennent dans ce contexte; la question se pose ainsi de savoir à qui incombe un devoir d'information et à qui peut être imputé (par exemple au patient) un manquement à ce devoir. aa) Ainsi, la jurisprudence, suivie à cet égard par la doctrine, retient une obligation du médecin d'informer le patient des conséquences économiques de son traitement, qu'il s'agisse du montant des honoraires estimés et de la prise en charge des coûts par une assurance, spécialement l'assurance-maladie sociale (voir à ce propos Donzallaz, op. cit., vol. II, n. 3663 et les nombreuses références, de jurisprudence notamment). En tous les cas, le médecin devrait avertir le patient dans les cas délicats ou s'il a un doute sur la prise en charge ou non par l'assurance-maladie, spécialement l'assurance-maladie de base; dans une telle hypothèse, il doit l'inviter à se renseigner plus avant auprès de son assureur. A vues humaines, le médecin qui opère dans le cadre et en concours avec un établissement hospitalier privé assume bien évidemment lui aussi une telle obligation. bb) Dans le présent litige, la difficulté tient surtout à l'articulation entre le régime applicable aux hôpitaux "répertoriés" et celui prévalant pour les établissements "conventionnés", étant précisé que certaines cliniques ont parfois un double statut, à la fois répertorié et conventionné. Au demeurant, les cliniques privées se sont inquiétées de cette difficulté, l'ouvrage de Kieser de 2019 (" Les hôpitaux conventionnés en Suisse "), abondamment cité plus haut, étant le résultat d'une expertise réalisée sur mandat de ces cliniques, afin de clarifier cet aspect. L'ouvrage de Kieser reproduit d'ailleurs une convention-type, susceptible de servir de modèle dans le cadre de l'art. 49a al. 4 LAMal; ce document, dont les cliniques privées et les assureurs sociaux ont bien évidemment connaissance, comporte des obligations d'information à charge des parties. En particulier, l'hôpital conventionné doit informer l'assuré des conséquences financières du traitement, spécialement des coûts éventuellement non couverts. De son côté, l'assureur doit répondre à toutes questions de l'hôpital relatives à la

couverture d'assurance; il lui incombe également d'examiner les demandes de prise en charge des coûts soumises par l'hôpital conventionné. Concrètement, le patient a un intérêt important à être informé de ces différents aspects, et cette information doit lui être délivrée soit par l'établissement de soins (ou, pour le compte de ce dernier, par le médecin qui y opère), soit par son assureur (plus précisément son assureur social). En tous les cas, on ne peut se contenter de dire, avec l'autorité intimée, qu'il appartient au patient de se renseigner. cc) L'autorité cantonale, pour sa part, n'est pas partie à ces conventions d'admission fondées sur l'art. 49 al. 4 LAMal; elle n'assume donc pas d'obligation de ce chef. En revanche, le médecin traitant, ainsi que l'établissement hospitalier ont certaines obligations d'information à l'égard du patient; on peut penser que ce dernier, dans ses relations avec l'Etat, doit supporter les conséquences d'éventuels manquements de ses mandataires. Enfin, l'assureur social, mais aussi l'assureur complémentaire devraient être au clair sur les relations entre ces différents régimes (régime ordinaire de l'AOS; régimes "conventionné" ou "non-conventionné"). dd) En l'occurrence, la recourante a payé des factures que lui adressaient des hôpitaux répertoriés / conventionnés entre 2016 et 2019, sans réagir lorsque la facture reçue ne comportait pas de déduction de la part cantonale de 55%. En tant que professionnelle du domaine, on peut se demander pourquoi la recourante a payé ces factures, sans protester, ni, durant une longue période, chercher à s'informer sur ce sujet, que ce soit auprès des établissements qui lui adressaient ces factures ou auprès de l'autorité cantonale. aaa) Certes, la question de savoir si le refus de la part cantonale de 55% devait ou non faire l'objet d'une décision n'avait pendant longtemps pas reçu de réponse claire. Il demeure que l'acceptation d'un acte sans aucune protestation de la part de son destinataire peut jouer un rôle quant au déroulement d'un délai de recours éventuel. Ainsi, le Tribunal fédéral a-t-il eu à connaître d'un cas dans lequel une concession de forces hydrauliques a été délivrée/transférée sans aucune décision formelle; il a confirmé néanmoins l'irrecevabilité pour cause de tardiveté du recours formé a posteriori par un tiers contre cette concession. On reproduit ici un extrait des considérants de cet arrêt (TF 1C\_518/2017 du 3 décembre 2018): " 3.1. Selon la jurisprudence, lorsqu'un tiers n'a pas pu participer à la procédure, le délai pour recourir contre une décision commence à courir à partir de la connaissance effective de celle-ci. Selon les principes de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst.) et de la sécurité du droit, la partie ne saurait reporter à sa guise le départ du délai de recours lorsqu'elle prend connaissance, d'une quelconque manière, de l'existence d'une décision qui ne lui a pas été notifiée. Il lui appartient de se renseigner et de réagir en temps utile (ATF 134 V 306 consid. 4.2 p. 312 s.). Ainsi, lorsqu'il existe des indices qu'une décision a été rendue, ou lorsqu'elle apprend l'existence d'une telle décision par une voie non officielle, la personne ou l'association habilitée à recourir ne peut rester inactive; elle doit entreprendre certaines démarches pour que l'on puisse admettre qu'elle a agi à temps, en cherchant notamment à connaître le contenu de la décision. Avec l'écoulement du temps, le principe de sécurité du droit aura tendance à l'emporter sur la protection juridique; il n'existe toutefois pas de délai de péremption absolue, de sorte qu'il convient d'effectuer une pesée des intérêts en présence (ATF 134 V 306 consid. 4.2 p. 312; arrêt 1C\_150/2012 du 6 mars 2013 consid. 2.3 et les exemples cités). " bbb) Dans la présente cause, malgré la complexité du système, tout indique que la recourante aurait pu réagir plus tôt et, par exemple, provoquer une décision à forme de l'art. 51 al. 2 LPGA, appliqué par analogie, avant de s'acquitter de ces montants, souvent élevés (ou éventuellement en effectuant ses paiements sous réserve). On peut certes comprendre qu'elle n'ait pas réagi immédiatement, soit dès les premières factures de 2016; il n'en demeure pas moins que la problématique de

l'articulation des régimes applicables respectivement aux hôpitaux répertoriés, d'une part, aux hôpitaux conventionnés d'autre part était fortement thématifiée dans cette période (ce qui a donné lieu notamment à l'étude de Kieser sur les hôpitaux conventionnés; elle a notamment permis de retenir, ce qui n'était pas évident, que certaines cliniques privées pouvaient être traitées tantôt sous l'un, tantôt sous l'autre régime; autrement dit le statut d'établissement "répertorié" n'excluait pas d'emblée le statut d'établissement "conventionné"). On peut sans doute considérer la recourante, par rapport aux décisions relatives à la part cantonale, comme un tiers; toutefois, elle avait connaissance de ces "décisions", soit du fait, plus précisément, que l'Etat ne s'acquittait pas d'une part cantonale (cette circonstance renforce les obligations découlant pour celle-ci du principe de la bonne foi, en comparaison de la configuration jugée dans l'arrêt du TF 1C\_518/2017 cité plus haut) par le biais des factures qu'elle recevait. Elle ignorait certes – et la pratique était tâtonnante – la nature exacte de ces actes et les voies de droit permettant de les contester; toutefois, rien ne l'empêchait de faire clarifier – ce d'autant que la problématique de l'articulation des régimes était identifiée – cette situation par les autorités impliquées, notamment par l'autorité cantonale. Quoiqu'il en soit, depuis 2016, les factures se sont accumulées et la recourante aurait dû, conformément au principe de la bonne foi et de la jurisprudence qui s'y rapporte, soit recourir, soit provoquer une décision au sujet de cette part cantonale. On observe d'ailleurs que, selon la jurisprudence relative à l'art. 51 al. 2 LPGA, le délai pour demander une décision formelle, là où aucune décision n'a été rendue, doit être fixé selon les circonstances, mais doit être supérieur à 30 jours; certains auteurs suggèrent un délai de 90 jours (ou de trois mois), mais il ne saurait être supérieur à une année (Valérie Défago Gaudin, in: Dupont/Moser-Szeless [édit], Commentaire de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 13 ad art. 51 LPGA, et les références; voir aussi TF 9C\_281/2022 du 28 juin 2023 consid. 4); cette solution peut être retenue ici, à tout le moins par analogie, tout en se référant au principe général de la bonne foi. Au regard de ce principe, le délai d'une année retenu par cette jurisprudence apparaît généreux. Dans les circonstances du cas d'espèce, ce délai peut assurément être retenu s'agissant des premiers cas, relatifs à l'année 2016, dans lesquels la part cantonale a été facturée à la recourante, assurance complémentaire. Par contre, ce délai d'une année ne saurait être "reconduit" pour toutes les factures ultérieures, y compris celles afférant à l'année 2019; pour ces dernières, il faut considérer que, le problème étant identifié, la recourante avait l'obligation au regard du principe de la bonne foi de réagir plus rapidement après réception de ces factures. En fin de compte, la recourante a donc trop longuement tardé avant sa démarche du 14 juin 2021; on doit ainsi considérer que, quand bien même l'autorité intimée a refusé le paiement de la part cantonale de 55% pour les patients concernés sans décision formelle, les décisions (implicites) qui s'y rapportent, pour lesquelles le délai de recours est largement échu, sont entrées en force avant même cette première démarche de la recourante. Les prétentions de celle-ci, frappées de péremption, doivent ainsi être écartées. ccc) Dans le souci d'être complet, on ajoutera que la recourante s'est décidée à saisir l'autorité intimée d'une demande en lien avec la "découverte" de la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral relative à l'irrégularité de certaines planifications hospitalières cantonales. Or, une nouvelle jurisprudence ne saurait être considérée comme un fait nouveau (plus précisément un pseudo-novum), dont la découverte pourrait justifier la révision de décisions administratives entrées en force (dans ce sens, TA, CP.2007.0012 du 31 décembre 2008, Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise annotée, 2 e éd., Bâle 2021, n. 3.1.1 et 3.1.5 ad art. 100

LPA-VD; voir en outre TF 9C\_281/2022 du 28 juin 2023 consid. 4). Là aussi, la demande, en tant qu'elle tendrait à la révision des décisions portant sur la part cantonale, doit être déclarée irrecevable. 6. En conclusion, il n'y a pas lieu de rendre un arrêt incident portant sur les questions préjudicielles soulevées par la recourante; le présent litige peut en effet être tranché en l'état et ce dans le sens d'un rejet du pourvoi en son entier. En somme, l'irrecevabilité prononcée par la décision attaquée peut être confirmée par substitution de motifs: faute d'avoir recouru en temps utile contre les décisions de refus de la part cantonale ou, alternativement, faute d'avoir demandé une décision formelle sur ce point, en temps utile à nouveau, force est de constater la tardiveté des procédés de la recourante, ce qui conduit à l'irrecevabilité de la demande. Il en découle que le présent prononcé peut être rendu sans donner suite aux mesures d'instructions qui portaient notamment sur la production des mandats et contrats de prestations passés avec les hôpitaux répertoriés, documents susceptibles d'établir les quotas alloués aux établissements hospitaliers privés pris en compte dans la planification cantonale vaudoise. Pour le surplus, la recourante qui succombe doit supporter les frais d'arrêt et n'a pas droit à l'allocation de dépens (art. 49 et 55 LPA-VD). Par ces motifs la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal arrête: I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 octobre 2022 par le Département de la santé et de l'action sociale est confirmée. III. A. \_\_\_\_\_ doit un émolument d'arrêt fixé à 10'000 (dix mille) francs. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Lausanne, le 31 octobre 2024 La présidente: La greffière: Le présent arrêt est communiqué aux participants à la procédure. Il peut faire l'objet, dans les trente jours suivant sa notification, d'un recours au Tribunal fédéral. Le recours en matière de droit public s'exerce aux conditions des art. 82 ss de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF - RS 173.110), le recours constitutionnel subsidiaire à celles des art. 113 ss LTF. Le mémoire de recours doit être rédigé dans une langue officielle, indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit. Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire, pour autant qu'elles soient en mains de la partie; il en va de même de la décision attaquée.

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