



SEPTEMBRE 2006

353

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE LOI
modifiant la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement
des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins

et

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET
abrogeant celui du 19 juin 2001 instaurant une subvention cantonale
concernant la part du coût des soins non reconnue à la charge de
l'assurance-maladie

TABLE DES MATIERES

1. Introduction.....	3
2. Bref rappel historique et intentions du conseil d'état.....	3
3. Portee des modifications proposees	4
3.1 Champ d'application et philosophie générale	4
3.1.1 <i>Champ d'application.....</i>	<i>4</i>
3.1.2 <i>Philosophie générale des modifications.....</i>	<i>4</i>
3.1.3 <i>Adaptation à la loi sur les subventions?</i>	<i>5</i>
3.2 Modifications concernant les hôpitaux et les EMS	5
3.2.1 <i>Conditions d'engagement et de travail du personnel.....</i>	<i>5</i>
3.2.2 <i>Achat de biens et de services.....</i>	<i>7</i>
3.2.3 <i>Distribution du bénéfice réalisé</i>	<i>7</i>
3.3 Modifications concernant les seuls EMS	8
3.3.1 <i>Respect des conventions tarifaires</i>	<i>8</i>
3.3.2 <i>Contrat d'hébergement</i>	<i>8</i>
3.3.3 <i>Fourniture de prestations supplémentaires non comprises dans le standard</i>	<i>9</i>
3.3.4 <i>Fourniture de prestations non couvertes par la loi.....</i>	<i>10</i>
3.3.5 <i>Subvention à l'exploitation.....</i>	<i>10</i>
3.4 Les modalités de surveillance et de sanctions	11
3.4.1 <i>La surveillance.....</i>	<i>11</i>
3.4.2 <i>Les sanctions</i>	<i>11</i>
4. commentaires article par article.....	11
5. conséquences	20
5.1 Conséquences sur le budget	20
5.2 Conséquences pour les communes	21
5.3 Conséquences pour l'environnement et la consommation d'énergie	21
5.4 Conséquences sur la mise en œuvre de la Constitution.....	21

6. conclusion	22
PROJET DE LOI	23
PROJET DE DECRET	34

1. INTRODUCTION

Le 17 avril dernier, le peuple vaudois a rejeté la loi sur les établissements médico-sociaux reconnus d'intérêt public (LEMS). Dès ce rejet connu, le Conseil d'Etat a annoncé qu'il allait soumettre rapidement au Grand Conseil une modification de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (LPFES), portant sur les moyens d'intervention de l'Etat sur les EMS. Tel est l'objet du présent exposé des motifs et projet de loi.

Par rapport à l'un des principaux objectifs de la LEMS, le Conseil d'Etat renonce à limiter les formes juridiques admissibles pour exploiter un EMS et en particulier à supprimer les raisons individuelles. En revanche, il propose au Grand Conseil de renforcer les moyens à disposition de l'Etat pour contrôler la gestion des établissements sanitaires.

En parallèle et en même temps, le Conseil d'Etat présente un nouveau dispositif portant sur les modalités de financement des infrastructures des EMS.

2. BREF RAPPEL HISTORIQUE ET INTENTIONS DU CONSEIL D'ETAT

En août 1999, le Conseil d'Etat a confié un mandat d'audit au Contrôle cantonal des finances (CCF), portant sur les comptes 1997 et 1998 des EMS vaudois. Le rapport rendu par le CCF en février 2000 fait état de lacunes dans les règles édictées par l'Etat et de l'insuffisance des contrôles réalisés. C'est notamment au vu des conclusions de ce rapport que le Grand Conseil a institué en mai 2000 une Commission d'enquête parlementaire (CEP) sur les mêmes EMS vaudois. Le rapport de la CEP du 30 janvier 2001 contient toute une série de recommandations destinées à améliorer la gestion et le fonctionnement dans ce domaine.

Tirant rapidement les leçons de la situation, le Conseil d'Etat et le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) ont adopté une série de mesures correctrices qui ont été présentées au Grand Conseil notamment à l'occasion des débats sur la LEMS.

La LEMS constituait l'aboutissement sur le volet législatif des réflexions menées par le Conseil d'Etat depuis le rapport du CCF. Son ambition était grande, qui couvrait les conditions générales applicables au domaine, les formes juridiques admissibles, le système de financement, en particulier des infrastructures, et les modalités de contrôle et de sanctions.

Compte tenu du rejet de cette loi en vote populaire, le Conseil d'Etat entend modifier la LPFES uniquement pour renforcer les instruments dont dispose l'Etat pour contrôler les EMS reconnus d'intérêt public. Toute la question du financement des EMS, en particulier de leurs infrastructures, fait, quant à elle, l'objet d'un autre train de mesures présenté parallèlement au présent EMPL.

3. PORTEE DES MODIFICATIONS PROPOSEES

3.1 Champ d'application et philosophie générale

3.1.1 Champ d'application

La LPFES est une loi-cadre qui s'applique à tous les établissements sanitaires, donc non seulement aux EMS, mais également aux hôpitaux. Aussi le Conseil d'Etat estime-t-il judicieux que les modifications proposées dans le présent EMPL ne se limitent pas aux EMS, mais, en tout cas pour une partie d'entre elles, concernent également les hôpitaux (v. ch. 3.2 et ch. 3.4 ci-dessous). Compte tenu de leur nature, d'autres mesures sont quant à elles spécifiquement consacrées aux EMS (v. ch. 3.3. ci-dessous).

3.1.2 Philosophie générale des modifications

Le Conseil d'Etat ne souhaite pas remettre en cause le partage des rôles entre l'Etat et les établissements dans le domaine de la santé. Cependant, les dérives mises en exergue par les rapports du CCF et de la CEP impliquent que le rôle de contrôle de l'Etat soit précisé et rendu plus efficace. Compte tenu de la nécessité de garantir la sécurité et la qualité des prises en charge, l'équité entre les établissements et le bon usage des deniers publics, le cadre juridique dans lequel s'inscrit la liberté de gestion des établissements qui prétendent à la reconnaissance d'intérêt public doit être précisé et l'Etat doit pouvoir compléter les conditions posées à l'octroi de ses subventions et mieux contrôler qu'elles sont respectées. C'est de cette manière que la confiance des citoyens vaudois dans les institutions sanitaires d'intérêt public pourra être garantie.

Le Conseil d'Etat souhaite dès lors renforcer les moyens d'intervention et de contrôle de l'Etat sur les établissements sanitaires, les EMS en particulier. Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, cela ne signifie pas pour autant qu'il

souhaite se substituer à ces institutions privées et fixer d'autorité toutes les règles qu'elles doivent respecter. En d'autres termes, la responsabilité première de fixer, par exemple, les conditions d'engagement et de travail du personnel, cas échéant d'entente avec le personnel concerné, ou la politique d'achats de biens et de services incombe aux établissements eux-mêmes. Ce n'est que si ceux-ci n'accomplissent pas leurs obligations en la matière ou s'il constate des problèmes particuliers, par exemple des avantages injustement consentis à une catégorie d'employés ou un non-respect du cadre financier imparti, que l'Etat doit pouvoir intervenir et, si nécessaire, fixer lui-même les règles du jeu. L'intervention de l'Etat n'est donc pas obligatoire, mais uniquement facultative, en application du principe de subsidiarité. Ce même principe doit également conduire l'Etat à associer plus étroitement les associations faïtières représentant les établissements sanitaires (préavis, consultation, etc.) lorsqu'il entend intervenir.

C'est dans cet esprit que la présente modification de la LPFES a été conçue : il incombe aux établissements sanitaires reconnus d'intérêt public et à leurs associations faïtières de déterminer les conditions de travail avec leur personnel et leurs représentants (v. art. 4b), de coordonner leur politique d'achat de biens et de services (v. art. 4c) ou d'élaborer un contrat-type d'hébergement minimal (v. art. 4e). S'ils ne le font pas, alors l'Etat doit avoir la faculté d'intervenir s'il l'estime nécessaire, cas échéant après consultation des associations faïtières.

3.1.3 Adaptation à la loi sur les subventions?

Durant la consultation, il a été relevé que le présent EMPL n'harmonisait pas la LPFES avec la nouvelle loi sur les subventions (LSubv), entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006. Or, le présent EMPL porte sur le renforcement des moyens à disposition de l'Etat pour contrôler la gestion des établissements sanitaires et pas sur l'examen de la compatibilité des règles d'allocation des subventions aux établissements sanitaires tels que consacrées par la LPFES avec les principes fixés par la LSubv. L'adaptation de la LPFES à la LSubv sera soumise au Grand Conseil dans le délai de 5 ans fixé par la LSubv.

3.2 Modifications concernant les hôpitaux et les EMS

3.2.1 Conditions d'engagement et de travail du personnel

Le Conseil d'Etat est conscient des problèmes relatifs aux conditions de travail du personnel des établissements sanitaires, notamment dans le réseau des EMS, et des différences considérables existant entre ces établissements et, parfois, à l'intérieur d'un même établissement. C'est pourquoi il a d'ores et déjà pris un

certain nombre de mesures, dont, en novembre 2001, la reclassification de l'ensemble du personnel soignant diplômé.

Sous un angle plus général, le Conseil d'Etat a mis sur pied, dans le cadre des réseaux de soins, une Conférence de concertation des ressources humaines (CCRH), qui réunit tous les partenaires concernés du monde de la santé. Conformément aux travaux menés par la CCRH, le Conseil d'Etat considère qu'il appartient en premier lieu aux partenaires directement concernés de se mettre d'accord sur les conditions d'engagement et de travail à appliquer et de conclure une Convention collective de travail (CCT) dont le champ d'application pourra être étendu conformément aux dispositions applicables en la matière. Le Conseil d'Etat relève d'ailleurs avec satisfaction que les travaux y relatifs engagés entre les partenaires se déroulent dans un climat constructif et devraient dès lors aboutir à la mise en place d'une telle CCT à une échéance proche, soit pour le 1^{er} janvier 2008 au plus tard.

Ce n'est que si un tel accord entre partenaires ne peut être trouvé ou s'il ne bénéficie pas d'une force obligatoire que l'Etat doit pouvoir fixer lui-même un minimum d'exigences et de standards à respecter en la matière.

Cette intervention possible de l'Etat doit porter notamment sur les salaires admissibles pour les fonctions directoriales et administratives. Cette question avait fait couler beaucoup d'encre à l'occasion des rapports du CCF et de la CEP. Quant à lui, le Conseil d'Etat admet qu'un directeur d'un EMS privé peut être considéré comme un chef d'entreprise et qu'à ce titre, il doit disposer d'une certaine liberté de gestion, d'ailleurs ancrée expressément dans la LPFES (v. art. 6a). Il estime cependant que, au nom des intérêts publics en jeu (consacrés par l'octroi de la reconnaissance d'intérêt public), la liberté économique est forcément limitée, en particulier en matière de salaires. Il s'agit au demeurant de ne pas favoriser des pratiques dont les effets risquent de se faire ressentir sur les conditions de travail du personnel et, en fin de compte, sur la qualité des soins.

Il s'avère donc nécessaire de poser des barrières claires au salaire admissible pour les directeurs et le personnel administratif des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, qui doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de la taille de l'établissement, de ses missions et des responsabilités dévolues à ces fonctions.

Une base légale suffisante faisant défaut à l'heure actuelle, cette lacune doit être comblée par une modification en ce sens de la LPFES.

3.2.2 *Achat de biens et de services*

Les différents programmes d'économies menés dans le monde des établissements sanitaires (Equation 33 pour les hôpitaux, EMS 2000, etc.) ont mis en exergue qu'il existait des potentiels de rationalisation pour tout ce qui touche la politique d'achats de biens et de services par les établissements. En d'autres termes, une coordination, voire une concentration de certains achats, peut se révéler judicieuse.

Afin d'ancrer ce principe et de donner au Conseil d'Etat les moyens cas échéant de l'imposer, une base légale claire est nécessaire. Ce principe a d'ailleurs déjà été admis dans le domaine des services informatiques, par la modification apportée à la LPFES le 16 décembre 2003.

Une centralisation est également déjà largement appliquée en matière de traitement du linge hospitalier, par l'intermédiaire des Blanchisseries générales, ainsi que dans le domaine hospitalo-universitaire, via la centrale d'achats Vaud-Genève.

3.2.3 *Distribution du bénéfice réalisé*

Dans le réseau, de nombreux établissements sanitaires reconnus d'intérêt public sont à l'heure actuelle exploités sous la forme de personne juridique à but idéal. Il en découle que les éventuels excédents réalisés ne peuvent pas être distribués aux propriétaires-associés, mais permettent de renforcer l'atteinte des buts poursuivis par la personne juridique en question.

En revanche, la question est plus délicate lorsque l'établissement est exploité sous une forme commerciale, ce qui est plus particulièrement le cas dans le domaine des EMS. En effet, à l'heure actuelle, même si les recettes perçues par ces établissements sont censées couvrir leurs charges, il peut arriver que ceux-ci réalisent un bénéfice. Or, il n'existe aucune règle précise relative à la distribution de ce bénéfice. Cette situation peut soulever des problèmes, en particulier pour les EMS actuellement exploités sous la forme de raisons individuelles (risque de confusion des patrimoines privés et d'exploitation, d'une part, et hors exploitation, d'autre part), ce que le CCF avait relevé dans son rapport.

Là également, une base légale s'impose, afin de permettre au Conseil d'Etat de fixer des limites en la matière, qui permettent un rendement suffisant des fonds propres investis, mais qui tiennent compte également des montants perçus, cas échéant, au titre de la rémunération d'une fonction au sein de l'établissement.

3.3 Modifications concernant les seuls EMS

3.3.1 Respect des conventions tarifaires

Les modalités du financement des charges d'exploitation des EMS découlent déjà en large partie de différentes législations (loi fédérale sur l'assurance-maladie et loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI en particulier). Il est néanmoins nécessaire que la loi-cadre qu'est la LPFES rappelle que le financement des prestations de soins et socio-hôtelières fournies par les EMS s'effectue sur la base de conventions tarifaires entre les partenaires ou, à défaut, des tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat. Il appartient à ce même Conseil d'Etat d'établir, après avoir consulté les associations faitières, le standard selon lequel sont fixées les prestations socio-hôtelières et qui constitue la base du tarif journalier.

3.3.2 Contrat d'hébergement

Le besoin de protection des personnes très âgées hébergées en EMS, besoin notamment souligné sous différents aspects dans le rapport de la CEP, nécessite que l'on s'arrête sur les conditions contractuelles qui président à l'accueil des résidents et à leur séjour en EMS. Il s'avère en effet que ce type de contrat est complexe puisqu'il contient des éléments qui touchent à la location d'une chambre, à la livraison de nourriture, au mandat de soins et à l'animation, cela dans le cadre d'un financement largement public organisé sur la base de nombreuses législations (subventions, assurance-maladie, régimes sociaux d'aide).

Dans un tel contexte, les personnes très âgées, qui représentent aujourd'hui la majorité des résidents d'EMS, leur parenté qui gère leurs affaires ainsi que les tuteurs et curateurs privés ne sont pas toujours en mesure d'accéder à des informations suffisantes et transparentes à même de leur permettre de se déterminer en toute connaissance de cause sur les éléments essentiels et accessoires qui forment la relation contractuelle avec l'EMS choisi. Pour ce dernier, un contrat clair et complet lui permet également de s'appuyer sur une base plus solide.

Ainsi, le Conseil d'Etat est conscient qu'il existe aujourd'hui un intérêt public à l'aménagement d'un contrat-type minimal d'hébergement, traduisant la volonté de faire bénéficier chaque résident des meilleures conditions possibles dès l'entrée dans son nouveau lieu de vie. Concrètement, cette nouvelle exigence, nécessaire à la reconnaissance d'intérêt public, passe par une concertation avec les partenaires de l'Etat concernés afin de fixer les conditions minimales d'un contrat applicable à tous les résidents des EMS, compte tenu des particularités

des établissements, notamment leurs prix, d'éventuelles prestations supplémentaires à choix ou d'autres éléments qui pourraient ne concerner que des résidents financièrement indépendants.

3.3.3 Fourniture de prestations supplémentaires non comprises dans le standard

Dans ses rapports d'avril 1998 et de février 2000 adressé au Conseil d'Etat dans le cadre du mandat spécial concernant le contrôle des EMS, le CCF a souligné la nécessité qu'une liste exhaustive des prestations supplémentaires fournies aux résidents (en particulier les « prestations supplémentaires à choix », les PSAC) et une fourchette de prix soient élaborées en collaboration avec les associations professionnelles. Dans son analyse, la CEP a repris cette suggestion et a conclu qu'elle devrait figurer au niveau d'une révision réglementaire.

Le Conseil d'Etat fait sienne cette proposition, mais observe qu'une telle réglementation doit préalablement trouver une assise légale, dans la mesure où il s'agit d'une restriction certaine à la liberté économique. Il considère en outre que cette restriction est dictée par un intérêt public prépondérant et qu'elle est proportionnée, dans la mesure où des abus manifestes ont été constatés par le CCF et où il est nécessaire de fixer une claire délimitation du type de prestations et de leur prix, accompagnée d'un contrôle approprié, afin d'éviter des situations manifestement inacceptables.

Il y a lieu de rappeler que les prestations supplémentaires sont constituées de l'ensemble de prestations ou d'articles explicitement choisis par le résident afin d'augmenter son confort et qui lui sont facturés en sus de son prix socio-hôtelier, sans intervention possible des régimes sociaux. Aussi, les résidents, et fréquemment leur famille, n'ont guère de moyens pour se faire un jugement objectif sur le volume et les prix d'une large palette de prestations, qui vont du supplément pour chambre à un lit aux frais de location d'un téléviseur, en passant par des services de restauration, de coiffure ou des activités socio-culturelles.

Historiquement, la notion de PSAC a été mise en place à la fin des années 80 dans le cadre des conventions tarifaires avec les partenaires de l'Etat. A cette occasion, au vu du risque évident de surenchère, les parties se sont accordées sur des principes limitatifs au sein d'une commission ad hoc. Ces principes ont été repris lors de la période des arrêtés tarifaires de 1997 à 2000, assortis d'une directive du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), délimitant dans un standard de la qualité socio-hôtelière les prestations obligatoirement à charge des établissements et les prestations supplémentaires. Or, force a été de constater, tout au long de la période, que les efforts prodigués

par l'Etat pour contrôler le niveau des prix et le volume des prestations supplémentaires n'ont pas amené de résultats tangibles, faute d'une assise légale légitimant ce contrôle. Au demeurant, le Tribunal fédéral lui-même, dans le cadre des divers recours formés en matière tarifaire, a eu l'occasion de relever la complexité et l'imprécision des définitions de ce type de prestations.

Il se justifie dès lors de fixer dans la loi les conclusions tirées par le CCF, puis par la CEP. Ainsi, la réglementation du Conseil d'Etat précisera les catégories de prestations et les fourchettes de prix admissibles.

3.3.4 Fourniture de prestations non couvertes par la loi

Pour éviter que certains dérapages du passé ne se reproduisent, le Conseil d'Etat entend que les EMS se concentrent sur leur mission première, à savoir la prise en charge de personnes dépendantes, y compris s'agissant des prestations supplémentaires dont il vient d'être question. Aussi, si un EMS entend développer une activité commerciale dans le but de fournir des prestations à d'autres personnes qu'à ses résidents (restaurant ouvert au public, exploitation d'une crèche, etc.), il devra créer à cet effet une structure juridique indépendante.

3.3.5 Subvention à l'exploitation

Vu le rejet de la LEMS, l'Etat va continuer à financer les charges d'investissement des EMS d'intérêt public. Quant à sa participation à leurs charges d'exploitation, la situation est la suivante :

1. L'Etat devra continuer à assumer en tout ou partie le « report soins » tant que les assureurs-maladie ne prendront pas en charge l'intégralité du coût des soins ou tant que l'on ne considérera pas leur financement comme une simple contribution, le solde ne tombant plus sous la protection tarifaire et pouvant donc être mis à la charge du résident. A l'heure actuelle, ce financement par l'Etat fait l'objet d'un décret adopté par le Grand Conseil le 19 juin 2001, modifié une première fois le 7 décembre 2004 et dont la durée de validité a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2007 au moins par une deuxième décision du Grand Conseil du 15 novembre 2005. Le Conseil d'Etat propose aujourd'hui au Grand Conseil d'abroger ce décret et de le remplacer par l'article 29b de la LPFES, qui constituera la nouvelle base légale pour le subventionnement du « report soins » par l'Etat.
2. Les tarifs de prise en charge des prestations de soins et socio-hôtelières ne couvrent pas la totalité des charges que doit supporter un EMS nouvellement construit avant d'être totalement opérationnel (charges de

pré-exploitation), ni les charges de démobilisation ou les pertes d'exploitation en cas de transformation. Cette lacune doit être comblée par l'ajout d'une disposition dans la LPFES permettant à l'Etat de financer ces charges exceptionnelles par une subvention particulière.

3.4 Les modalités de surveillance et de sanctions

3.4.1 La surveillance

Comme indiqué plus haut, les rapports du CCF et de la CEP ont dévoilé des lacunes dans la surveillance de l'Etat. Depuis, de nombreuses mesures correctrices ont déjà été prises, notamment un dispositif de « reporting-controlling » dont la portée a été récemment étendue aux hôpitaux. Cela étant, il convient de compléter le dispositif par une modification de la LPFES, qui tiennent également compte de la nouvelle loi sur les subventions. Il s'agit ainsi de préciser expressément que l'Etat doit vérifier que les établissements utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue.

3.4.2 Les sanctions

Le catalogue de sanctions aujourd'hui à disposition en cas de manquement est insuffisant. Il se borne pour l'essentiel à la mesure ultime que constitue le retrait de la reconnaissance d'intérêt public. La récente révision de la loi sur la santé publique de 2003 a permis d'élargir la palette des sanctions applicables aux manquements aux règles de type sanitaire. Cette modification doit être complétée par une modification de la LPFES de même nature, afin de permettre au DSAS de disposer de sanctions appropriées, efficaces et proportionnées aux manquements éventuellement constatés.

4. COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE

Article 3 alinéa 3

La création d'un chapitre nouveau relatif à la surveillance et aux sanctions (v. Chapitre IVbis ci-dessous) implique une modification des renvois que fait l'article 3 s'agissant des établissements sanitaires privés, non reconnus d'intérêt public. En d'autres termes, ceux-ci ne seront plus soumis à l'article 6b, qui est supprimé et remplacé par l'article 32b.

Article 3a alinéa 3

Comme proposé par plusieurs organismes consultés, cet alinéa précise expressément que les EMS sont non seulement des établissements sanitaires où

sont dispensés des soins, mais également des lieux de vie pour toutes les personnes qu'ils hébergent.

Article 3a alinéa 5

Vu l'insertion dans la LPFES d'un certain nombre de règles très spécifiques aux EMS (v. not. art. 4 al. 1bis et art. 29b ci-dessous), le statut des lits C exploités par des hôpitaux (divisions C) doit être clarifié. En substance, l'article 3a alinéa 5 nouveau prévoit que s'ils exploitent de telles divisions C, les hôpitaux sont, en ce qui concerne ces divisions, soumis aux règles applicables aux EMS. En d'autres termes, le présent EMPL consacre l'assimilation des divisions C aux EMS mise en œuvre dans la pratique depuis plusieurs années déjà.

Article 4 – Considérations générales

L'article 4 énumère à son alinéa 1^{er} les conditions à remplir pour qu'un établissement sanitaire soit reconnu d'intérêt public, qui sont à l'heure actuelle au nombre de quatre :

- être reconnu indispensable à la couverture des besoins ;
- accepter tout malade que son équipement lui permet de soigner ;
- se soumettre à la loi et à ses règlements d'application ;
- recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le DSAS (nouvelle de 2003).

L'impact principal du présent EMPL est d'élargir les conditions à remplir pour obtenir la reconnaissance d'intérêt public, qui sont portées à sept pour l'ensemble des établissements sanitaires, hôpitaux et EMS. En outre, conformément à l'article 4 alinéa 5 LPFES, ces nouvelles conditions s'appliqueront également par analogie aux réseaux de soins.

De ce fait et dans un souci de lisibilité, il se justifie de remplacer les tirets de l'alinéa premier par des lettres. En sus, quatre conditions supplémentaires sont posées par le nouvel alinéa 1^{er} bis, mais pour les EMS uniquement.

Article 4 alinéa 1^{er} lettre a)

Ce point n'est pas modifié.

Article 4 alinéa 1^{er} lettre b

Reprenant une proposition issue de la consultation, cette lettre fait expressément référence à la "mission" de l'établissement.

Article 4 alinéa 1^{er} lettre c)

La formulation de cette lettre est simplifiée et clarifiée. La simplification consiste à ne pas renvoyer à la loi et aux règlements en mettant l'accent sur certains, mais uniquement à la loi et à toutes ses dispositions d'application. La clarification quant à elle consiste à souligner que les établissements sanitaires ne sont pas soumis seulement à la LPFES, mais également à d'autres législations diverses, et que le respect de ces législations fait également partie de leurs obligations.

Article 4 alinéa 1^{er} lettre d)

Pas de changement.

Article 4 alinéa 1^{er} lettres e), f) et g)

Ces lettres posent les trois nouvelles conditions à remplir pour qu'un établissement sanitaire soit reconnu d'intérêt public. Compte tenu de la portée de ces nouvelles conditions et de la nécessité de les préciser plus amplement dans un article spécifique, ces trois lettres se bornent à énoncer la condition, en renvoyant à une disposition spécifique pour son descriptif :

- appliquer les dispositions de la Convention collective de travail (CCT) s'il en existe une et si elle a été déclarée de force obligatoire ou les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail en vertu de l'article 4b nouveau ;
- appliquer les règles relatives à l'achat de biens et de services posées conformément à l'article 4c nouveau ;
- se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution du bénéfice selon l'article 4d nouveau.

Article 4 alinéa 1^{er} bis

Cet alinéa nouveau énumère quatre conditions supplémentaires que doivent remplir les EMS, et eux seulement, s'ils veulent être reconnus d'intérêt public. Deux sont suffisamment précises et ne justifient pas de renvoi à un article spécifique :

- lettre a) : se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations de soins et socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat. Cette disposition ne prive nullement les établissements de

la faculté de recourir contre l'approbation de conventions ou la fixation de tarifs auprès des autorités compétentes, mais les oblige à appliquer ces règles dès lors qu'elles sont entrées en force ;

- lettre c) : respecter les dispositions édictées par le Conseil d'Etat, après consultation des associations faîtières, en matière de prestations supplémentaires non comprises dans le standard des prestations socio-hôtelières.

Quant aux deux autres conditions, l'article 4 alinéa 1^{er} bis reprend la structure mentionnée ci-dessus, en posant le principe et en renvoyant pour le surplus à une disposition topique :

- lettre b) : appliquer un contrat d'hébergement établi conformément à l'article 4e ;
- lettre d) : créer une structure juridique indépendante pour la fourniture de prestations non couvertes par la présente loi conformément à l'article 4f.

Article 4 alinéa 6

La modification est d'ordre rédactionnel. Elle consiste à remplacer le renvoi au « 4^{ème} tiret » de l'alinéa 1^{er} par un renvoi à la « lettre d) » de ce même alinéa.

Article 4a

Cet article, qui porte sur le retrait de la reconnaissance d'intérêt public et ses conséquences financières, est abrogé, mais son contenu est repris, d'une part, à l'article 32c (retrait de la reconnaissance) et, d'autre part, à l'article 32e (conséquences financières).

Article 4b

L'article 4b, nouveau, permet en son alinéa 1^{er} au Conseil d'Etat de poser des exigences relatives aux conditions d'engagement et de travail de l'ensemble du personnel des établissements sanitaires. La portée de cet article est donc doublement large :

- tous les aspects des conditions de travail sont visés, à savoir la rémunération, la protection sociale, les dotations, les profils de compétences requis, etc. ;
- toutes les personnes collaborant dans les établissements sont concernées, y compris les médecins ou les directeurs.

La compétence ainsi octroyée au Conseil d'Etat n'est que facultative et ne pourra être exercée qu'en l'absence de CCT de force obligatoire. Par contre, la compétence conférée par l'alinéa 2 est obligatoire et indépendante de l'existence

ou non d'une CCT. Ainsi, fondé sur cette disposition, le Conseil d'Etat devra dans tous les cas poser des fourchettes (barèmes) de rémunération possibles pour les fonctions directoriales et administratives tant des hôpitaux que des EMS, après avoir consulté les associations faïtières. Compte tenu de la portée d'une telle restriction, l'alinéa 2 fixe les critères que devra respecter le Conseil d'Etat en la matière : taille, missions et responsabilités dévolues à ces fonctions.

Article 4c

Cet article nouveau pose en son alinéa 1^{er} le principe d'une coordination par les établissements sanitaires de leurs politiques d'achats aussi bien dans le domaine des biens que dans celui des services. L'objectif de cette coordination est d'améliorer, voire de garantir l'économicité des politiques d'achats menées par les établissements.

Afin de s'assurer de la pertinence des accords passés en la matière par les établissements et de leur adéquation avec les préoccupations de l'Etat, ils devront être soumis au DSAS pour approbation.

Si les établissements ne s'entendent pas ou si les accords qu'ils passent ne sont pas approuvés par le département parce que non efficaces du point de vue économique, le Conseil d'Etat pourra fixer des règles contraignantes en la matière, qui pourront aller jusqu'à une centralisation par l'intermédiaire d'une centrale d'achat (al. 2). A l'instar de la modification apportée à la LPFES en 2003 dans le domaine des services informatiques, le Conseil d'Etat pourra également rendre obligatoire le recours à un prestataire de services agréé par le département (al. 3), ce qui existe déjà en matière de traitement du linge (Blanchisseries générales).

Cette nouvelle disposition concerne bien entendu en premier lieu les biens et services que les établissements sanitaires achètent directement aujourd'hui. Elle vise toutefois également à permettre cas échéant au Conseil d'Etat de contraindre les établissements à mettre en place une politique d'achat coordonnée pour un bien ou un service qu'ils n'achètent pas directement aujourd'hui. On pense ici en particulier aux médicaments dans les EMS, qui ne sont à l'heure actuelle pas achetés par les établissements, mais par les résidents. Or, le Conseil d'Etat estime indispensable que les EMS mettent en place une assistance pharmaceutique assurant une utilisation rationnelle, correcte et économique des médicaments dans leurs murs. S'ils ne le font pas, alors le Conseil d'Etat disposera d'une base légale lui permettant d'exiger des EMS qu'ils achètent eux-mêmes les médicaments destinés à leurs résidents et coordonnent leur politique, voire centralisent leurs achats en la matière.

Lors de la consultation, il a été relevé que les principes prévus dans ce nouvel article n'étaient pas appropriés pour certaines activités des EMS (buanderie et cuisine notamment). Cette remarque apparaissant justifiée, l'alinéa 4 donne au Conseil d'Etat la possibilité d'exclure certaines prestations dispensées directement par des EMS à leurs résidents. On pense ici, par exemple, au traitement du linge et à la fourniture de repas

L'alinéa 5 rappelle que cette éventuelle intervention de l'Etat devra se faire dans le respect des règles relatives aux marchés publics. En d'autres termes, si, par exemple, les établissements doivent recourir à une centrale d'achats, cette dernière devra procéder à des concours et autres appels d'offres pour s'approvisionner.

Article 4d

Dans un domaine d'activités largement financé par les pouvoirs publics et les assurances sociales, la question de l'affectation du bénéfice réalisé par des institutions privées et, plus précisément, celle de sa distribution, se pose. Ainsi qu'il l'a indiqué plus haut (v. ch. 3.2.3), le Conseil d'Etat souhaite pouvoir limiter cette distribution. Cette possibilité lui est offerte par l'article 4d. Les limites fixées doivent toutefois permettre un rendement suffisant des fonds propres investis. Elles doivent en outre tenir compte en particulier des montants éventuellement perçus au titre de la rémunération d'une fonction au sein de l'établissement ; une telle hypothèse vise principalement les EMS aujourd'hui exploités sous la forme d'une raison individuelle. Pour le surplus, il appartiendra au Conseil d'Etat de fixer par règlement les modalités pratiques d'application de cette disposition.

Article 4e

L'article 4e formalise les exigences mentionnées ci-dessus à propos du contrat d'hébergement (v. ch. 3.3.2). L'alinéa 1^{er} impose ainsi aux EMS d'appliquer un tel contrat. Ce contrat se fondera sur le contrat-type minimal proposé par les organisations professionnelles et approuvé par le département (al. 2) ou, à défaut, défini par le Conseil d'Etat (al. 3).

Article 4f

Pour les raisons déjà évoquées (v. ch. 3.3.4), si un EMS reconnu d'intérêt public entend développer une activité commerciale visant à fournir des prestations à d'autres bénéficiaires que ses résidents (ex. : restaurant ouvert au public, exploitation d'une crèche, etc.), il devra créer à cet effet une structure juridique indépendante (al. 1^{er}). Vu la formulation utilisée, ce ne sont donc pas des activités occasionnelles ou temporaires qui sont visées, mais bien le développement d'activités commerciales durables que le Conseil d'Etat

considère comme non compatibles avec la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

Les relations entre l'EMS et cette structure indépendante devront faire l'objet d'une convention soumise à l'approbation du département (al. 2).

Il pourrait s'avérer que le principe posé par l'alinéa 1^{er} soulève des difficultés d'application et se révèle en définitive trop rigide, voire inefficace du point de vue économique. L'alinéa 3 prévoit dès lors la possibilité pour le département d'accorder des dérogations, mais uniquement à titre exceptionnel et sur la base d'une demande dûment motivée de l'établissement.

Article 6b

Le contenu de cet article est repris à l'article 32b. Il peut donc être abrogé.

Article 25 alinéa 4

Cet alinéa ne fait que reprendre l'alinéa 1^{er} de l'article 25b, qu'il est proposé d'abroger.

Article 25b

L'article 25b porte sur la sanction que constitue la restitution par un établissement sanitaire de tout ou partie de l'aide financière reçue de l'Etat. Il doit donc figurer dans le nouveau chapitre IVbis, sous la forme d'un article 32e nouveau.

Article 29b

Cet article nouveau fonde le versement par l'Etat d'une subvention à l'exploitation des EMS dans deux situations (v. ci-dessus, ch. 3.3.5) :

- couverture de la part du coût des soins non pris en charge par l'assurance-maladie (« report soins ») ;
- couverture de charges exceptionnelles d'exploitation non couvertes par les tarifs (charges de pré-exploitation ou de démobilisation, ou encore pertes d'exploitation en cas de transformation).

Contrairement au décret qu'il est appelé à remplacer, le nouvel article 29b lettre a) ne prévoit pas une obligation de financement du "report soins" de la part de l'Etat, mais uniquement une possibilité. En effet, comme indiqué plus haut, la protection tarifaire consacrée par la LAMal devrait bientôt être limitée sur ce point, de même par conséquent que les obligations financières de l'Etat en la matière. La formule potestative utilisée anticipe donc cette future révision LAMal. Elle offre au demeurant l'avantage d'une plus grande souplesse.

Chapitre IVbis (art. 32a à 32f)

Ce chapitre, entièrement nouveau, regroupe l'ensemble des modalités de surveillance et de sanctions applicables aux établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi qu'aux réseaux de soins. On rappellera que les établissements non reconnus d'intérêt public sont quant à eux soumis aux sanctions relevant de la LSP.

Article 32a

Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, en particulier grâce au « reporting-controlling » mis en place depuis 2000 pour les EMS et récemment pour les hôpitaux, il appartiendra demain au DSAS de continuer à contrôler que les hôpitaux et les EMS utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue (cf. nouvelle loi sur les subventions), y compris lorsque des prestations socio-hôtelières (par exemple les repas ou la gestion administrative) ne sont pas réalisées au sein de l'établissement stricto sensu, mais sont confiées à des organismes dont c'est la mission spécifique, dans le cadre d'une structure juridique qui intègre l'établissement concerné ou dans le cadre d'une sous-traitance à une structure juridique indépendante. Ce contrôle sera particulièrement important si le Conseil d'Etat fait usage de la faculté que lui confère l'article 4b et fixe des fourchettes de salaires admissibles pour les fonctions directoriales et administratives des établissements sanitaires.

Article 32b

L'article 6b de la loi oblige déjà les hôpitaux et les EMS, même s'ils ne sont pas reconnus d'intérêt public, à fournir un certain nombre d'informations de nature statistique au DSAS. Cette obligation est reprise à l'article 32b, qui en élargit la portée, mais pour les établissements reconnus d'intérêt public uniquement, à toutes les informations, non seulement statistiques, mais également comptables ou financières, conformément aux règles que le Conseil d'Etat établira. Comme le précise l'article 32b, ces informations sont non seulement destinées à contrôler que la loi est bien respectée, mais également, d'une manière beaucoup plus globale, à définir la politique sanitaire du canton.

Article 32c à 32f

Les articles 32c à 32f regroupent les sanctions qui peuvent être infligées à un établissement sanitaire d'intérêt public. En substance, ces sanctions peuvent être de nature administrative (art. 32c et 32f), pénale (art. 32e) ou financière (art. 32f).

Article 32c

Si un établissement sanitaire d'intérêt public ne respecte pas la loi ou ses dispositions d'application ou encore s'il viole d'autres dispositions légales auxquelles il est soumis (LSP, législation sur les régimes sociaux, etc.), il est normal et logique que le DSAS puisse lui retirer sa reconnaissance d'intérêt public (al. 1^{er}).

Si l'infraction est plutôt mineure, une telle sanction peut apparaître disproportionnée et inappropriée. Dans un tel cas de peu de gravité, le département pourra se contenter d'avertir l'établissement (al. 2).

Article 32d

Il peut arriver qu'un établissement sanitaire ne respecte pas les injonctions de l'Etat et que ces manquements répétés mettent en péril sa situation financière ou conduisent à un détournement de l'allocation des montants qu'il perçoit. De tels manquements risquent également la plupart du temps de se répercuter sur la qualité des soins fournis par cet établissement. Dans un tel cas, les sanctions « ordinaires », telles que les amendes ou le retrait de la reconnaissance d'intérêt public, sont inappropriées et inefficaces. Il faut alors que l'Etat dispose d'un instrument fort, qui lui permette d'intervenir directement dans l'organisation et la gestion de l'établissement en désignant une administration provisoire.

Celle-ci sera chargée de gérer l'établissement en lieu et place de l'organe exécutif prévu par les statuts jusqu'au rétablissement de sa situation financière. Elle sera capable d'engager valablement l'établissement vis-à-vis des tiers, y compris le personnel. Un tel pouvoir doit découler d'une base légale expresse.

Une disposition de nature similaire a été introduite en 2003 dans la LSP (art. 151b) en cas de manquement aux prescriptions de type sanitaire.

Article 32e

En sus des sanctions administratives dont il vient d'être question, il est judicieux de prévoir la possibilité d'infliger une amende d'un montant substantiel. C'est précisément l'objet de l'article 32e.

Le département se voit ainsi conférer la compétence d'infliger une amende de fr. 500.- à fr. 200'000.- aux organes de l'établissement qui auront violé les devoirs que la loi leur impose, par exemple en matière de conditions d'engagement et de travail, d'achat de biens et de services ou encore de contrat d'hébergement.

S'agissant du montant de l'amende, on relèvera qu'il est identique à celui introduit dans le cadre de la modification apportée en 2003 à la LSP (v. art. 151a).

Article 32f

Au-delà des sanctions administratives et pénales, il s'avère judicieux de prévoir également une sanction de nature financière. Il s'agit de la possibilité pour le département d'exiger restitution de tout ou partie de la participation financière versée par l'Etat à un établissement sanitaire. Tel est l'objet de l'article 32f, qui reprend l'ancien article 25b de la loi.

Est concerné et pourra donc faire l'objet, cas échéant, d'une restitution le financement accordé par l'Etat au titre de subvention à l'exploitation et/ou à l'investissement. On rappellera pour le surplus que cette disposition s'applique non seulement aux EMS, mais également aux hôpitaux reconnus d'intérêt public.

5. CONSEQUENCES

5.1 Conséquences sur le budget

Les mesures proposées dans le présent projet n'auront que des conséquences financières négligeables.

S'agissant en particulier de la mesure relative aux conditions d'engagement et de travail, le Conseil d'Etat souligne que le nouvel article 4b LPFES ne lui confère pas l'obligation, mais la faculté de poser des exigences en la matière. Ainsi, le Conseil d'Etat n'utilisera cette possibilité que si les conséquences qui en découlent sont compatibles avec la situation budgétaire et la planification financière de l'Etat. Au demeurant, la fixation de barèmes pour les fonctions directoriales des établissements sanitaires pourrait permettre de diminuer les charges à financer par les différents payeurs, dont l'Etat. Il n'est cependant pas possible de chiffrer cet éventuel impact.

De même, comme déjà relevé, la coordination, voire la concentration de l'achat de biens ou de services peuvent s'avérer favorable économiquement, dans une mesure qui n'est cependant pas chiffrable en l'état.

Quant à la possibilité prévue de verser des subventions à l'exploitation aux EMS reconnus d'intérêt public, la situation est la suivante :

- a) Pour la subvention « report soins », il n'y a pas de changement, puisque la disposition légale en cause ne fait que remplacer le décret qui a institué cette subvention.

- b) S'agissant de la prise en charge des pertes d'exploitation ou des frais de démobilisation, le financement sera réservé à des situations exceptionnelles et il sera alors fortement limité dans le temps et non pérenne.

En ce qui concerne le nouveau Chapitre IVbis, l'utilisation du catalogue de sanctions pourrait provoquer un léger surcroît de travail administratif, qui sera assumé sans augmentation d'effectif.

5.2 Conséquences pour les communes

Le projet n'a pas de conséquence pour les communes.

5.3 Conséquences pour l'environnement et la consommation d'énergie

Le projet n'a pas de conséquences pour l'environnement et la consommation d'énergie.

5.4 Conséquences sur la mise en œuvre de la Constitution

La question qui se pose est celle de la compatibilité du projet avec l'article 163 Cst-VD. Compte tenu de ce qui figure ci-dessus (v. ch. 5.1), cette question n'est pertinente qu'en lien avec la possibilité prévue par l'article 29b de verser aux EMS des subventions à l'exploitation :

- a) Pour le « report soins », la nouvelle disposition légale ne fait que remplacer le décret. Il n'y a donc pas de « charge nouvelle ».
- b) S'agissant de la prise en charge des éventuelles pertes d'exploitation ou des frais de démobilisation, elle ne s'effectue pas de manière indépendante, mais est liée à une décision de construction/transformation ou de démobilisation.
 - S'il s'agit d'une décision de construction/transformation, l'éventuelle subvention à l'exploitation est la conséquence directe de la subvention relative à l'investissement nécessaire pour réaliser la construction/transformation. Or, les dépenses relatives à de tels projets que l'Etat finance dans le domaine sanitaire sont destinées à couvrir des besoins de la population et, à ce titre, indissociablement liées à l'accomplissement de la tâche publique dévolue aux hôpitaux et aux EMS privés reconnus d'intérêt public (v., pour les EMS, le récent EMPD relatif à la construction des EMS Silo et La Clairière dans le cadre du programme PIMEMS et, pour les hôpitaux, les différents EMPDs relatifs à des travaux de maintenance dans les hôpitaux régionaux vaudois). Dès lors que les pertes d'exploitation

sont le fruit de la construction/transformation, elles doivent elles aussi être considérées comme liées.

- S'il s'agit d'une démobilisation, l'éventuelle subvention à l'exploitation devra être compensée par l'économie résultant de la démobilisation.

6. CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter les projets de loi et de décret ci-après :

Texte actuel

Catégories
d'établissements
sanitaires

Art. 3. – Les établissements sanitaires se divisent en quatre catégories :

1. les établissements sanitaires cantonaux exploités directement par l'Etat ;
2. les établissements sanitaires constitués en institutions de droit public ;
3. les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ;
4. les établissements sanitaires privés qui ne bénéficient pas de la reconnaissance d'intérêt public.

Les trois catégories mentionnées sous chiffres 1, 2 et 3 constituent le réseau des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public (ci-après : les établissements sanitaires d'intérêt public »).

Les établissements sanitaires nommés sous chiffre 4 ne sont pas soumis à la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 2a, 6b, 22 chiffres 8 et 9 et 25 alinéa 1^{er}.

Types
d'établissements

Art. 3a. – En regard de leurs missions, les types d'établissements sanitaires sont les suivants :

Projet

PROJET DE LOI

modifiant la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décète

Article premier. – La loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins est modifiée comme il suit:

Catégories
d'établissements
sanitaires

Art. 3. – (Al. 1^{er} et 2 : sans changement).

Les établissements sanitaires nommés sous chiffre 4 ne sont pas soumis à la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 2a, 22 chiffres 8 et 9, 25 alinéa 1^{er} et 32b.

Types
d'établissements

Art. 3a. – (Al. 1 et 2: sans changement).

Texte actuel

Hôpitaux

Les hôpitaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits des types A, B et C, avec ou sans caractère universitaire. Les règlements relevant de la planification cantonale des établissements sanitaires (ci-après : la planification cantonale, art. 18 ss) précisent leurs missions.

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Les établissements médico-sociaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de type C.

Ils peuvent également fournir leurs prestations à des personnes non hébergées.

Projet

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Les établissements médico-sociaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de type C. Ils sont également des lieux de vie où les résidents peuvent maintenir ou développer une vie sociale satisfaisante.

(Al. 4: sans changement).

Dans la mesure où ils exploitent des divisions de lits de type C (divisions C), les hôpitaux sont, pour ces divisions, assimilés à des EMS au sens de la présente loi.

Texte actuel

Reconnaissance
du caractère
d'intérêt public

Art. 4. – Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation en division commune au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;
- accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation en division commune, tout malade que son équipement lui permet de soigner;
- se soumettre à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement, notamment à leurs exigences en matière de constitution de réseaux de soins, de restructuration de l'offre hospitalière et d'hébergement, et de qualité ;
- recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour la gestion de son système d'information.

Projet

Reconnaissance
du caractère
d'intérêt public

Art. 4. – Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- a) être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation en division commune au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie;
- b) accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation en division commune, tout malade que son équipement et sa mission lui permettent de soigner;
- c) se soumettre à la présente loi et à ses dispositions d'application, ainsi qu'aux autres dispositions légales qui lui sont applicables;
- d) recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour la gestion de son système d'information ;
- e) appliquer les dispositions de la Convention collective de travail de force obligatoire existante ou les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail selon l'article 4b ;

Texte actuel

La reconnaissance d'intérêt public fonde le droit de l'établissement à la contribution financière de l'Etat.

Le département décide du caractère d'intérêt public d'un établissement sanitaire.

La reconnaissance peut être accordée pour une durée limitée et assortie de conditions ou de charges. La liste des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public est à disposition des tiers intéressés.

La procédure de reconnaissance d'intérêt public des établissements sanitaires s'applique par analogie aux réseaux de soins.

Projet

- f) appliquer les règles relatives à l'achat de biens et de services conformément à l'article 4c ;
- g) se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution du bénéfice selon l'article 4d.

S'il s'agit d'un EMS, il doit en outre remplir les conditions suivantes :

- a) se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations de soins et socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat ; les prestations socio-hôtelières sont fixées dans le standard officiel établi par le Conseil d'Etat, après consultation des associations faitières, et qui constitue la base du tarif journalier ;
- b) appliquer un contrat d'hébergement établi conformément à l'article 4e ;
- c) respecter les dispositions édictées par le Conseil d'Etat, après consultation des associations faitières, sur les catégories et les prix maximaux de prestations supplémentaires à usage personnel non comprises dans le standard des prestations socio-hôtelières ;
- d) créer une structure juridique indépendante pour la fourniture de prestations non couvertes par la présente loi conformément à l'article 4f.

(Al. 2 à 5: sans changement).

Texte actuel

Le Conseil d'Etat peut, par règlement, adapter les conditions posées par le 4^{ème} tiret de l'alinéa premier en ce qui concerne les EMS reconnus d'intérêt public et pour les hôpitaux rattachés à une institution qui consacre une proportion significative de son activité à la prise en charge de cas relevant de l'assurance invalidité.

Pour ces établissements, le Conseil d'Etat peut limiter, voire supprimer la participation financière de l'Etat à la prise en charge des coûts de leurs investissements informatiques.

Retrait de la reconnaissance d'intérêt public ou renonciation à celle-ci

Art. 4a. – Le département peut retirer la reconnaissance d'intérêt public à un établissement sanitaire privé reconnu d'intérêt public lorsque les conditions de la reconnaissance ne sont plus remplies ou en cas d'inobservation de la présente loi ou des règlements relevant de la planification cantonale et du financement.

Un établissement sanitaire privé reconnu d'intérêt public peut volontairement renoncer à son caractère d'intérêt public.

En cas de retrait de la reconnaissance d'intérêt public ou de renonciation à celle-ci, le département peut exiger restitution de tout ou partie de l'aide financière versée, conformément à l'article 25b.

Projet

Le Conseil d'Etat peut, par règlement, adapter les conditions posées par la lettre d) de l'alinéa premier en ce qui concerne les EMS reconnus d'intérêt public et pour les hôpitaux rattachés à une institution qui consacre une proportion significative de son activité à la prise en charge de cas relevant de l'assurance invalidité.

(Al. 7 : sans changement).

Retrait de la reconnaissance d'intérêt public ou renonciation à celle-ci

Art. 4a. – Abrogé.

Conditions d'engagement et de travail

Art. 4b. – En l'absence d'une Convention collective de travail de force obligatoire, le Conseil d'Etat peut poser des exigences en matière de conditions d'engagement et de travail pour l'ensemble du personnel travaillant dans les établissements sanitaires d'intérêt public.

Dans tous les cas, après consultation des associations faîtières, il fixe un barème de rémunération convenable pour les fonctions directoriales et administratives de ces établissements, qui tient compte de leurs spécificités, en particulier de leur taille, de leurs missions et des responsabilités dévolues à ces fonctions.

Texte actuel

Projet

**Achat de biens
et de services**

Art. 4c. – Les établissements sanitaires d'intérêt public coordonnent leurs politiques d'achats de biens et de services afin d'obtenir les meilleures conditions possibles du point de vue économique. Ils soumettent les accords qu'ils passent en la matière au département pour approbation.

En l'absence d'accord ou si les accords passés ne sont pas approuvés par le département, le Conseil d'Etat peut fixer des règles de coordination contraignantes, voire prévoir une centralisation par l'intermédiaire d'une centrale d'achat.

Il peut également rendre obligatoire le recours à un prestataire de services agréé par le département, en particulier pour le traitement du linge ou la fourniture de repas.

Le Conseil d'Etat peut prévoir des exceptions aux alinéas qui précèdent pour certaines prestations dispensées directement par des EMS à leurs résidents.

La législation sur les marchés publics est réservée.

**Distribution du
bénéfice**

Art. 4d. – Le Conseil d'Etat peut poser des limites à la distribution du bénéfice réalisé par les établissements sanitaires d'intérêt public. Ces limites garantissent un rendement suffisant des fonds propres investis et tiennent compte, notamment, des montants perçus, cas échéant, au titre de la rémunération d'une fonction au sein de l'établissement concerné.

**Contrat
d'hébergement**

Art. 4e. – Les EMS reconnus d'intérêt public doivent appliquer un contrat d'hébergement, qui énonce les droits et obligations des établissements comme ceux des résidents et de leurs proches ou de leurs représentants.

Un contrat-type minimal est proposé par les associations faitières représentant les EMS au plus tard six mois après l'entrée en vigueur du présent article. Il est soumis au département pour approbation.

En l'absence de propositions des associations faitières, le Conseil d'Etat peut fixer le contenu du contrat-type minimal.

Texte actuel

Informations statistiques

Art. 6b. – Tous les établissements sanitaires définis à l'article 3 ainsi que les réseaux de soins doivent fournir au département les informations statistiques nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton, à l'information de la population et à la négociation et au contrôle des contrats de prestations.

Principes

Art. 25. – L'Etat prend en charge les investissements des établissements sanitaires d'intérêt public et participe au financement des dépenses d'exploitation des hôpitaux d'intérêt public conformément aux dispositions de la LAMal. Il participe au financement des réseaux de soins en fonction des mêmes principes. Sa participation s'étend au financement des prestations dont un établissement sanitaire d'intérêt public ou un réseau de soins délègue la fourniture, avec l'accord du département, à un établissement sanitaire privé qui ne bénéficie pas de la reconnaissance d'intérêt public; cette participation s'inscrit dans le cadre de l'exécution du contrat de prestations passé avec l'Etat.

L'Etat subordonne sa participation financière à l'application des dispositions de la présente loi et des règlements relevant de la planification cantonale et du financement.

Il peut tenir compte de la situation particulière des établissements sanitaires d'intérêt public, notamment de l'état du bâtiment et des conditions d'exploitation.

Projet

Fourniture de prestations non couvertes par la présente loi

Art. 4f. – Si un EMS reconnu d'intérêt public entend développer une activité commerciale visant à fournir des prestations non couvertes par la présente loi à des bénéficiaires autres que ses résidents, il doit créer à cet effet une structure juridique indépendante.

Les relations entre l'EMS et cette structure juridique font l'objet d'une convention qui est soumise au département pour approbation.

Le département peut accorder des dérogations à l'obligation prévue à l'alinéa 1^{er}, sur la base d'une demande motivée de l'EMS.

Informations statistiques

Art. 6b. – Abrogé.

Principes

Art. 25. – (Al. 1^{er} à 3: sans changement).

La participation financière versée par l'Etat est en principe acquise aux établissements sanitaires d'intérêt public et aux réseaux de soins. L'article 32f est réservé.

Texte actuel

Obligation de restitution

Art. 25b. – La participation financière versée par l'Etat est en principe acquise aux établissements sanitaires d'intérêt public.

Le département peut exiger la restitution de tout ou partie de la participation financière accordée à un établissement sanitaire d'intérêt public dans les cas suivants:

1. inobservation de la présente loi ou des règlements relevant de la planification cantonale et du financement;
2. retrait de la reconnaissance d'intérêt public ou renonciation à celle-ci.

Les alinéas 1^{er} et 2 s'appliquent par analogie à la participation financière de l'Etat aux réseaux de soins.

Le montant et les modalités de la restitution font l'objet d'une décision prise par le département. La décision définitive et exécutoire vaut titre de mainlevée au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite.

La loi sur les Hospices cantonaux et l'article 26d sont réservés.

Projet

Obligation de restitution

Art. 25b. – Abrogé.

Subvention à l'exploitation des EMS

Art. 29b. – L'Etat peut allouer aux EMS reconnus d'intérêt public une subvention à l'exploitation destinée à :

- a) couvrir la part du coût des soins non pris en charge par l'assurance-maladie ;
- b) couvrir des charges exceptionnelles d'exploitation non comprises dans les tarifs.

CHAPITRE IVbis

Surveillance et sanctions

Section 1 : Surveillance

Texte actuel

Projet

**Surveillance
financière**

Art. 32a. – Le département contrôle que les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue.

Le Conseil d'Etat détermine la portée et les modalités de ce contrôle, y compris en ce qui concerne les structures juridiques qui délivrent, sous quelque forme que ce soit, des prestations couvertes par la présente loi. Il définit en particulier les principes comptables à respecter et les règles relatives à la mission, à la qualification et à l'indépendance des organes de révision.

**Informations
requisés**

Art. 32b. – Les établissements sanitaires et les réseaux de soins fournissent au département toutes les informations statistiques ainsi que, s'ils sont reconnus d'intérêt public, comptables et financières, nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton, à la mise en œuvre de la présente loi et de ses dispositions d'application, ainsi qu'au contrôle de leur respect.

Le Conseil d'Etat définit la forme, le contenu et la périodicité des informations à fournir.

Section 2 : Sanctions

**Retrait de la
reconnaissance
d'intérêt public**

Art. 32c. – En cas de violation de la présente loi ou de ses dispositions d'application ou encore d'autres dispositions légales auxquelles l'établissement sanitaire ou le réseau de soins est soumis, le département peut retirer la reconnaissance d'intérêt public.

Dans les cas de peu de gravité, le département peut prononcer un avertissement.

**Mise sous
administration
provisoire**

Art. 32d. – Le département peut désigner une administration provisoire chargée de gérer l'établissement sanitaire d'intérêt public ou le réseau de soins en lieu et place des organes dirigeants statutaires lorsque les manquements à la présente loi ou à ses dispositions d'application ou encore à d'autres dispositions légales auxquelles il est soumis :

Texte actuel

Projet

- mettent en péril la sécurité et la santé des patients, des résidents ou du personnel,
- menacent la qualité des prestations fournies,
- mettent en danger la situation financière de l'établissement ou du réseau de soins,
- conduisent à ce que tout ou partie des montants encaissés, cas échéant auprès des résidents, soient détournés de leur affectation conforme.

Le Conseil d'Etat fixe la procédure applicable.

Sanction pénale **Art. 32e.** – Le département peut infliger une amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.- aux organes de l'établissement sanitaire d'intérêt public ou du réseau de soins qui auront violé les devoirs que leur imposent la présente loi et ses dispositions d'application, notamment en matière de conditions d'engagement et de travail, d'achats de biens et services et de contrat d'hébergement.

L'amende est cumulable avec les autres sanctions.

Sanction financière **Art. 32f.** – Le département peut exiger la restitution de tout ou partie de la participation financière accordée à un établissement sanitaire d'intérêt public ou à un réseau de soins dans les cas suivants:

1. inobservation de la présente loi ou de ses dispositions d'application ou encore d'autres dispositions légales auxquelles il est soumis;
2. retrait de la reconnaissance d'intérêt public ou renonciation à celle-ci.

Dans les cas particulièrement graves de violation de la loi, de ses dispositions d'application ou d'autres dispositions légales auxquelles l'établissement sanitaire d'intérêt public ou le réseau de soins est soumis, le département peut suspendre tout ou partie du versement de sa participation financière.

Texte actuel

Projet

Le montant et les modalités de la suspension ou de la restitution font l'objet d'une décision prise par le département. La décision de restitution est définitive et exécutoire et vaut titre de mainlevée au sens de la législation sur la poursuite pour dettes et la faillite.

La loi sur les Hospices cantonaux est réservée.

Art. 2. – Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Donné, etc.

Ainsi délibéré et adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 3 mai 2006.

Le président :

Le chancelier :

P. Broulis

V. Grandjean

Projet

PROJET DE DECRET

abrogeant celui du 19 juin 2001 instaurant une subvention cantonale couvrant la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs-maladie, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une aide financière individuelle de l'Etat pour leur hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de décret présenté par le Conseil d'Etat

décète

Abrogation **Article premier.** – Le décret du 19 juin 2001 instaurant une subvention cantonale couvrant la part du coût des soins non reconnue à charge des assureurs-maladie, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une aide financière individuelle de l'Etat pour leur hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation est abrogé.

Disposition finale **Art. 2.** – Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Donné, etc.

Ainsi délibéré et adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 3 mai 2006.

Le président :

Le chancelier :

P. Broulis

V. Grandjean