

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

chargée d'examiner les objets suivants:

Exposé des motifs et projets de lois modifiant la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), la loi sur la santé publique (LSP) et la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat François Payot "LPFES, bilan et rapport prospectif : une démarche essentielle" (10_POS_173)

Commission thématique de la santé publique (CTSAP)

Mmes Christa Calpini, Edna Chevalley, Catherine Roulet. MM. Maximilien Bernhard, Bernard Borel (remplacé 2x par Verena Berseth Hadege), Michel Desmeules, Pierre Grandjean (remplacé 1x par Jacques Perrin), Philippe Jobin (remplacé 1x par François Brélaz), Philippe Martinet, Philippe Modoux, Stéphane Montangero (remplacé 1x par Pierre-André Gaille), François Payot (remplacé 1x par Catherine Labouchère), Jean Christophe Schwaab, Filip Uffer (remplacé 1x par Claude Schwab), Philippe Vuillemin (remplacé 1x par Catherine Labouchère).

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)

- M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat ;
- M. Jean-Christophe Masson, Chef du Service de la santé publique (SSP) ;
- M. Fabrice Ghelfi, Chef du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) ;
- M. Gérald Tinturier, Chef adjoint du SSP ;
- M. Marc Weber, Responsable juridique au SSP ;
- M. Thierry Monod, Chef de la division Hôpitaux au sein du SSP.

Abréviations

AOS: Assurance obligatoire pour les soins, soit celle qui couvre les prestations de la LAMal.

RIP: reconnaissance d'intérêt public.

DRG: paiement des prestations à l'acte, prenant en compte la gravité des cas (*diagnosis related groups*).

Remarque : la **numérotation** des articles est devenue illisible au fil du temps, mais selon le Service juridique et législatif (SJL), on ne saurait y toucher afin de pouvoir conserver la vision chronologique des modifications successives...

La Commission thématique s'est réunie à 7 reprises, d'août à décembre, si l'on compte une dernière séance de votes formels et de vérifications, avec en particulier une séance initiale pour prendre connaissance du dossier et des avis de droit, ainsi qu'une deuxième pour entendre les principaux partenaires, à savoir:

- La Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), globalement favorable au projet tel qu'ajusté et adopté par le Conseil d'Etat après la consultation politique, mais soucieuse que les cliniques privées soient soumises aux mêmes contraintes que le parapublic, surtout via les clauses de reconnaissance provisoire (art. 35b). Elle déplore aussi l'augmentation croissante des contrôles bureaucratiques, notamment dans le secteur des investissements, et une certaine perte d'autonomie.
- L'Association vaudoise des cliniques privées (Vaud Cliniques) est opposée au projet, comme on le verra ci-après. Elle estime en substance que :
 - le projet ne prend pas en compte la volonté de mise en concurrence des acteurs de la santé ;
 - les conditions de la reconnaissance de l'intérêt public sont disproportionnées ;
 - les étapes permettant une phase d'observation des coûts des différents prestataires avant d'arrêter une véritable planification ne sont pas respectées ;
 - la LPFES ne vise que l'exclusion pure et simple des cliniques privées de l'offre LAMal, ce d'autant que la liberté de circulation des patients sera consacrée...
- L'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) et la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS)(par écrit), globalement favorables, tout en demandant qu'aucune limite quantitative ne soit mise à la sous-traitance et inquiètes de la possibilité de fonder un établissement de soins intégrés (ESI). Elles se soucient par contre de toute évolution allant vers un modèle par trop "hospitalo-centré".
- Les associations et syndicats du personnel (Syndicat suisse des services publics et Association suisse des infirmières et infirmiers – section Vaud), plutôt favorables au projet sous réserve de cautions prévenant une péjoration des conditions de travail (i.e. champ d'application des CCT en cas de sous-traitance), avec une attente que soit maintenu le caractère de services publics des établissements de soins (cf. obligation d'être actifs en matière de formation médicale). Ils s'inquiètent aussi des moyens effectifs de contrôles dont disposera l'Etat.

Débats d'entrée en matière

Rappelons que les cantons doivent mettre en œuvre les décisions découlant de la révision de la LAMal fédérale à propos du mode de reconnaissance et de financement des hôpitaux et des EMS. Cette injonction suscite un certain émoi dans le monde hospitalier vaudois, qui peine à comprendre le besoin de révolutions alors que:

- une forme d'équilibre et une bonne complémentarité existent actuellement au niveau de la carte hospitalière (entre le CHUV, les hôpitaux de la FHV et les cliniques privées), et le Conseil d'Etat n'a aucune intention de préféter l'un des acteurs ;
- le canton maîtrise ses coûts des prestations stationnaires mieux que d'autres, grâce à la conjonction d'une régulation plutôt forte de l'Etat (cf. budget global) et d'un parapublic animé d'un esprit entrepreneurial. A témoin le fait que les secteurs conventionnés, soit les séjours hospitaliers, en EMS, ou le maintien à domicile, sont en dessous du coût suisse moyen (-5,1% en 2008) alors que les secteurs non conventionnés, soit l'ambulatoire hospitalier, la médecine en cabinet, et les médicaments sont bien en dessus du coût suisse

moyen (+21% en 2008) ;

- avec la LPFES, le canton a introduit de longue date un système pluriel, avec une importante proportion de parapublic, contrairement à la majorité des cantons, en articulant coopération et concurrence (la "coopétition"). De sorte que ce qui apparaît dans certains cantons comme une forte libéralisation pourrait ne pas affecter fondamentalement le système vaudois.

Cependant, l'enjeu réside dans les conditions de versement des 55% de la part étatique aux prestations de soins reconnues par la LAMal : si les cliniques privées devaient la percevoir, cela représenterait selon le Conseil d'Etat une charge supplémentaire de 65 à 75 millions de francs. Mais s'il ne le fait pas, les cliniques subiront selon leur analyse un désavantage concurrentiel important, en particulier face à celles d'autres cantons qui seraient, elles, reconnues.

Le trouble pour les cantons est augmenté par le fait qu'au niveau national, au plan politique, la volonté de libéralisation ressortant des propos tenus par les députés des Chambres, ne se retrouve pas de manière univoque dans les textes du législateur (LAMal et Ordonnance). De plus, au plan technique, alors que les cantons devraient avoir adapté leur législation en 2012, le principal instrument technique, les fameuses SwissDRG définissant la structure tarifaire et le prix des actes médicaux, ne sont pas prêtes.

Les points de divergences juridiques ont fortement interpellé la CTSAP, dans la mesure où les cliniques privées ont clairement fait part de leur intention de saisir les tribunaux si le projet n'était pas revu dans leur sens. Bien qu'il soit difficile de résumer ici les centaines de pages d'avis de droit, on peut relever les points suivants:

- Cette "guérilla juridique" a débuté avec l'avant-projet mis en consultation, qui comprenait une clause obligeant les prestataires de soins à être des raisons sociales sans but lucratif. Cette clause eût été illégale et a été judicieusement retirée dans le présent projet. Par contre, le Conseil d'Etat a posé des conditions pour la "reconnaissance d'utilité publique" (RIP) – s'appliquant certes à tous les acteurs et donc sans effet de distorsion de concurrence – allant au-delà de ce que la LAMal définit : le Tribunal fédéral des assurances (TFA) pourrait donc bien être saisi afin de savoir s'il restait des compétences aux cantons ou si nous sommes allés au-delà (cf. art. 58 OAMal)...
- Ainsi, même si le TFA s'est prononcé favorablement en matière de cadrage des conditions d'engagement du personnel des EMS (salaire des directeurs compris), il n'est pas certain que l'analogie avec les hôpitaux, qui ont diverses activités : le stationnaire, l'ambulatoire, voire l'hôtelier, soit retenue et jugée proportionnelle en terme de restriction de la liberté économique.
- La LAMal pose les principes de "qualité" et "d'économicité". Or il n'est pas du tout évident que ces deux principes soient unis dans un cercle vertueux : l'économicité pousse à la logique du "moins-disant", avec un double risque pour le canton, 1° générer des surcapacités puis une sélection des meilleurs prestataires (avec à la clé de nombreuses fermetures d'établissements de soins, comme ce fut le cas aux USA !) et 2° une propension des acteurs à ne faire que ce qui rapporte, sélectionner les "bons clients", etc.. Néanmoins, il n'est pas certain que ce n'était pas le pari que le législateur fédéral a voulu faire prendre aux cantons et donc que l'option vaudoise centrée sur l'accès de tous à des soins de qualité en ajustant à la marge seulement le système actuel, soit jugée compatible (cf. art. 39ter).
- En l'état, les cliniques ont stigmatisé le fait que le canton modifie sa liste hospitalière avant 2012, arguant que cela viole l'esprit de la 3ème révision de la LAMal (cf. dispositions transitoires LAMal, al. 3). Celle-ci enjoint en effet aux autorités cantonales d'établir au préalable les besoins minimaux à garantir pour la population - en particulier la sécurité de

l'approvisionnement - (y compris les critères de qualité) au moyen de la planification cantonale. Ce choix devrait être basé sur des critères "objectifs" et en principe "mesurables". Ces établissements seront alors inscrits dans la liste hospitalière cantonale et pourront recevoir un mandat de prestations plus détaillé. Le Conseil d'Etat estime cependant que la LAMal est respectée, ce que le TFA pourrait à nouveau être amené à trancher !

- Un autre point débattu est le contrôle des investissements par l'Etat : les tarifs par DRG étant censés couvrir l'intégralité des prestations, la LAMal semble vouloir qu'il revienne aux directions des prestataires de soins, aiguillonnées par la concurrence et la pression des assureurs, de faire les investissements les plus judicieux et supportables. Cette logique est assez différente de celle où cette régulation est décidée par le Conseil d'Etat, d'où de possibles nouvelles contestations.
- Dans ce contexte fédéral clairement fondé sur la concurrence, la solution vaudoise, consistant d'un côté à reconnaître partiellement et provisoirement une clinique privée pour une part de son activité et d'autre part à limiter l'activité privée des hôpitaux (para-)publics, allant éventuellement jusqu'à demander la création d'une société juridiquement indépendante pour l'activité hospitalière LAMal, pose problème : il est en effet connu que certains hôpitaux n'équilibrent leurs comptes que grâce aux patients privés. Il semblerait illégal au sens de la LAMal qu'un déficit chronique soit couvert par des subventions complémentaires ou d'improbables recapitalisations par les actionnaires (ce qui paraît irréaliste)...

Pour ajouter à la complexité juridique, il faut en plus se demander quelle stratégie suivront les assureurs. L'esprit de la 3ème révision est bel et bien une concurrence basée aussi sur les prix. Ainsi, on peut estimer que chaque hôpital pourrait bientôt devoir présenter ses coûts lors des négociations tarifaires. SantéSuisse utilisera certainement le coût le plus bas comme *benchmark* limitera le coût maximal à coût minimal (entre +5% et +3%), sans prendre en compte toutes les considérations que le Canton doit, lui, prendre en compte (formation de la relève, recherche, répartition géographique des établissements...). L'enveloppe sera calculée sur les tarifs multipliés par le nombre de points DRG prévus dans l'année (év. augmenté d'un facteur de progression annuel de quelques %). Si les hôpitaux dans leur ensemble consomment plus que l'enveloppe, les tarifs de chaque hôpital devraient être abaissés pour entrer dans l'enveloppe, mais de manière identique en % pour ne pas entraver la concurrence. Pour le surplus, d'autres systèmes de financements, par capitation notamment, sont évoqués, illustrant l'incertitude des conditions-cadres.

Vu la somme d'incertitudes, deux propositions alternatives à cette LPFES ont été avancées:

- Se fondant sur l'avis de droit du Professeur Mahon, un commissaire a envisagé d'élaborer deux lois distinctes, l'une concernant les EMS (quasi sans changements), l'autre portant sur les hôpitaux ; les règles de la LAMal n'ayant pas forcément la même portée dans les deux secteurs. Vu l'impossibilité d'explorer cette option dans les délais requis par la Confédération, cette piste n'a pas pu être retenue.
- Un autre commissaire a proposé une solution transitoire (via un Décret-loi) courant jusqu'en 2014 seulement, permettant d'observer comment la LAMal évolue et se décline dans les cantons, et comment les assureurs réagissent, sans faire "tanguer" le dispositif vaudois actuellement plutôt performant et se noyer dans les contestations judiciaires. Sans suite.

En conclusion du débat d'entrée en matière, les arguments donnant à penser que le Canton n'a pas outrepassé ses compétences l'ont clairement emporté. Ils sont notamment les suivants, outre ceux que l'on retrouve à l'art.18a.4 ou en réponse à la proposition d'un article 27bis ci-après:

1. l'abandon, dans le projet final, de l'idée d'imposer aux acteurs le but idéal pour entrer dans le marché des prestations remboursées selon la LAMal. Cette condition eût été la seule qui

aurait exclu *a priori* les cliniques privées (établissements à but lucratif) de la liste LAMal cantonale. Les autres conditions posées par la nouvelle LPFES peuvent être respectées par n'importe quel établissement, quelle que soit sa forme juridique ou son but économique. L'égalité de traitement souhaitée par les Chambres fédérales est donc respectée ;

2. le caractère proportionné et prévisible des conditions fixées pour obtenir la RIP et les subventions qui lui sont liées, conformément aux règles de la concurrence ; une voie que certains cantons alémaniques, tel ZH, semblent suivre aux dires du chef du DSAS. Par exemple, les conditions de l'art. 4d LPFES (limitation du salaire du directeur) ont été jugées conformes au principe de proportionnalité et à la liberté économique par le Tribunal fédéral dans un arrêt de l'été 2010 (ATF 2C 656/2009 du 24 juillet 2010) ;
3. la non-applicabilité de la loi sur les cartels (cf. avis de droit de la Commission fédérale de la concurrence) et donc impossibilité d'imposer par ce biais une concurrence plus accrue encore dans le domaine. L'avis de la ComCo a également confirmé que, malgré la volonté des Chambres fédérales d'introduire plus de concurrence entre hôpitaux, les cantons conservent des compétences et une marge de manœuvre en matière de planification ;
4. la marge de manœuvre accordée aux cantons par la LAMal, et son ordonnance d'application, en matière de planification hospitalière (cf. l'article 39 LAMal, alinéa 1 qui institue la planification cantonale, non modifié, et articles 58a ss OAMal). Ainsi, l'art. 39 al. 1 LAMal stipule que les établissements hospitaliers ne peuvent être admis sur le liste LAMal cantonale que s'ils "correspondent à la planification établie par un canton", ce qui signifie qu'un établissement qui ne correspond pas aux critères de planification établis par le Canton peut être exclu de la liste. Au sujet de ces critères, l'art. 58b al. 4 et 58e al. 3 OAMAL en listent certains, mais ces listes ne sont pas exhaustives (ce que précise à plusieurs reprises l'adverbe "notamment"), ce qui confirme que les cantons sont libres d'en fixer d'autres ;
5. la pertinence, dans ce contexte, de veiller à ce que les provisions requises en matière d'investissements hospitaliers soient constituées, en fixant quelques règles en la matière ; le paiement par DRG comprenant une part pour la maintenance et le renouvellement des installations.

Ainsi, la CTSAP a-t-elle pris l'option de suivre le Conseil d'Etat, en centrant son analyse sur la proportionnalité des conditions posées aux uns et aux autres pour continuer à exercer leur activité de soins. Par rapport à la menace d'un référendum ou d'une bataille juridique sans fin, la CTSAP a en effet estimé qu'elle pouvait être affrontée avec des chances raisonnables de succès.

Commentaires et amendements article par article

N.B. : par souci de concision, les articles non mentionnés sont à considérer comme n'ayant pas fait l'objet de remarques importantes ou de propositions d'amendement ; ils ont été adoptés sans opposition formulée.

Article 3a – Types d'établissements

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Les "soins aigus et de transition" que pourront fournir les EMS sont définis à l'article 143f, alinéa 3, du projet de loi modifiant la loi sur la santé publique (LSP), du présent EMPL.

La commission relève l'importance à **développer les soins aigus et de transition dans les EMS et les structures de soins à domicile**. Les représentants du DSAS concèdent cependant que les discussions en la matière entre les acteurs concernés n'en sont qu'à leurs débuts. A ce stade, les EMS se montrent

très peu intéressés à fournir ce type de prestations dont les organismes de soins à domicile estiment qu'elles relèvent plutôt de leurs compétences. L'année 2011 donnera l'occasion de procéder à des expérimentations en la matière. Il apparaît évident que les fournisseurs de soins aigus et de transition devront disposer des moyens nécessaires à l'accomplissement de leur tâche, **en particulier de personnel qualifié**, au moins à hauteur des économies occasionnées par la décharge qui en résulte pour les hôpitaux.

Rappel à propos du financement des soins de longue durée (impact dès le 1er janvier 2011) : le "report soins" est la part du coût des soins non prise en charge par l'AOS ou par le résident. Ce "report soins" est assumé par l'Etat à raison de 23,5% pris à titre de subvention sur le budget du Service de la santé publique (fraction correspondant à la part des résidents autonomes financièrement) et de 76,5% pris au titre des régimes sociaux sur le budget du Service des assurances sociales et de l'hébergement (fraction correspondant à la part des résidents aidés par les régimes sociaux). A noter par ailleurs que, en sus des 10% de participation du résident aux coûts des soins, celui-ci doit normalement s'acquitter d'une franchise annuelle jusqu'à concurrence de CHF 1'000.-.

Maisons de naissance

Au titre d'institutions autorisées à exercer à charge de l'AOS, les maisons de naissance auront la possibilité de procéder à une facturation par le truchement des SwissDRG, comme les hôpitaux. Cependant, en raison de leur petite taille, les maisons de naissance ont fait part de leur volonté de renoncer à une telle facturation, privilégiant la piste d'un financement via les établissements hospitaliers. Les maisons de naissance désirent par ailleurs bénéficier d'une aide supplémentaire concernant leurs prestations socio-hôtelières pour lesquelles la facturation est actuellement insuffisante.

Amendement: dans le but d'éviter des confusions et de bien marquer que les maisons de naissance ne sont pas des hôpitaux au même titre que les autres, la commission adopte à l'unanimité l'amendement consistant à remplacer la formulation de l'EMPL par : "**Les dispositions relatives aux hôpitaux s'appliquent par analogie aux maisons de naissance**".

Etablissements de soins intégrés (ESI)

Un Etablissements de soins intégrés (ESI) constitue une structure regroupant des institutions (hôpitaux, EMS, organisations de soins à domicile...) qui présentent une tendance à la diversification et dont les activités sont concomitantes ou se recoupent. Cette nouveauté a suscité un assez large débat, permettant de mettre en évidence:

- d'un côté, l'intérêt d'encourager le travail en réseau, dans le sens des itinéraires cliniques et d'une intégration des soins (les patients âgés étant de plus en plus souvent atteints de co-morbidités) ; la mise en commun des fonds d'investissement d'un hôpital, d'un CTR et d'un EMS pourrait ainsi avantageusement participer au désengorgement de l'hôpital, en facilitant la création de lits B ou C dans le CTR ou l'EMS, plutôt qu'en augmentant le nombre de lits A très coûteux à l'hôpital ; ceci en encourageant les prestataires régionaux, mais en les laissant libres de prendre ou non l'initiative ;
- et de l'autre, la crainte d'une captation des ressources par un acteur donné au détriment des autres, ce d'autant que le pilotage par enveloppe globale est sujet à caution...
- de son côté, le chef du DSAS assure que les ESI devront nécessairement présenter aux financeurs une comptabilité analytique transparente et que, face à la crainte que les assureurs négocient avec des prestataires arrivant en ordre dispersé, l'ESI constitue une modalité de *managed care* fédérant les acteurs d'une région, ainsi qu'on l'étudie dans le Nord Vaudois. Ainsi, le regroupement des fournisseurs de soins permettrait à ces derniers, dans le cadre de la liberté de contracter, d'imposer des conditions aux assureurs, et pas uniquement l'inverse.

Après avoir réfléchi à plusieurs variantes, la CTSAP retient le message politique consistant à laisser la possibilité de créer un ESI, en étant clair que la volonté doit venir du "terrain" et non de l'Etat. Les modalités de subventionnements seront à arrêter le moment venu, étant entendu que, puisque l'initiative revient aux prestataires eux-mêmes, charge à eux de se prémunir contre "l'hégémonie" de l'un ou l'autre.

Amendement: la CTSAP adopte, avec l'assentiment du chef du DSAS, l'amendement consistant à supprimer les deux dernières phrases du paragraphe pour ne plus conserver que : "**Les établissements de soins intégrés assument plusieurs des missions définies dans les alinéas précédents, ainsi que d'autres prestations sanitaires**".

Article 4 – Reconnaissance d'intérêt public, alinéa 1, lettre c

Amendement: la disposition de la lettre c sert à clairement indiquer que l'établissement qui ne respecterait pas la loi risque de se voir retirer la RIP. Cependant, dans la mesure où la sanction du possible retrait de la RIP est mentionnée à l'article 32c, *la commission juge tautologique la disposition de la présente lettre c et décide de la supprimer*. Evidemment, ce vote ne doit pas être compris comme une invitation à ne pas respecter la loi !

Article 4 – Reconnaissance d'intérêt public, alinéa 1ter

Amendement technique: afin que l'art. 4 comprenne exhaustivement les conditions de reconnaissance et soit le symétrique des règles concernant les EMS, il est ajouté pour les hôpitaux un renvoi explicite à l'art. 18b : "**Il doit également se soumettre aux dispositions de l'article 18b en matière de délégation de prestations**".

Article 4, alinéa 2 (conditions de RIP)

Bien que l'alinéa soit sans changement, un commissaire insiste sur le fait que, selon lui, ce qui fonde le droit de l'établissement sanitaire à la contribution financière de l'Etat n'est pas la RIP mais bien l'inscription au sein de la liste LAMal cantonale. Le responsable juridique au SSP explique à ce propos que, justement, comme la LAMal le permet, le Conseil d'Etat entend introduire des conditions supplémentaires à celles indiquées par la LAMal pour l'obtention du financement public. De plus, l'alinéa revêt ici une portée générale : il ne concerne pas uniquement les hôpitaux ou l'activité en stationnaire.

Article 4, alinéa 4bis (conditions de RIP faites aux cliniques)

En cas de RIP accordée pour une durée limitée, un commissaire plaide pour l'allongement à 5 ans de la période d'octroi de la RIP. Le chef du DSAS indique à ce propos que le Service juridique et législatif (SJL), qui considérait à l'origine 6 mois seulement comme la durée acceptable de RIP temporaire accordée à des conditions allégées, estime que 3 ans constituent l'extrême limite à ne pas dépasser. En effet, pour le SJL, plus cette durée s'avère longue, plus l'infraction avec le principe de l'égalité de traitement avec les hôpitaux de zone est grande. Pour tout de même allonger cette durée, le projet prévoit un délai d'adaptation des cliniques à la nouvelle loi de 3 ans aussi (3 ans + 3 ans = 6 ans). De l'avis du chef du DSAS, il importe que, dans le cadre d'une RIP limitée dans le temps, la marge de manœuvre du Conseil d'Etat dans l'adaptation des conditions de reconnaissance se montre la plus grande possible, ceci compte tenu de circonstances fluctuantes (niveaux d'urgence, degrés de spécificité des prestations utiles, etc.).

Article 4c – Achat de biens et de services

Pour un commissaire, l'article paraît inutile dans le cadre d'un mode de financement forfaitaire par cas (DRG), le montant des forfaits octroyés à un établissement étant indépendant du coût des achats de cet établissement en biens et services. La suppression de l'article pourrait même induire un allègement des tâches de contrôle de l'Etat. Du côté de l'Etat, on estime au contraire que l'incitation à l'économicité, introduite en 2006 seulement, doit être maintenue dans le cadre d'établissements bénéficiant de l'argent public.

Alinéa 3

Pour un autre commissaire, il apparaît inopportun de contraindre un établissement à adhérer à une centrale d'achats s'il peut s'approvisionner à meilleur compte ailleurs. Le chef du DSAS souligne à ce titre que la formulation de l'alinéa est potestative, ce que la réalité des faits ne confirme pas totalement. A noter que, grâce aux centrales d'achats, les hôpitaux obtiennent certains médicaments à des prix très bas, afin d'habituer les patients qui les exigent ensuite lorsqu'ils consultent leur médecin de ville. Dans la même veine, grâce au pouvoir prescripteur des hôpitaux, certains médicaments de marque sont obtenus par ceux-ci à un meilleur prix que les génériques.

Article 4f – Fourniture de prestations non couvertes par la présente loi

Cet article vise à protéger les établissements RIP et les subventions étatiques auxquelles ils ont droit des risques économiques liés à une éventuelle activité commerciale desdits établissements.

Article 4g – Sous-traitance

Alinéa 1

Le plafond à 25% de sous-traitance a fait réagir : les faïtières des EMS y voient une tracasserie et de la méfiance, alors que du côté de l'Etat, on se rappelle la Commission d'enquête parlementaire et l'historique des raisons ayant abouti à la fixation de ce plafond : 1) soupçon de gestion frauduleuse dans un gros EMS présentant une structure complexe, 2) enquête du Contrôle cantonale des finances (CCF), 3) disculpation par le CCF de l'EMS incriminé mais reconnaissance du risque que représentent les organisations complexes en matière de contournement possible des règles de la LPFES, 4) en conséquence, recommandation du CCF d'améliorer la base légale dans le sens d'une limitation de la sous-traitance, 5) reprise par la COGES, dans ses observations, de la recommandation du CCF.

Concrètement, le taux moyen de sous-traitance s'élève actuellement à 15% environ du total des charges d'exploitation des établissements concernés, et le plus haut taux enregistré à ce jour par un EMS se monte à 23%. Aussi, la barre fixée finalement à 25% (et non pas à 15% comme initialement prévu) n'a-t-elle aucune portée à court terme pour les EMS. Enfin, le chef du DSAS souligne que l'instauration dans la loi du plafond de 25% présente le mérite de protéger les EMS contre toute velléité de placer cette limite plus bas. Et au plan juridique, sans mention d'un plafond dans la loi, la base légale risque de s'avérer insuffisante pour donner pouvoir au gouvernement d'introduire une disposition limitant la liberté économique des acteurs.

En réponse à la question de la différence de traitement entre les EMS et les hôpitaux RIP, apparemment non soumis à ce plafond, le chef du DSAS précise que l'article 18b LPFES soumet les hôpitaux à des dispositions plus lourdes encore (approbation par le département des contrats de délégation de prestations).

Amendement de clarification: la CTSAP propose de supprimer : "... du personnel employé par...", et de retenir la formulation suivante : " **Le recours par un EMS reconnu d'intérêt public à une société tierce pour fournir [...]**". La responsabilité est ainsi clairement celle de l'entreprise mandatée et non

de ses employés (ex. blanchisserie).

Alinéa 3

La discussion a porté sur les moyens d'impliquer tant le mandant – l'EMS – que le mandataire – le sous-traitant – en matière de respect de conditions de travail correctes (par analogie à l'article 5 de la loi sur les travailleurs détachés). Au terme d'une longue recherche de consensus, la commission choisit de compléter plutôt l'alinéa 4. Au demeurant, l'adjonction proposée présente l'avantage de protéger juridiquement les EMS pour le cas où un sous-traitant ne respecterait malgré tout pas la loi.

Alinéa 4

Amendement: la commission accepte à l'unanimité moins 1 abstention le libellé suivant : "La sous-traitance doit être conforme au principe d'économicité prévu à l'article 4c de la présente loi. La surveillance financière du département prévue à l'article 32a porte également sur le respect de ce principe. A cette fin, la sous-traitance fait l'objet d'un contrat écrit **garantissant l'application de la présente loi et** détaillant la nature et le volume des prestations fournies, ainsi que les prix facturés".

Alinéa 5

Plusieurs députés relèvent une série de problèmes, comme le caractère tautologique de l'expression "[...] dans tous les cas [...]" (première phrase) ou la difficile définition universelle et univoque du "conflit d'intérêts préjudiciable" ou des "intérêts privés". Le chef du DSAS donne des exemples de cas récents de conflit d'intérêts et explique que l'alinéa vise à synthétiser les éléments saillants du code de bonne gouvernance de l'AVDEMS, pour en faire une base légale destinée à prévenir les situations potentiellement problématiques en la matière.

Cependant, dans notre système de milice où les EMS ont tout intérêt à bénéficier de la présence de personnes disposant de compétences directement utiles (architectes, banquiers, pharmaciens...), les règles de bonne gouvernance édictées par l'AVDEMS semblent suffisantes, les conflits d'intérêts dommageables se révélant d'ailleurs rares. Il reste que le guide de l'AVDEMS ne présente pas de valeur contraignante. En ce sens, l'alinéa 5 se justifie, dans l'optique de la lutte contre les certes rares cas de conflit d'intérêts préjudiciables.

Amendement: au terme de la discussion, la CTSAP retient sans opposition et avec l'assentiment du chef du DSAS la reformulation suivante de l'ensemble de l'alinéa 5 : " **La sous-traitance et l'octroi de mandats commerciaux sont interdits lorsqu'ils placent la direction ou l'organe suprême dans un conflit d'intérêt préjudiciable à la bonne gestion de l'EMS. Le Conseil d'Etat règle les modalités d'application en tenant compte notamment de l'avis et des recommandations des associations faitières**".

Article 4h – Contrôle des investissements

Alinéa 2

Suite à la question d'un député, le chef du DSAS assure que, tout en cherchant à contribuer à la maîtrise des dépenses, l'alinéa ne vise pas un éventuel rationnement des soins à travers le refus de l'achat du matériel performant nécessaire. Le chef du DSAS précise en outre que l'alinéa constitue le seul contrepoids (contrôle par l'Etat des investissements stratégiques des hôpitaux RIP) à la liberté dont dispose les hôpitaux RIP dans la gestion de leurs investissements (cf. article 4h, alinéa 1). En ce sens, par rapport à la situation qui prévaut actuellement, le projet représente un allègement du contrôle étatique des investissements.

Au demeurant, concernant le thème connexe de la clause du besoin (limitation du nombre de médecins installés en cabinet ou engagés dans les hôpitaux), le chef du DSAS concède que, tout en participant effectivement à la maîtrise des dépenses, cette clause donne lieu à trop de contestations juridiques et de difficultés d'application. Elle ne se répand donc pas dans les cantons.

Alinéa 3

Sans pour autant plaider pour le statu quo (qui voit par exemple un même objet passer jusqu'à quatre fois devant le Grand Conseil), la CTSAP se préoccupe de l'affaiblissement du pouvoir de contrôle du Grand Conseil sur les investissements hospitaliers (hors hospices cantonaux), seule la COGES disposant encore, à travers la surveillance opérée sur le département, de prérogatives en la matière. Le chef du DSAS rappelle que le désengagement de l'Etat a été voulu en grande partie par le législateur fédéral. Il se dit cependant favorable à préserver le contrôle démocratique des institutions.

Amendement: en conséquence, le libellé suivant est adopté : "Le contrôle du Conseil d'Etat sur ces investissements s'exerce selon les modalités suivantes : a) chaque hôpital soumet tous les cinq ans au Conseil d'Etat pour approbation un programme pluriannuel des investissements prévus. **Ces programmes font l'objet d'un rapport consolidé soumis au Grand Conseil**, b) le département [...]".

L'idée d'intégrer ces programmes pluriannuels dans le rapport de politique sanitaire est abandonnée, le rapport de politique sanitaire ne faisant l'objet que d'une simple prise d'acte de la part du Grand Conseil. Et vu le caractère vraiment stratégique de ces investissements, une périodicité de 5 ans est maintenue. Ceci dans la mesure où les règles du jeu en matière de politique tarifaire s'avèrent prévisibles et stables. En cas contraire, la loi devra être revue.

Article 5 – Les partenaires de l'Etat

La commission s'interroge sur l'utilité et l'apport juridique de l'article. En cas de changement de nom d'une organisation (création, fusion, etc.), la loi doit en effet être modifiée. D'autre part, la liste n'apparaît pas complète : manquent par exemple la Société vaudoise de pharmacie ou le syndicat SSP pourtant signataire de la CCT du secteur sanitaire parapublic vaudois. Et enfin, l'alinéa 2 permet au Conseil d'Etat de faire des exceptions...

Amendement: **l'article est abrogé**. Etant entendu que ce n'est en aucun cas un manque de considération pour les partenaires de l'Etat, qu'on retrouve du reste mentionnés dans le cadre de la commission consultative.

Article 7 – Le Grand Conseil

Au chiffre 2 de l'alinéa 1, le plafond de CHF 650 millions suscite perplexité : montant découlant d'une évaluation à trop court terme des besoins (horizon 2010) ? nécessité de changer la loi en cas de besoin supérieur à la limite fixée ? opportunité de l'introduction d'un mécanisme d'indexation ?

Dans la mesure où c'est le Conseil d'Etat (et non plus le Grand Conseil) qui octroie les garanties d'emprunt accordées au nom de l'Etat, il n'apparaît pas absurde que ce dernier puisse encadrer formellement cette prérogative du gouvernement, en particulier par la définition dans la loi d'une limite à ne pas dépasser.

Article 8 – Le Conseil d'Etat

Le chiffre 2 de l'alinéa 1 tient désormais compte d'une double nouveauté :

1. la distinction entre hôpitaux (pour lesquels l'Etat ne participe plus directement au financement des investissements) et EMS (pour lesquels l'Etat participe directement au financement des investissements) ;
2. le passage d'un financement des investissements des EMS objet par objet, à un financement sur la base d'un programme pluriannuel des investissements. A ce propos, le chef du DSAS se veut rassurant en soulignant que la COFIN et la CTSAP donneront leur préavis sur lesdits investissements.

Article 18a – Liste LAMal et mandat de prestations

Alinéa 2

Sous réserve des dispositions prévues par la LAMal, le Conseil d'Etat peut donc décider en tous temps de procéder à une révision de la liste LAMal cantonale.

Alinéa 4

Depuis la consultation sur l'Avant-projet, peu de changements ont été enregistrés concernant les intentions des cliniques privées : deux grands acteurs (La Source et Genolier) maintiennent leur souhait de rejoindre le régime conventionné (hors planification cantonale, mais avec les possibilités de reconnaissances partielles et provisoires), les autres continuant à manifester leur volonté de rallier le régime planifié, tout en demandant des règles plus souples.

A titre d'illustration, le chef du DSAS évoque le bilan mitigé qui a été tiré de l'utilisation, durant l'hiver 2009-2010, d'une partie des capacités des cliniques privées pour couvrir les besoins du canton et désengorger ainsi le CHUV. Ce bilan met en lumière le problème du refus des cliniques d'accepter certains patients (notamment affectés de maladies nosocomiales), ce qui a conduit au sous-emploi des capacités louées pour l'occasion. Cette expérience illustre selon lui la difficile mise en concurrence, avec les mêmes tarifs, d'institutions pratiquant en fait deux métiers différents : soigner des patients sélectionnés et qui choisissent leur établissement de soins ou soigner toute personne qui le nécessite.

Par ailleurs, bien que le nombre actuel de Vaudois hospitalisés dans un autre canton soit connu, l'incertitude règne encore quant à la quantification des besoins qui seront couverts par des hôpitaux hors canton consécutivement à l'exercice du libre choix de l'hôpital par les patients. Au demeurant, une coordination des planifications cantonales est prévue par le législateur fédéral afin d'empêcher tout flux intercantonal préjudiciable de patients, dépassant par exemple la capacité d'accueil d'un établissement ou d'un canton.

Le chef du DSAS explique la volonté de la plupart des cliniques, malgré leurs réticences, de rejoindre le régime planifié, par crainte de voir les assureurs les délaisser au profit du secteur privé des hôpitaux de zone et du CHUV, ce qui permettrait aux assureurs d'obtenir des tarifs plus bas pour les prestations en secteur privé. Afin de répondre à cette crainte, il avance la piste, comme le lui proposent les cliniques privées, de demander aux hôpitaux de zone et au CHUV de limiter l'essor de leur secteur privé.

Cette hypothèse ayant fait vivement réagir le comité de la FHV, l'essentiel de la dernière séance de commission a été consacrée à en évaluer les conséquences. Il en ressort que :

- Il est patent que les hôpitaux, en particulier de l'arc lémanique, équilibrent leurs comptes grâce aux bénéfices réalisés sur l'activité en chambres (semi-)privées ; des bénéfices entièrement réinvestis dans la couverture de prestations chroniquement déficitaires, tels les services d'urgences.
- Cette manne permet également de compenser les manques à gagner liés au système plafonnant les recettes via le budget global là où les besoins croissent le plus vite. De sorte que si une telle concession était faite aux cliniques, ce serait inévitablement au détriment des hôpitaux de la FHV et de l'ensemble de la population, qui auraient de surcroît de bonnes raisons de se sentir trahis par ce revirement non négocié, synonyme de faillites dans les 5 ans ou d'une cantonalisation forcée.
- Au CHUV, vu son rôle formateur, il est important de préserver un certain volume d'activité privée, non pour le confort hôtelier mais pour l'opportunité de traiter certains cas très "pointus", ce d'autant que cela fait partie du cahier des charges des médecins-cadres.

Le chef du DSAS entend ces arguments tout en estimant que le volume croissant d'actes médicaux à prodiguer est tel qu'il y a du travail pour tous. Il s'agit donc de mettre les cliniques privées, la FHV et

le CHUV à la même table de négociation pour se répartir les activités, sans dogmatisme. Et c'est ce qu'il a prévu de faire ces prochains mois, ne serait-ce que pour utiliser au mieux la capacité des plateaux techniques. Il est donc à la recherche d'un équilibre et d'une complémentarité, voire d'une plus grande perméabilité favorisant la pratique privée de médecins de cliniques sur le plateau technique du CHUV, et vice versa. Une commissaire appuie cette position en prenant l'exemple de la chirurgie orthopédique, où des mandats de prestations à des cliniques privées permettent ponctuellement de réduire les temps d'attente et parfois les arrêts de travail liés.

La commission partage cette stratégie et adopte à l'unanimité l'article tel que rédigé.

Article 18b – Délégation de prestations

Cet article constitue, avec l'article 4, alinéa 4bis (RIP accordée pour une durée limitée) et l'article 35b (inscription provisoire d'un hôpital non RIP sur la liste LAMal), un des trois moyens permettant d'assurer la couverture des besoins dans un domaine particulier, via une convention avec un hôpital ou une clinique qui ne pourrait ou ne voudrait pas se conformer à tous les critères posés pour la RIP. L'article 18b vise l'intégration pérenne d'activités spécifiques (exemple : le rapport qui lie l'Hôpital ophtalmique au CHUV) plutôt que le recrutement de capacités supplémentaires en cas de nécessité (épidémie par exemple) et pour laquelle existe la RIP temporaire, voire la clause de police permettant la réquisition. Dans le cadre de la délégation de prestations, c'est l'hôpital délégateur qui assume la responsabilité des prestations fournies par l'hôpital délégataire.

La CTSAP s'est préoccupée du mode d'attribution de ce genre de mandats, notamment de l'obligation ou non d'un passage par les marchés publics, ce qui n'est pas le cas. Par contre, le chef du DSAS s'est dit ouvert à l'élargissement aux associations représentatives (partenaires sociaux et associations faitières notamment) du cercle des acteurs consultés par le département avant approbation ou non de toute délégation de prestations (cf. alinéa 2).

Amendement: afin de prévenir les cas possibles de conflit d'intérêts et dans l'optique d'établir en la matière une égalité de traitement avec les EMS, un amendement consistant à reprendre par analogie, dans un alinéa 3 nouveau de l'article 18b, l'esprit de l'article 4g, alinéa 5, tel que modifié par la commission, a été accepté à l'unanimité : "**La délégation de prestations est interdite lorsqu'elle place la direction ou l'organe suprême de l'hôpital dans un conflit d'intérêts préjudiciable à sa bonne gestion. Le Conseil d'Etat règle les modalités d'application, en tenant compte notamment de l'avis et des recommandations des associations faitières**".

Article 23 – Mandat des hôpitaux d'intérêt public

La nécessaire prise en compte des besoins en formation n'apparaît pas ici car elle est déjà mentionnée dans les critères à respecter pour obtenir la RIP (cf. article 4, lettre j).

Article 23a – Mandat des EMS d'intérêt public

La CTSAP observe que la description du mandat général des EMS est sensiblement plus précise que celle des hôpitaux. Cependant, elle se convainc que cela ne saurait freiner l'inévitable évolution des prestations. De même, le terme "hébergement" est employé dans l'article de façon suffisamment générique pour ne pas enfermer trop étroitement la définition des mandats des EMS.

Amendement: pour éviter de laisser supposer que la vieillesse s'apparente à une maladie, la commission accepte à l'unanimité l'amendement consistant à supprimer le mot "**autre**" au 4ème tiret de l'alinéa 1.

Article 26e – Investissements périodiques des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public

Le mécanisme des investissements périodiques est remplacé par un contrôle des seuls investissements stratégiques des hôpitaux RIP, exercé par le Conseil d'Etat et le Grand Conseil (programmes quinquennaux des investissements prévus, soumis au Grand Conseil ; cf. article 4h, alinéa 3 tel qu'amendé par la commission). La définition des investissements de nature stratégique est fournie à l'article 4h, alinéa 2 et fera l'objet de précisions par voie réglementaire. A noter que, pour le chef du DSAS, ce contrôle ne participe pas d'une clause du besoin, celle-ci représentant une règle de limitation de l'offre de tous les secteurs de la santé confondus et pas uniquement concernant le secteur stationnaire subventionné.

Pour le financement des investissements des EMS, il est prévu une enveloppe budgétaire annuelle, soumise au Grand Conseil, et une présentation des projets que le département entend soutenir dans l'année auprès du Conseil d'Etat.

Politiquement, il est à considérer que ce mode de gestion des investissements constitue un sensible assouplissement pour les hôpitaux, par rapport l'actuelle LPFES, mais réduit les possibilités de contrôle parlementaire, ce que la CTSAP admet toutefois.

Article 26g – Coûts des soins

Le projet renonce à exiger des bénéficiaires des prestations à domicile une participation au solde du coût des soins, ceci dans l'esprit d'une politique incitative de promotion du recours à l'aide et aux soins à domicile (contrairement aux EMS pour les résidents financièrement autonomes – env. 15% – qui s'acquittent d'une participation aux coûts de 10%). Cette option peut être perçue comme une inégalité de traitement envers ceux qui, en raison de l'atteinte à leur santé, n'ont pas la possibilité de rester à domicile et sont contraints de vivre en institution. Cependant, un recours ne serait pas recevable car le droit fédéral laisse une bonne marge de manœuvre en la matière. D'autres cantons prévoient d'ailleurs des dispositions similaires à celles envisagées ici.

A noter que, du moment que le droit fédéral fixe un montant maximal par jour et par personne à charge de l'AOS pour les soins de longue durée, la participation des résidents aux coûts présente un plafond. Par ailleurs, signalons que l'Association de communes vaudoises (ADCV) et l'Union des communes vaudoises (UCV) auraient souhaité que la contribution des résidents se monte à 20% comme le permet le droit fédéral, alors que l'AVDEMS estime que 10% doit être un maximum ; une option reprise à la CTSAP.

Article 26h – Structures de soins de jour ou de nuit

La commission salue la référence faite à des structures de soins de nuit (UAT de nuit par exemple), propres à soulager les proches des patients, et plaide pour leur développement, la coordination de l'offre en la matière ainsi que pour l'amélioration de l'information sur l'offre à disposition.

Le deuxième tiret de la lettre b de l'alinéa 2 ne doit pas être compris comme un droit du patient mais bien comme un critère de qualité des prestations que doit remplir une structure qui entend bénéficier de l'argent public.

Article 27 – Prestations LAMal stationnaires

Au sens de la LAMal, seuls les assureurs et les fournisseurs de prestations de soins sont les partenaires tarifaires. C'est pourquoi, à l'alinéa 2, il est indiqué que le département peut participer aux négociations tarifaires, et non pas que le département participe aux négociations tarifaires. Les tarifs arrêtés par les partenaires sont toutefois soumis à l'approbation du Conseil d'Etat, les décisions du Conseil d'Etat étant sous contrôle du Tribunal administratif fédéral.

Proposition d'ajout d'un article 27bis

A la demande de l'Association vaudoise des cliniques privées qui jugent que l'ensemble du projet présenté est contraire à l'esprit de la LAMal, un commissaire dépose l'amendement consistant à ajouter un article 27bis formulé de la façon suivante : "**Les hôpitaux non reconnus d'intérêt public peuvent également prétendre au financement de la part de l'Etat conformément à l'article 27 à condition qu'ils : a) répondent à la couverture des besoins et figurent sur la liste LAMal, b) respectent les conditions énumérées à l'article 4 et suivants, à l'exception de celles posées par l'alinéa 1, lettres f à h, par l'alinéa 1ter, par les articles 4b, alinéas 1 et 2, 4c, 4d et 4h, alinéas 2 à 6, et se soumettent à la surveillance financière du département conformément aux dispositions du chapitre IVbis, à l'exception de l'article 32f, alinéa 1, chiffre 2 et de l'alinéa 1bis**". Un autre commissaire avance que cet ajout peut se justifier par analogie avec l'article 26g, alinéa 3, qui donne droit aux EMS non RIP de prétendre au financement résiduel à charge de l'Etat, moyennant le respect de seulement certains des critères permettant l'obtention de la RIP.

Cette proposition politiquement centrale a été longuement analysée par la CTSAP qui a retenu les arguments suivants:

- l'adoption d'un tel amendement instaurerait une inégalité de traitement juridiquement intenable, et contraire à toute logique concurrentielle, entre les hôpitaux RIP et les hôpitaux non RIP qui obtiendraient la même part de financement public que les premiers tout en n'ayant pas à respecter les mêmes règles. Un recours des hôpitaux RIP contre une telle disposition aurait de fortes chances d'aboutir ;
- il serait étrange de fausser les règles pour pratiquement un seul acteur : les cliniques du groupe Hirslanden, puisque de fait, il n'y a guère qu'elles qui soient concernées ;
- l'analogie avec l'article 26g, alinéa 3, est discutable dans la mesure où les EMS non reconnus d'intérêt public ne bénéficient pas de subventionnement pour leurs investissements. En outre, en ce qui concerne les EMS, l'impact du projet actuel n'est que de 1 million environ pour l'Etat, alors que ce sont plusieurs dizaines de millions qu'il faudrait verser aux cliniques en cas d'acceptation de l'amendement ;
- au surplus, l'Association Vaud Cliniques s'est dite prête – par lettre du 22.11.2011 au chef du DSAS – à accepter le projet de loi en échange de mesures ménageant leur potentiel d'activités.

Compte tenu de la discussion et de ses rebondissements récents, la commission refuse, par 0 voix pour, 8 voix contre et 7 abstentions, l'amendement consistant à ajouter l'article 27bis.

Article 29 – Budget global

La CTSAP a été intriguée par le fait que le projet de LPFES fasse perdurer le système du budget global alors que la LAMal 2012 généralise le paiement à l'acte (par DRG). Cependant, le chef du DSAS relève que ce dispositif qui consiste à ne pas financer à plein tarif l'activité d'un hôpital dépassant un plafond négocié, sur la base du volume d'activité de l'année précédente, pousse les établissements à contenir leur volume d'activité et/ou à réaliser des gains de productivité. Il permet également de soutenir un hôpital qui connaît une chute d'activités sans pouvoir immédiatement adapter son organisation.

Le revers de la médaille est cependant une difficulté du système à prendre en compte l'évolution des besoins, à l'évidence différente selon qu'on est sur l'arc lémanique ou dans une région périphérique. Cet enjeu de l'adaptation de l'enveloppe s'ajoutant au fait que la répartition historique de celle-ci comportait déjà un biais visant à aider les régions moins favorisées.

Cependant, le mécanisme de l'enveloppe globale, qui est du reste utilisé dans le canton depuis plusieurs années, demeure compatible avec le système de DRG selon le DSAS.

Article 35b – Inscription provisoire d'un hôpital non reconnu d'intérêt public sur la liste LAMal

Cet article constitue un volant de manœuvre dans le sens où il permet en particulier d'intégrer au dispositif, pour un temps, une clinique dont les capacités sont utiles à la couverture des besoins et qui n'aurait pas encore trouvé des assureurs avec qui contracter. Charge alors au Conseil d'Etat de définir des conditions qui ne faussent pas la concurrence au détriment des hôpitaux RIP.

Article 2 du projet de loi modifiant la LPFES

Amendement: pour des raisons techniques, le responsable juridique au SSP indique que cet article devrait être corrigé de la façon suivante : "La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2012, à l'exception des modifications des articles 3a, 2ème tiret, 4 alinéa 1bis, 4g, 7 alinéa 1er chiffres 2 et 3, 8 **alinéa 1er** chiffres 2bis **et 2ter et alinéas 2 et 3**, ~~9 alinéa 1er chiffres 6 et 7 et alinéa 2~~, 23a, 26g, 26h, 26i, 26j et 29b, qui entrent en vigueur le 1er janvier 2011".

Vote de recommandation d'entrée en matière sur le projet de LPFES tel qu'amendé : 9 voix favorables, 0 opposition et 6 abstentions. Il n'est pas annoncé de rapport de minorité.

Lecture article par article du projet de loi modifiant la loi sur la santé publique (LSP)

Alors que les modifications de la LPFES portent prioritairement sur les hôpitaux et les EMS, les modifications de la LSP concernent avant tout les organisations de soins à domicile, avec deux changements essentiels : (1) la définition des "soins aigus et de transition" (cf. article 143f) et (2) l'établissement des critères que les organisations de soins à domicile doivent remplir pour recevoir les subventions de l'Etat (cf. article 143g).

Article 143f – Définition

Concernant la lettre a de l'alinéa 1, deux commissaires soulignent l'extrême difficulté de permettre que, quelles que soient les conditions, les personnes qui le souhaitent puissent décider de rester dans leur environnement familial et social. A ce titre, l'ajout de l'expression "dans la mesure du possible" ferait sens.

Le chef du DSAS indique à ce sujet que, comme dans un hôpital, un EMS ou chez un médecin, le patient qui en l'occurrence bénéficie des soins à domicile, ne dispose pas d'un droit infini aux soins. Ce droit s'inscrit dans les limites des capacités des fournisseurs de prestations. De même, les dispositions légales stipulent aussi que l'AVASAD est contrainte d'admettre tous les patients, dans la limite de ses capacités. La charte de l'AVASAD en cours d'élaboration permettra de mieux tracer cette limite. Pour le surplus, la justice tranchera les cas litigieux, au demeurant peu nombreux.

A l'unanimité, la commission adopte l'article tel que rédigé.

Article 143g – Conditions d'exploitation

Amendement rédactionnel: à l'alinéa 2, lettre a, le mot "parentèle" doit être remplacé par le mot "patientèle".

A l'unanimité, la commission adopte l'article tel que corrigé.

Vote général de recommandation d'entrée en matière sur le projet de LSP tel qu'amendé : oui à l'unanimité.

Lecture article par article du projet de loi modifiant la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)

Les modifications proposées permettent l'adaptation au nouveau cadre légal fédéral en définissant mieux les UAT et les courts séjours. Ces modifications permettent de même une mise en adéquation avec la loi sur les subventions, en particulier pour ce qui concerne les courts séjours.

Article 15 – Aide individuelle

Amendement rédactionnel: à l'alinéa 2, le mot "personnes" doit être ajouté : "Les modalités de financement, notamment par subvention cantonale ainsi que par les **personnes** accueillies, sont fixées [...]".

A l'unanimité, la commission adopte l'article tel que corrigé.

Vote de recommandation d'entrée en matière sur le projet de LAPRAMS tel qu'amendé : oui à l'unanimité.

Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat F. Payot

Le postulant estime que l'EMPL, ainsi que son examen par la CTSAP, ont permis de lui apporter les informations attendues.

Vote de recommandation sur la Réponse au postulat : oui unanime.

Gland, le 18 décembre 2010.

Le président :
(Signé) *Philippe Martinet*

Texte actuel

Projet amendé par la commission

PROJET DE LOI

Modifiant la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES)

du 16 août 2010

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD
vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat
décrète

Article premier

¹ Vu les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) des 21 décembre 2007 et 13 juin 2008, la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public est modifiée comme il suit :

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Objet et but de la loi

¹ La présente loi a pour objet la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins.

² Son but est d'assurer la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable pour la collectivité, ainsi que de fournir une information appropriée à la population.

Art. 2 Etablissement sanitaire

¹ La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique définit la notion de l'établissement sanitaire ainsi que les conditions d'autorisation pour construire, transformer et exploiter un tel établissement.

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Objet et but de la loi

¹ La présente loi a pour objet la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public.

² Sans changement.

Art. 2 Etablissements sanitaires

¹ Sans changement.

Texte actuel

Art. 3 Catégories d'établissements sanitaires

¹ 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 ;
1. 4. les établissements sanitaires privés qui ne bénéficient pas de la reconnaissance d'intérêt public.

² 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").

³ 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 et 32b.

Art. 3 a Types d'établissements

¹ En regard de leurs missions, les types d'établissements sanitaires sont les suivants :

– 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. 18ss) précisent leurs missions.

– 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.

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

– 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.

Projet amendé par la commission

Art. 3 Catégories d'établissements sanitaires

¹ Les établissements sanitaires se divisent en quatre catégories :

ch. 1 et 2 : sans changement.

3. les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, pour tout ou partie de leur activité.

ch. 4 : sans changement.

² Sans changement.

³ Les établissements sanitaires nommés sous chiffre 4 ne bénéficient pas de subventions de l'Etat et ne sont pas soumis à la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 3a, 3b, 18 et suivants, 23a, 26g et 32b.

Art. 3 a Types d'établissements

¹ En regard de leurs missions, les types d'établissements sanitaires sont les suivants :

- Hôpitaux

- Les hôpitaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de types A, B et C, avec ou sans caractère universitaire. Leurs missions et les prestations qu'ils peuvent fournir sont précisées par la planification cantonale, respectivement par le mandat de prestations établi conformément aux articles 18 et suivants.

- Etablissements médico-sociaux (EMS)

1^{er} tiret : sans changement.

- Les EMS peuvent fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie et de la loi sur la santé publique dans les limites prévues par la planification cantonale et le mandat de prestations établi conformément aux articles 18 et suivants.

Texte actuel

Projet amendé par la commission

3^{ème} et 4^{ème} tirets : sans changement.

- Maisons de naissance

Les maisons de naissance sont des établissements sanitaires qui ont pour mission la prise en charge d'accouchements présumés sans complications sur un mode ambulatoire ou en permettant en outre un hébergement post partum.

~~Les maisons de naissance sont assimilées à des hôpitaux au sens de la présente loi.~~ **Les dispositions relatives aux hôpitaux s'appliquent par analogie aux maisons de naissance.**

- Etablissements de soins intégrés

~~Les établissements de soins intégrés assument plusieurs des missions définies dans les alinéas précédents, ainsi que d'autres prestations sanitaires subventionnées par les pouvoirs publics. Le financement de leurs différentes activités s'effectue conformément à la législation applicable. Le Conseil d'Etat peut toutefois décider de regrouper les différentes contributions de l'Etat dans une seule subvention ; cas échéant, il en détermine les modalités d'application, en particulier les bases de calcul de la contribution de l'Etat et ses modalités de versement.~~

Art. 3 b Types de lits

¹ Les types de lits sont les suivants :

- Type A

- Lits destinés à des personnes atteintes d'affections aiguës nécessitant la mise en oeuvre de mesures médicales continues et intensives. Les moyens d'investigation, d'intervention et de traitement qui en découlent sont importants en termes d'équipement et de personnel.

- Le séjour est en règle générale de courte durée.

- Type B

- Lits destinés à des personnes atteintes d'affections aiguës ou non stabilisées, nécessitant la mise en oeuvre de traitements médicaux, de mesures de réadaptation ou de soins palliatifs. Les moyens d'investigation et de traitement qui en découlent sont moins importants en termes d'équipement et de personnel

Art. 3 b Types de lits

¹ Les types de lits sont les suivants :

1^{er} tiret : sans changement.

2^{ème} tiret : sans changement.

3^{ème} tiret : sans changement.

- Type "Maison de naissance"

Lits à vocation hôtelière destinés au séjour post partum.

Texte actuel

que pour les lits A.

– Le séjour est en règle générale de moyenne durée.

– Type C

– Lits destinés à des personnes atteintes d'affections chroniques nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte de leur autonomie et, dans la mesure du possible, à la maintenir, voire à la récupérer.

– Le séjour peut être de courte ou de longue durée.

– Les établissements médico-sociaux doivent assurer la qualité de la vie quotidienne aux pensionnaires hébergés pour une longue durée.

Art. 4 Reconnaissance du caractère d'intérêt public

¹ 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 aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement, notamment à leurs exigences en matière de restructuration de l'offre hospitalière et d'hébergement, et de qualité ;
- 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 d'une convention collective de travail de force obligatoire existante ou à défaut les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail selon l'article 4b ;
- f. appliquer les règles relatives à l'achat de biens et de services

Projet amendé par la commission

Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public

¹ 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 conformément à la planification cantonale ;
- b. accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation, tout malade que son équipement et son mandat lui permettent de soigner ;
- ~~e. se soumettre à la présente loi et à ses dispositions d'application, ainsi qu'aux autres dispositions légales qui lui sont applicables ;~~
- d. disposer d'un système d'information répondant aux exigences posées par le Conseil d'Etat afin de contribuer à la qualité, à l'efficacité, à l'efficacé et à la sécurité des prises en charge, d'assurer la comparabilité des données produites et de se conformer à la stratégie nationale en matière de cybersanté lettres e) à h) : sans changement ;
- i. se soumettre aux règles édictées par le département, après consultation des partenaires, en matière d'échange électronique de données sur le patient entre institutions sanitaires subventionnées et avec les autres partenaires sanitaires ;
- j. appliquer les dispositions fixées par le Conseil d'Etat en matière de formation des professions médicales et non médicales de la santé.

Texte actuel

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 ;
- h. adhérer au réseau de soins régional conformément à la législation y relative.

^{1bis} 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 faîtières, 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 faîtières, 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.

² La reconnaissance d'intérêt public fonde le droit de l'établissement à la contribution financière de l'Etat.

³ Le département décide du caractère d'intérêt public d'un établissement sanitaire.

⁴ 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.

Projet amendé par la commission

^{1bis} S'il s'agit d'un EMS, il doit en outre remplir les conditions suivantes :

- lettres a) à d) : sans changement ;
- e. se soumettre aux dispositions prévues par l'article 4g en matière de sous-traitance d'activité.

^{1ter} S'il s'agit d'un hôpital il doit, outre les conditions posées par l'alinéa 1^{er}, se soumettre au contrôle de l'Etat sur ses investissements, ainsi qu'aux dispositions édictées en la matière par le Conseil d'Etat conformément à l'article 4h. **Il doit également se soumettre aux dispositions de l'article 18b en matière de délégation de prestations.**

² Sans changement.

³ Le Conseil d'Etat décide du caractère d'intérêt public d'un établissement sanitaire. Il tient à disposition des tiers intéressés la liste des établissements reconnus d'intérêt public.

⁴ La reconnaissance peut être accordée pour une partie seulement de l'activité de l'établissement. Dans un tel cas, l'établissement doit remplir les conditions posées par le présent article.

Texte actuel

⁶ 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.

⁷ 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.

Art. 4 b Conditions d'engagement et de travail

¹ En l'absence de conventions collectives 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.

Projet amendé par la commission

^{4bis} La reconnaissance peut également être accordée pour une durée limitée dans le temps pour une période maximum de trois ans. Dans un tel cas, ainsi que pour les maisons de naissance, le Conseil d'Etat peut adapter les conditions à respecter par l'établissement pour être reconnu d'intérêt public en application du présent article, conformément au principe de proportionnalité.

^{4ter} La reconnaissance d'intérêt public peut être assortie de conditions ou de charges. L'établissement peut en particulier être tenu d'informer le département préalablement à toute modification d'activité ayant un impact sur son mandat de prestations. Les modalités d'information, notamment le délai à respecter, sont fixées dans le contrat de prestations mentionné à l'article 29a. En cas de cessation d'activité, l'établissement doit en tout cas respecter un délai de résiliation de deux ans ; le département peut réduire ce délai dans la mesure où la couverture des besoins est assurée.

⁶ Sans changement.

⁷ Sans changement.

⁸ Tout hôpital nouvellement reconnu d'intérêt public dispose d'un délai de deux ans pour se conformer aux conditions posées par les alinéas qui précèdent. Si nécessaire, le département peut prolonger ce délai d'une année au maximum. Dans tous les cas, le département définit avec cet établissement un calendrier de réalisation de cette mise en conformité.

Art. 4 b Conditions d'engagement et de travail

¹ Sans changement.

Texte actuel

² Dans tous les cas, après consultation des associations faïtières, il fixe un barème de rémunération 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.

Art. 4 c Achat de biens et de services

¹ Les établissements sanitaires d'intérêt public doivent tout mettre en oeuvre pour obtenir la meilleure économie possible dans leurs achats de biens et services.

² Ils peuvent participer à l'organisation de centrales d'achats et de sociétés de services.

³ En l'absence de résultat probant, le Conseil d'Etat peut, après consultation des associations faïtières, fixer des règles en la matière. Dans ce cadre, il peut notamment contraindre les établissements à organiser leurs achats en commun ou à adhérer à une centrale d'achats.

⁴ La législation sur les marchés publics est réservée.

Art. 4 d Distribution du bénéfice

¹ 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.

Art. 4 e Contrat d'hébergement

¹ 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.

² Un contrat-type minimal est proposé par les associations faïtières représentant les EMS au plus tard six mois après l'entrée en vigueur du présent article. Il est soumis au département pour approbation.

Projet amendé par la commission

² Sans changement.

Art. 4 c Achat de biens et de services

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Sans changement.

Art. 4 d Distribution du bénéfice

¹ Sans changement.

Art. 4 e Contrat d'hébergement

¹ Sans changement.

² Sans changement.

Texte actuel

³ En l'absence de propositions des associations faîtières, le Conseil d'Etat peut fixer le contenu du contrat-type minimal.

Art. 4 f Fourniture de prestations non couvertes par la présente loi

¹ 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 et que celle-ci lui fait encourir des risques économiques, ou génère des profits ne lui revenant pas intégralement, il doit créer à cet effet une structure juridique indépendante.

² Les relations entre l'EMS et cette structure juridique font l'objet d'une convention qui est soumise au département pour approbation.

³ Le département peut accorder des dérogations à l'obligation prévue à l'alinéa 1, sur la base d'une demande motivée de l'EMS.

Projet amendé par la commission

³ Sans changement.

Art. 4 f Fourniture de prestations non couvertes par la présente loi

¹ Si un établissement sanitaire reconnu d'intérêt public au sens de l'article 4 alinéa 3 entend développer une activité commerciale visant à fournir des prestations ne relevant pas de la présente loi et que celle-ci lui fait encourir des risques économiques, ou génère des profits ne lui revenant pas intégralement, il doit créer à cet effet une structure juridique indépendante.

² Les relations entre l'établissement sanitaire et cette structure juridique font l'objet d'une convention qui est soumise au département pour approbation.

³ Le département peut accorder des dérogations à l'obligation prévue à l'alinéa 1, sur la base d'une demande motivée de l'établissement.

Art. 4 g Sous-traitance

¹ Le recours par un EMS reconnu d'intérêt public à ~~du personnel employé par~~ une société tierce pour fournir des prestations relevant de sa mission (ci-après : sous-traitance) ne peut excéder en moyenne annuelle 25% du total des charges d'exploitation de l'établissement concerné.

² Le département peut accorder des dérogations à la règle posée par l'alinéa premier sur la base d'une demande d'un EMS qui fait valoir que la sous-traitance permet à plusieurs EMS d'organiser en commun leurs achats de biens ou de services ou qu'elle constitue d'une manière générale une solution novatrice permettant d'obtenir la meilleure économie possible ou encore qu'elle est indispensable pour des raisons indépendantes des choix de gestion de l'EMS.

³ Dans tous les cas, la société de sous-traitance doit appliquer les mêmes conditions de travail que celles applicables aux EMS ou les conditions de travail de la branche concernée.

Texte actuel

Projet amendé par la commission

⁴ La sous-traitance doit être conforme au principe d'économicité prévu à l'article 4c de la présente loi. La surveillance financière du département prévue à l'article 32a porte également sur le respect de ce principe. A cette fin, la sous-traitance fait l'objet d'un contrat écrit **garantissant l'application de la présente loi et** détaillant la nature et le volume des prestations fournies, ainsi que les prix facturés.

~~⁵ La sous-traitance est dans tous les cas interdite lorsqu'elle place la direction ou l'organe suprême dans un conflit d'intérêts préjudiciable à la bonne gestion de l'EMS. Cette interdiction est en particulier applicable à la sous-traitance à une société dans laquelle un membre de la direction ou de l'organe suprême a des intérêts privés. De même, l'EMS ne peut confier de mandat commercial à un membre de sa direction ou de son organe suprême.~~ **La sous-traitance et l'octroi de mandats commerciaux sont interdits lorsqu'ils placent la direction ou l'organe suprême dans un conflit d'intérêts préjudiciable à la bonne gestion de l'EMS. Le Conseil d'Etat règle les modalités d'application en tenant compte notamment de l'avis et des recommandations des associations faitières.**

Art. 4 h Contrôle des investissements

¹ Les hôpitaux d'intérêt public sont responsables de la gestion de leurs investissements dans les limites fixées par le mandat de prestations.

² Pour contribuer à assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses, les décisions d'investissement structurel ou en grands appareils qui ont un effet sur la localisation, la dimension et la nature de l'offre hospitalière sont soumises au contrôle du Conseil d'Etat. Celui-ci fixe les critères qui déterminent les investissements concernés.

³ Le contrôle du Conseil d'Etat sur ces investissements s'exerce selon les modalités suivantes :

a. chaque hôpital soumet tous les cinq ans au Conseil d'Etat pour approbation un programme pluriannuel des investissements prévus. **Ces programmes font l'objet d'un rapport consolidé soumis au Grand Conseil.**

Texte actuel

Projet amendé par la commission

b. le département contrôle régulièrement la bonne exécution du programme pluriannuel, en particulier dans le cadre de l'évaluation et du suivi du contrat de prestations passé avec l'hôpital concerné.

⁴ Le département contrôle en outre que les hôpitaux respectent les règles fixées par le Conseil d'Etat en matière de comptabilisation des ressources d'investissement, d'amortissement et d'entretien. Chaque hôpital doit à cet égard constituer un fonds de rénovation et provisionner les montants non utilisés, selon les modalités définies par le Conseil d'Etat.

⁵ Les hôpitaux doivent fournir au département les informations nécessaires à la mise en oeuvre du présent article, conformément aux dispositions arrêtées par le Conseil d'Etat.

⁶ Les modalités spécifiques de contrôle des investissements prévues par la loi sur les Hospices cantonaux sont réservées.

Art. 5 Les partenaires de l'Etat

¹ On entend par partenaires de l'Etat au sens de la présente loi (ci-après : "les partenaires") :

- la Société vaudoise de médecine (SVM) ;
- la Fédération vaudoise des assureurs-maladie (FVAM) ;
- le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV) ;
- l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) ;
- l'Organisme médico-social vaudois (OMSV) ;
- l'Association vaudoise des cliniques privées (AVCP) ;
- l'Association suisse des infirmières et infirmiers, Section Vaud (ASI-VD) ;
- une ou plusieurs association(s) de consommateurs ou de patients désignée(s) par le département.

² Le Conseil d'Etat peut compléter la liste ci-dessus.

Art. 5 Les partenaires de l'Etat

~~¹ On entend par partenaires de l'Etat au sens de la présente loi (ci-après : "les partenaires") :~~

~~¹ ^{er} tiret : sans changement~~

~~– l'association des assureurs maladie santé suisse ;~~

~~– la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) ;~~

~~⁴ ^{ème} tiret : sans changement ;~~

~~– l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) ;~~

~~– l'Association Vaud cliniques ;~~

~~⁷ ^{ème} et ⁸ ^{ème} tirets : sans changement ;~~

~~– la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS) ;~~

~~– les réseaux de soins. **Abrogé.**~~

~~² Sans changement. **Abrogé.**~~

Texte actuel

Art. 6 Répartition des compétences

a) Etat

¹ Pour atteindre le but défini à l'article premier, l'Etat exerce les compétences suivantes :

1. il finance les investissements des établissements sanitaires d'intérêt public dans les limites fixées aux articles 26 et suivants ;
2. il finance la part des dépenses d'exploitation en division commune des hôpitaux d'intérêt public qui lui incombe en vertu de la LAMal . Conformément à cette même loi, il prend en charge les dépenses de formation et de recherche ;
3. ...
4. il définit les modalités de sa participation financière aux établissements sanitaires d'intérêt public ;
5. il passe des contrats de prestations avec les établissements sanitaires d'intérêt public, qui définissent les objectifs à atteindre par ceux-ci et qui servent de base au calcul de sa participation financière ;
6. il garantit la fourniture d'une information suffisante à la population ;
7. il établit la planification cantonale sous la forme de règlements d'application de la présente loi et promulgue les listes des hôpitaux et des EMS, conformément à l'article 39 LAMal.

³ Il veille à ce que les structures de financement, en particulier la répartition entre sa participation et celle des assureurs, incitent à une prise en charge économique de la population.

Art. 6 a b) Etablissements sanitaires d'intérêt public

¹ Les établissements sanitaires d'intérêt public sont responsables de leur gestion.

² Ils doivent se conformer à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement.

³ La loi sur les Hospices cantonaux est réservée.

Projet amendé par la commission

Art. 6 Répartition des compétences

a) Etat

¹ Pour atteindre le but défini à l'article premier, l'Etat exerce les compétences suivantes :

1. il finance les charges d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi, à ses dispositions d'application et aux dispositions fédérales applicables.
ch. 2 : abrogé ;
ch. 4 et 5 : abrogés ;
6. il veille à la qualité et à l'économicité des prestations et garantit la fourniture d'une information suffisante à la population ;
7. il établit la planification cantonale, attribue les mandats de prestations et promulgue les listes des hôpitaux et des EMS conformément à la présente loi, à ses dispositions d'application et aux dispositions fédérales applicables.

³ Abrogé.

Art. 6 a b) Etablissements sanitaires d'intérêt public

¹ Sans changement.

² Ils doivent se conformer à la présente loi et à ses dispositions d'application, ainsi qu'aux autres dispositions légales qui leur sont applicables.

³ Sans changement.

Texte actuel

Art. 6 b Informations statistiques

¹ Tous les établissements sanitaires définis à l'article 3 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.

Chapitre II Autorités et commissions : compétences

Art. 7 Le Grand Conseil

¹ Le Grand Conseil se prononce sur la planification et le financement du réseau des établissements sanitaires d'intérêt public :

1. en accordant, par voie de décret, les crédits d'ouvrage aux établissements sanitaires constituant une institution de droit public et aux établissements sanitaires cantonaux ;
2. en décidant, par voie de décret, d'octroyer la garantie de l'Etat et les moyens nécessaires au financement des investissements des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public, dans les limites que les articles 31, 34 et 35 de la loi sur les finances prévoient pour les crédits d'investissement, les crédits d'étude et les crédits additionnels ;
- 2bis. en accordant, par voie de décret, les moyens nécessaires à la prise en charge des investissements périodiques et des investissements informatiques des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public, conformément à l'article 26e ;
3. en accordant, par la voie du budget ordinaire, les moyens destinés à financer les intérêts et amortissements des emprunts contractés par les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public avant l'entrée en vigueur de la présente loi, sous réserve de conventions contraires ;
4. en accordant, par la voie du budget ordinaire, les moyens destinés à financer la participation de l'Etat aux dépenses d'exploitation résultant de l'hospitalisation en division commune dans les hôpitaux d'intérêt public, ainsi qu'aux dépenses de formation et de recherche ;
5. ...

Projet amendé par la commission

Art. 6 b Informations statistiques

¹ Abrogé.

Chapitre II Autorités et commissions : compétences

Art. 7 Le Grand Conseil

¹ Le Grand Conseil se prononce sur la planification et le financement du réseau des établissements sanitaires d'intérêt public :

1. en accordant, par voie de décret, les crédits d'ouvrage ou la garantie de l'Etat pour les investissements des établissements sanitaires cantonaux et des établissements sanitaires constitués en institution de droit public ;
2. en déterminant chaque année, par voie de décret, le montant maximum des garanties que le Conseil d'Etat peut octroyer au nom de l'Etat pour les emprunts contractés par des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public afin de financer leurs investissements, le total des engagements de l'Etat sous cette forme ne pouvant dépasser 650 millions de francs ;
- ch. 2bis : abrogé ;
3. en accordant chaque année, par la voie du budget ordinaire, les moyens destinés à assurer la participation de l'Etat au financement des investissements des EMS privés reconnus d'intérêt public ;
4. en accordant, par la voie du budget ordinaire, les moyens destinés à financer la participation de l'Etat aux dépenses d'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi et aux dispositions fédérales applicables ;
- ch. 7 : sans changement.

Texte actuel

6. ...

7. en accordant les moyens destinés au financement de programmes particuliers.

² Les contrats de prestations passés avec les établissements sanitaires d'intérêt public ainsi que les plans stratégiques de développement sont présentés au Grand Conseil à l'appui des demandes de subventions.

Art. 8 Le Conseil d'Etat

¹ Le Conseil d'Etat, sur préavis du département :

1. édicte les règlements d'application de la présente loi, après consultation des

partenaires, de la Faculté de médecine et des communes intéressées ;

2. élabore et tient à jour le programme des investissements sanitaires ;

2bis. décide de l'octroi des moyens nécessaires au financement des investissements des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public dans les autres cas que ceux prévus à l'article 7, alinéa 1, chiffre 2. Il peut déléguer cette compétence en fonction de limites financières ou de la nature des investissements ;

3. ...

4. promulgue les listes des hôpitaux et des EMS, conformément à l'article 39 LAMal ;

5. fixe le budget global, au sens de l'article 27a.

Projet amendé par la commission

² Sans changement.

Art. 8 Le Conseil d'Etat

¹ Le Conseil d'Etat, sur préavis du département :

ch. 1 : sans changement ;

2. élabore et tient à jour le programme des investissements des EMS reconnus d'intérêt public, après consultation des partenaires concernés ;

2bis. décide, dans les limites fixées par le Grand Conseil conformément à l'article 7 alinéa 1^{er}, chiffre 2, de la présente loi, de l'octroi de la garantie de l'Etat pour les emprunts contractés par des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public pour financer leurs investissements, une telle garantie ne pouvant être accordée que si elle porte sur un emprunt d'un montant égal ou supérieur aux seuils de compétence du Grand Conseil prévus par les articles 31, 34 et 35 de la loi sur les finances pour les crédits d'investissement, respectivement les crédits d'études et les crédits additionnels

2ter. décide, dans la limite des moyens alloués par le Grand Conseil, de la participation de l'Etat au financement des investissements des EMS privés reconnus d'intérêt public

4. établit la planification cantonale, attribue les mandats de prestations et promulgue les listes des hôpitaux et des EMS, conformément aux dispositions de la présente loi et aux dispositions fédérales applicables ;

5. fixe le taux de répartition du tarif des prestations LAMal stationnaires entre l'Etat et les assureurs-maladie, conformément à l'article 27 et aux dispositions fédérales applicables ;

Texte actuel

Projet amendé par la commission

6. approuve les conventions tarifaires entre les établissements sanitaires d'intérêt public et les assureurs-maladie conformément à la LAMal ;
7. définit les modalités de contrôle des investissements des hôpitaux d'intérêt public conformément à l'article 4h ;
8. fixe la part du coût des soins des EMS à la charge des résidents et des pouvoirs publics conformément à l'article 26g
9. prend les dispositions nécessaires pour assurer la qualité et l'économicité des prestations, ainsi que l'information de la population.

² Les décisions relevant de l'alinéa 1^{er} chiffres 2bis et 2ter sont prises par le Conseil d'Etat sur préavis de la Commission des finances et de la Commission thématique de santé publique du Grand Conseil.

³ Le Conseil d'Etat peut déléguer au département tout ou partie des compétences énumérées à l'alinéa 1^{er} chiffres 2bis, 2ter et 9.

Art. 9 Le département

¹ Le département ou le département chargé de l'action sociale lorsqu'il s'agit d'établissements sanitaires relevant de sa compétence, si ces départements sont distincts :

1. assure l'exécution de la présente loi et des règlements d'application qui en découlent et veille au respect de ces derniers, en particulier de ceux relevant de la planification cantonale et du financement ; il peut, à cet effet, ordonner des expertises financières des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ;
2. exploite les établissements sanitaires cantonaux ;
3. répartit le budget global entre les hôpitaux d'intérêt public ;
4. passe les contrats de prestations avec les établissements sanitaires d'intérêt public ;
5. prend les dispositions nécessaires pour assurer l'information de la population.

Art. 10 Commission cantonale de politique sanitaire

¹ La Commission cantonale de politique sanitaire (ci-après : "la Commission de politique sanitaire") est une commission permanente au sens de l'article 54 de la loi sur l'organisation du Conseil d'Etat.

Art. 9 Le département

¹ Le département :

1. assure l'exécution de la présente loi et de ses dispositions d'application et veille à leur respect ; il peut, à cet effet, ordonner des expertises financières des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ;
ch. 2 : sans changement ;
3. décide de la mise en place d'un budget global en matière de financement hospitalier, conformément à l'article 29 ;
ch. 4 : sans changement ;
ch. 5 : abrogé

Art. 10 Commission cantonale de politique sanitaire

¹ Sans changement.

Texte actuel

Art. 11 Procédure de nomination

¹ Les membres de la Commission de politique sanitaire sont nommés pour cinq ans par le Conseil d'Etat sur proposition du département qui consulte les partenaires de l'Etat pour la désignation de leurs représentants.

Art. 12 Composition

¹ La Commission de politique sanitaire comprend :

- le chef du département, président ;
- le secrétaire général du département, vice-président ;
- le médecin cantonal ;
- le chef du Service de la santé publique ;
- le chef du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation ;
- un représentant supplémentaire de l'Etat, issu du département chargé de l'action sociale si celui-ci est distinct du département de la santé ;
- un représentant du Service des hospices cantonaux ;
- un représentant et un suppléant de la SVM ;
- un représentant et un suppléant de la FVAM ;
- un représentant et un suppléant de la GHRV ;
- un représentant et un suppléant de l'AVDEMS ;
- un représentant et un suppléant de l'OMSV ;
- un représentant et un suppléant de l'AVCP ;
- un représentant et un suppléant de l'ASI-VD ;
- un représentant de la Commission cantonale de mesures sanitaires d'urgence (CMSU) ;
- un représentant et un suppléant des associations de travailleurs ;
- un ou plusieurs représentants d'associations de consommateurs ou de patients désignés par le département au titre de l'article 5 ;
- un ou deux membres choisis en dehors des milieux de la santé publique ;
- un représentant et un suppléant de l'instance de coordination des réseaux de soins.

Projet amendé par la commission

Art. 11 Procédure de nomination

¹ Sans changement.

Art. 12 Composition

¹ La Commission de politique sanitaire comprend :

- le chef du département, président ;
- le secrétaire général du département, vice-président ;
- le médecin cantonal ;
- le chef du Service de la santé publique ;
- le chef du Service des assurances sociales et de l'hébergement ;
- un représentant supplémentaire de l'Etat, issu du département chargé de l'action sociale si celui-ci est distinct du département de la santé ;
- un représentant du CHUV ;
- un représentant et un suppléant de la SVM ;
- un représentant et un suppléant de santé suisse ;
- un représentant et un suppléant de la FHV ;
- un représentant et un suppléant de l'AVDEMS ;
- un représentant et un suppléant de l'AVASAD ;
- un représentant et un suppléant de Vaud cliniques ;
- un représentant et un suppléant de l'ASI-VD ;
- un représentant de la Commission cantonale de mesures sanitaires d'urgence (CMSU) ;
- un représentant et un suppléant de la FEDEREMS ;
- un représentant de la Société vaudoise de pharmacie (SVPh) ;
- un représentant des organisations de soins à domicile privées ;
- un représentant des maisons de naissance ;

Suite des tirets sans changement

Texte actuel

Projet amendé par la commission

⁴ La Commission de politique sanitaire peut s'organiser en sous-commissions ; elle peut confier certaines tâches à une délégation.

⁴ Sans changement.

⁵ Le secrétariat de la Commission de politique sanitaire est assuré par le département.

⁵ Sans changement.

Art. 13 Rôle de la commission de politique sanitaire

Art. 13 Rôle de la Commission de politique sanitaire

¹ La Commission de politique sanitaire :

¹ Sans changement.

1. collabore à l'élaboration de la politique de l'Etat en ce qui concerne les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins et, à la demande du département, à l'organisation sanitaire cantonale, sous réserve des attributions du Conseil de santé ;
2. préavise sur les projets de lois et règlements qui concernent la planification et le financement des investissements des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins ;
3. propose au département et, le cas échéant, au département dont relève l'action sociale, des directives concernant la construction et l'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins.

³ La Commission de politique sanitaire, ou les partenaires qui y sont représentés, peuvent être chargés de tâches particulières liées à l'application de la présente loi, notamment en ce qui concerne la répartition des ressources consacrées à l'exploitation et à l'investissement des hôpitaux d'intérêt public et des réseaux de soins, ainsi que la préparation et la diffusion de l'information à la population.

³ Sans changement.

Chapitre III Planification

Chapitre III Planification

Art. 18 But

Art. 18 Planification

¹ La planification cantonale a pour but d'organiser l'offre hospitalière et d'hébergement nécessaire à la couverture des besoins en soins de la population.

¹ Sans changement.

Texte actuel

² Elle tient compte de tous les établissements sanitaires, quel que soit leur statut juridique, des réseaux de soins et des possibilités de collaborations, notamment intercantionales et entre réseaux de soins.

³ Elle est élaborée sous la forme de règlements d'application de la présente loi, conformément à l'article 22.

Projet amendé par la commission

² Elle est élaborée conformément à la LAMal et à ses dispositions d'application.

³ Elle tient compte de la possibilité offerte aux patients de choisir un hôpital hors canton ou un hôpital vaudois non reconnu d'intérêt public, ainsi que des possibilités de collaboration intercantonale. Le Conseil d'Etat peut à cet égard passer des conventions avec d'autres cantons.

⁴ La planification cantonale est établie sous la forme de rapports adoptés par le Conseil d'Etat, après consultation des partenaires concernés, et annexés aux arrêtés du Conseil d'Etat fixant les listes LAMal. Elle est révisée périodiquement.

⁵ Elle comporte une évaluation des besoins de la population, ainsi que l'offre en lits nécessaire, la carte des secteurs sanitaires, l'implantation des établissements sanitaires d'intérêt public et leurs missions, telles que précisées par le mandat de prestations prévu à l'article 18a.

Art. 18 a Liste LAMal et mandat de prestations

¹ La liste LAMal et les mandats de prestations sont établis conformément à la LAMal et à ses dispositions d'application.

² La liste est édictée sous la forme d'un arrêté du Conseil d'Etat, qui mentionne l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations. Les partenaires concernés sont consultés.

³ Les hôpitaux et les EMS retenus sur la liste peuvent facturer des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins conformément à leur mandat. Ils bénéficient également des subventions de l'Etat dans les limites prévues par la présente loi. Le département vérifie que leurs prestations soient fournies de manière efficace, appropriée et économique, conformément aux standards existants en la matière.

⁴ La liste et les mandats doivent garantir une offre suffisante de prestations par rapport aux besoins de la population vaudoise, déduction faite, en matière d'hospitalisation, des besoins couverts par l'offre des hôpitaux non reconnus

Texte actuel

Projet amendé par la commission

d'intérêt public qui ont passé une convention avec les assureurs-maladie ou par des hôpitaux hors canton consécutivement à l'exercice du libre choix au sens de la LAMal.

⁵ La liste et les mandats tiennent compte des flux de patients en provenance d'autres cantons.

⁶ L'actualisation des mandats dans le respect de la planification approuvée par le Conseil d'Etat est de la compétence du département.

Art. 18 b Délégation de prestations

¹ Un hôpital au bénéfice d'un mandat de prestations peut déléguer, sous sa responsabilité, une prestation relevant de son mandat.

² Toute délégation de prestations est soumise à l'approbation du département, qui consulte au préalable les assureurs-maladie. Cette approbation porte également sur les modalités de financement prévues entre les hôpitaux concernés.

³ **La délégation de prestations est interdite lorsqu'elle place la direction ou l'organe suprême de l'hôpital dans un conflit d'intérêts préjudiciable à sa bonne gestion. Le Conseil d'Etat règle les modalités d'application, en tenant compte notamment de l'avis et des recommandations des associations faitières.**

Art. 22 Portée

¹ Les règlements constituant la planification cantonale portent notamment sur :

1. la carte des zones et des secteurs sanitaires et l'implantation des établissements sanitaires d'intérêt public ;
2. les différentes missions des établissements sanitaires d'intérêt public, compte tenu notamment de leur appartenance à un réseau de soins ;
3. ...
4. les instructions relatives à l'information statistique nécessaire à la définition de la politique sanitaire du canton et à l'information de la population ;

Art. 22 Portée - Abrogé

¹ ...

Texte actuel

5. la procédure de construction ;
6. les programmes d'économie et de restructuration du réseau des établissements sanitaires d'intérêt public ;
7. les modalités types des plans stratégiques de développement ;
8. les dispositions d'application relatives à l'admission sur les listes au sens de l'article 39 LAMal ;
9. les exigences en matière de promotion et de contrôle de la qualité ;
10. les modalités d'encadrement de l'offre et des dépenses du secteur d'intérêt public.

Art. 23 Missions des hôpitaux d'intérêt public

¹ Les différentes missions des hôpitaux d'intérêt public sont définies en application du principe de la décentralisation des actes médicaux courants et de la centralisation des actes médicaux spécialisés. L'application de ce principe tient compte :

- de la qualité requise des soins ;
- de la sécurité des patients ;
- du coût des prestations fournies ;
- de la proximité des autres établissements sanitaires ;
- des possibilités de collaboration dans le cadre d'un réseau de soins ;
- des besoins régionaux et de la situation géographique ;
- de la situation existante à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Projet amendé par la commission

Art. 23 Mandat des hôpitaux d'intérêt public

¹ Le mandat de chaque hôpital d'intérêt public est défini en application du principe de la décentralisation des actes médicaux courants et de la centralisation des actes médicaux spécialisés. L'application de ce principe tient notamment compte :

- 1^{er} et 2^{ème} tirets : sans changement ;
- du coût des prestations fournies et de leur caractère économique ;
- 4^{ème} tiret : sans changement ;
- des possibilités de collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations, notamment dans le cadre d'un réseau de soins ;
- 6^{ème} et 7^{ème} tirets : sans changement ;
- du libre choix des patients et des possibilités de collaboration intercantonale.

Art. 23 a Mandat des EMS d'intérêt public

¹ Le mandat qui peut être attribué à un EMS est le suivant :

- gériatrie ;
- psychogériatrie ;
- psychiatrie.
- toute ~~autre~~ pathologie nécessitant un hébergement et la mise en place d'un suivi médical et infirmier.

Texte actuel

Projet amendé par la commission

Chapitre IV Financement

SECTION I DISPOSITIONS GENERALES

Art. 25 Principes

¹ 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 .

^{1er} Sa participation s'étend au financement des prestations dont un établissement sanitaire d'intérêt public 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.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

² Le mandat porte également sur la possibilité pour l'EMS de fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie et de la loi sur la santé publique.

Chapitre IV Financement

SECTION I DISPOSITIONS COMMUNES AUX HÔPITAUX ET AUX EMS

Art. 25 Principes

¹ L'Etat accorde sa garantie pour les emprunts contractés par les établissements sanitaires d'intérêt public et participe à la couverture de leurs charges d'investissement et d'exploitation conformément à la présente loi et à ses dispositions d'application, ainsi qu'aux dispositions fédérales applicables.

^{1er} Abrogé.

² L'Etat subordonne sa participation financière à l'application des dispositions de la présente loi et de ses dispositions d'application, ainsi que des autres dispositions légales applicables.

³ Sans changement.

⁴ Abrogé.

⁵ Pour les établissements sanitaires d'intérêt public exploités en la forme commerciale, l'Etat peut conditionner sa participation financière à la fourniture, par l'établissement concerné, de garanties, notamment sous forme hypothécaire.

Texte actuel

Projet amendé par la commission

Art. 25 a Modalités

¹ Les modalités de la participation financière de l'Etat sont définies par des règlements d'application de la présente loi. Elles sont précisées par un contrat de prestations.

² Les règlements mentionnés à l'alinéa 1 portent sur :

1. les règles de financement ;
2. les règles de comptabilité, y compris celles relatives à la production des pièces comptables nécessaires à la compréhension de la gestion et à la justification de l'utilisation des subventions et des aides individuelles de l'Etat, ainsi que les règles relatives au contrôle de l'utilisation de ces subventions, en particulier les modalités des expertises financières ordonnées par l'Etat ;
3. les modalités types des contrats de prestations ;
4. les instructions relatives à l'information statistique nécessaire à la négociation et au contrôle des contrats de prestations.

Art. 25 a Modalités - Abrogé.

¹ ...

² ...

Art. 25 f Formes de participation financière

¹ La participation financière de l'Etat est accordée sous forme de prestation pécuniaire ou de garanties d'emprunt.

² Elle fait l'objet d'une décision, d'un contrat de prestations ou d'une convention de subventionnement.

Art. 25 g Durée

¹ La participation financière de l'Etat est accordée pour une durée maximale de cinq ans. Elle peut être renouvelée.

Art. 25 h Résultat d'exploitation

¹ Les établissements sanitaires d'intérêt public doivent s'en tenir aux ressources découlant de leurs différentes activités. Un résultat positif d'exploitation leur est

Texte actuel

Projet amendé par la commission

acquis ; un résultat négatif engage leur seule responsabilité. Les articles 4d et 32f sont réservés.

Art. 25 i Dons, legs, autres recettes

¹ Les dons, legs et autres recettes (ventes, collectes, tombolas, loteries, etc.) sont acquis aux établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public. La direction de l'établissement en dispose librement.

² L'utilisation des résultats d'exploitation et des recettes mentionnés ci-dessus ne doit cependant pas modifier les missions de l'établissement ni provoquer une augmentation des coûts d'exploitation et d'investissement, sauf accord préalable du département.

SECTION II DEPENSES D'INVESTISSEMENT

Art. 26 Principes

¹ L'Etat décide d'octroyer sa garantie et supporte, sous forme de subventions, les investissements nécessaires à la rénovation, à la construction et à l'équipement des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public, à l'exception des dépenses d'équipement des EMS d'intérêt public intégrées dans les charges d'exploitation conformément à l'article 26f.

² Les règlements mentionnés à l'article 25a et, le cas échéant, le contrat de prestations précisent les critères pour la prise en charge d'un investissement, ainsi que les modalités de calcul et de versement des subventions, notamment les modalités relatives à l'indexation. Ces subventions sont versées sous forme de subventions du service de la dette, de versements directs ou de forfaits, en fonction du mode d'exploitation des établissements.

³ Sous réserve de convention contraire, il est tenu compte des emprunts contractés avant la reconnaissance d'intérêt public.

SECTION II FINANCEMENT DES EMS

Art. 26 Investissement des EMS

¹ L'Etat participe, sous forme de subventions, à la couverture des coûts nécessaires à la rénovation et à la construction des EMS privés reconnus d'intérêt public, à l'exception de leurs dépenses d'équipement intégrées dans les charges d'exploitation conformément à l'article 26f.

² Les subventions de l'Etat sont versées sous forme de subventions du service de la dette, de versements directs ou de forfaits, en fonction du mode d'exploitation des établissements et du fait qu'ils soient propriétaires immobiliers ou locataires.

³ Sans changement.

Texte actuel

⁴ Les subventions versées aux établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ne font pas l'objet de créances hypothécaires. En revanche, pour les établissements exploités en la forme commerciale, d'autres formes de garanties relatives aux subventions d'investissement versées par l'Etat peuvent être demandées.

⁵ L'Etat participe au financement des dépenses d'investissement des réseaux de soins ; dans un tel cas, les alinéas 1er à 4 s'appliquent par analogie.

⁶ L'article 26e est réservé.

Art. 26 e Investissements périodiques des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public

¹ Les dépenses supportées par l'Etat au titre de la prise en charge des investissements périodiques et des investissements informatiques des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public sont considérées comme des dépenses d'investissement au sens de l'article 24 de la loi sur les finances . Elles sont inscrites au budget d'investissement.

² Constituent des investissements périodiques les investissements annuels d'un montant par objet compris entre Fr. 15'000.- et Fr. 1'000'000.- et qui portent sur des objets techniques (non médicaux) et médico-techniques nécessaires pour assurer la continuité et la sécurité des soins et la poursuite des activités des hôpitaux dans le cadre de leur mission.

³ Le Conseil d'Etat peut prévoir des exceptions au régime qui précède pour les investissements périodiques et des investissements informatiques des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public au bénéfice d'une convention avec les Hospices cantonaux.

Art. 26 f Charges d'entretien et mobilières des EMS

¹ Au sens de la présente loi, les charges d'entretien et mobilières des EMS d'intérêt public ne sont pas considérées comme des charges d'investissements. Elles sont intégrées dans les charges d'exploitation et financées conformément aux conventions tarifaires applicables aux prestations socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat.

Projet amendé par la commission

⁴ Abrogé.

⁵ Abrogé.

⁶ Abrogé.

Art. 26 e Investissements périodiques des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public - Abrogé.

¹ ...

² ...

³ ...

Art. 26 f Charges d'entretien et mobilières des EMS

¹ Sans changement.

Texte actuel

² Le Conseil d'Etat définit les modalités d'intégration des charges d'entretien et mobilières dans les conventions ou les tarifs, ainsi que les modalités d'utilisation et d'affectation des revenus y relatifs.

Projet amendé par la commission

² Sans changement.

Art. 26 g Coûts des soins

¹ La part du coût des soins fournis par les EMS à la charge de l'assurance-maladie est déterminée conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie et à ses dispositions d'application.

² Le Conseil d'Etat détermine annuellement, par voie d'arrêté :

- a) la part du coût des soins à la charge du résident, cette part ne pouvant pas dépasser le 10% de la contribution maximale de l'assurance-maladie ;
- b) le financement résiduel à la charge de l'Etat et des régimes sociaux, compte tenu du nombre de journées effectuées, de l'évaluation des soins requis et des normes en matière de dotation.

³ Les EMS non reconnus d'intérêt public peuvent également prétendre au financement résiduel mentionné à l'alinéa 2, lettre b), ci-dessus à condition qu'ils :

- a) répondent à la couverture des besoins et figurent sur la liste LAMal ;
- b) respectent les conditions énumérées à l'article 4, à l'exception de celles posées par l'alinéa 1^{er} lettres b) et g), par l'alinéa 1bis lettres c) et d), ainsi que, pour ce qui concerne leurs résidents ne relevant pas des régimes sociaux, par l'alinéa 1bis lettre a) ;
- c) se soumettent à la surveillance financière du département conformément à l'article 32a et lui fournissent à cet effet les informations requises des EMS reconnus d'intérêt public en application de l'article 32b.

⁴ Les "soins aigus et de transition" fournis par un EMS dans le cadre de son mandat sont financés par l'Etat et les assureurs-maladie conformément à la législation fédérale sur l'assurance-maladie et aux dispositions de la présente loi relatives au financement hospitalier, qui s'appliquent par analogie.

Art. 26 h Structures de soins de jour ou de nuit

¹ L'article 26g alinéas 1 à 3 s'applique par analogie au financement des soins fournis par des EMS ou des organisations de soins à domicile dans des "structures de soins de jour ou de nuit" au sens de la LAMal.

² Par "structure de soins de jour ou de nuit", on entend :

- a) les unités d'accueil temporaire au sens de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale ;
- b) les lieux qui permettent aux patients :
 - de résider durablement et en communauté ;
 - de disposer de soins en tout temps, immédiatement et sur appel et
 - de bénéficier de soins assimilables, par leur fréquence et leur intensité, à ceux qui seraient fournis en EMS.

³ Le département tient à jour la liste des structures de soins de jour ou de nuit.

Art. 26 i Coûts socio-hôtelières

¹ Les coûts des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS reconnus d'intérêt public sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, à défaut, au tarif édicté par le Conseil d'Etat sur la base de l'article 4 alinéa 1 bis lettre a).

Art. 26 j Charges exceptionnelles d'exploitation

¹ Le département peut allouer aux EMS reconnus d'intérêt public une subvention à l'exploitation destinée à couvrir des charges exceptionnelles d'exploitation non comprises dans les tarifs.

² Cette subvention est versée sur la base d'une demande motivée de l'EMS.

Texte actuel

Art. 27 Dépenses d'exploitation

¹ L'Etat participe au financement des dépenses d'exploitation résultant de l'hospitalisation en division commune des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public qui ont adhéré à une convention où l'Etat et ses partenaires sont parties.

Art. 28 Participation de l'Etat à une Convention

¹ La participation de l'Etat à une convention avec des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public est subordonnée aux conditions suivantes :

1. les caisses-maladie doivent participer financièrement aux dépenses d'exploitation conjointement avec l'Etat ; la participation respective des deux partenaires est réglée entre eux ;

Projet amendé par la commission

Art. 27 Prestations LAMal stationnaires

¹ Les prestations LAMal stationnaires fournies par les hôpitaux reconnus d'intérêt publics aux assurés LAMal vaudois font l'objet de tarifs à la prestation fondés sur les structures tarifaires arrêtées sur le plan national.

² Chaque tarif à la prestation est identique pour tous les assurés LAMal, indépendamment de leur couverture d'assurance. Il comprend la rémunération des charges d'investissement et d'exploitation et est négocié annuellement entre les partenaires tarifaires. Il peut être différent selon la catégorie d'hôpital. Le département peut participer aux négociations tarifaires. En tous les cas, le tarif est soumis à l'approbation du Conseil d'Etat.

³ En application des dispositions LAMal, le tarif est couvert à raison d'au moins 55% par l'Etat, le solde étant à charge de l'assurance-maladie. Le taux de répartition est fixé chaque année par le Conseil d'Etat au moins 9 mois avant la fin de l'année pour l'année suivante.

⁴ En cas d'hospitalisation extracantonale d'un assuré vaudois dans un hôpital figurant sur la liste vaudoise ainsi qu'en cas d'hospitalisation extracantonale pour des raisons médicales au sens de la LAMal, l'Etat de Vaud assume sa part selon le tarif du canton siège de l'hôpital concerné.

⁵ En cas d'hospitalisation extracantonale d'un assuré vaudois dans un hôpital figurant sur la liste LAMal de son canton siège, l'Etat de Vaud assume sa part selon le tarif à charge de l'autre canton, mais au maximum à hauteur de la part qu'il assumerait pour une hospitalisation dans un hôpital figurant sur la liste vaudoise.

Art. 28 Autres prestations

¹ L'Etat finance les prestations de formation et de recherche des hôpitaux reconnus d'intérêt public conformément aux législations sur l'Université de Lausanne et sur les Hospices cantonaux.

Texte actuel

2. le budget résultant de la convention est fixé, d'une part, sur la base des possibilités financières de l'Etat, des caisses-maladie, de la participation financière éventuelle des patients et, d'autre part, sur l'évaluation des besoins des établissements sanitaires d'intérêt public.

Projet amendé par la commission

² Les prestations fournies par les hôpitaux reconnus d'intérêt public relevant de l'assurance-accident, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire sont financées conformément à la législation fédérale applicable en la matière. Si cette législation ne garantit pas une couverture complète du coût des prestations concernées, la différence peut être prise en charge par l'Etat.

³ Les prestations au patient non couvertes par une assurance en application de la législation fédérale sont à sa charge. Les dispositions cantonales relevant de l'aide sociale sont réservées.

⁴ Le département peut confier des tâches particulières de santé publique à des hôpitaux reconnus d'intérêt public. Cas échéant, il détermine le montant de sa participation en fonction du coût des tâches concernées, en tenant compte des autres sources de financement. Par "tâche particulière de santé publique", on entend des tâches d'intérêt général non couvertes par une assurance en application de la législation fédérale.

⁵ Les prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux reconnus d'intérêt public sont financées conformément aux dispositions fédérales applicables en la matière.

Art. 29 Règles budgétaires

¹ Le budget résultant de la Convention est réparti entre les établissements sanitaires d'intérêt public sous forme d'enveloppes budgétaires soumises à l'approbation des établissements respectifs : elles comprennent les frais fixes d'une part et les frais variables d'autre part.

² Le calcul de l'enveloppe budgétaire des frais fixes tient compte notamment des moyens nécessaires à l'accomplissement de la mission définie par le Plan, du mode de rémunération des médecins fixé par la Convention, des conditions locales pouvant affecter l'exploitation, de l'appréciation des résultats des exercices antérieurs.

Art. 29 Budget global

¹ Conformément à l'article 51 LAMal, le département peut, après consultation des hôpitaux et des assureurs-maladie, soumettre les hôpitaux reconnus d'intérêt public au respect d'un budget global afin de maîtriser les dépenses hospitalières et les tarifs à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

² A cette fin, il fixe pour chaque hôpital reconnu d'intérêt public, après négociations avec les partenaires tarifaires, un budget global de dépenses autorisées, qui porte sur tout ou partie des activités de l'hôpital.

Texte actuel

³ Le calcul du budget des frais variables tient compte notamment du volume et du type d'activité prévisibles. Le montant alloué à ce titre peut donner lieu à une correction en fin d'exercice en fonction de l'activité réelle. A cet effet, les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public doivent fournir à la Commission de planification toutes les pièces nécessaires à la compréhension de la gestion, qui doit être organisée selon un plan comptable approuvé par le département.

Projet amendé par la commission

³ La part du budget global dévolue aux activités LAMal stationnaires est fixée sur la base des négociations entre partenaires tarifaires. Elle est répartie entre l'Etat et les assureurs-maladie conformément à l'article 27. Le département détermine les modalités de versement de la part de l'Etat.

⁴ Pour les parts du budget global dévolues aux autres activités, le département détermine les montants et les modalités de versement de la contribution de l'Etat en tenant compte en particulier des dispositions fédérales et des régimes sociaux applicables.

⁵ Afin d'assurer le respect du budget global, le département fixe les modalités de correction éventuelle en fin d'exercice.

Art. 29 a Contrat de prestations

¹ La contribution financière de l'Etat aux hôpitaux reconnus d'intérêt public est inscrite au budget du département. Elle fait l'objet de contrats de prestations entre le département et les hôpitaux reconnus d'intérêt public. Ces contrats sont conclus soit annuellement, soit sur plusieurs années, mais au maximum cinq ans, avec des avenants annuels.

² Les contrats de prestations fixent les engagements de l'Etat et des hôpitaux, y compris en cas de délégation d'activité selon l'article 18b. Ils portent notamment sur :

- i) le montant de la contribution de l'Etat, les bases de son calcul et les modalités de son versement ;
- ii) les informations et les résultats attendus de la part des hôpitaux ;
- iii) les modalités d'évaluation, de suivi et de contrôle ;
- iv) les charges et conditions imposées aux hôpitaux, ainsi que les conséquences en cas de non-respect de leurs obligations, conformément à la loi sur les subventions.

Texte actuel

Projet amendé par la commission

³ Le département fixe les modalités d'application des alinéas qui précèdent.

⁴ La loi sur les Hospices cantonaux est réservée.

Art. 29 b Subvention à l'exploitation des EMS

¹ 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.

² Ces montants sont inscrits au budget de fonctionnement du département.

Art. 30 Responsabilité

¹ Les hôpitaux d'intérêt public sont responsables de leur gestion et doivent s'en tenir aux ressources attribuées pour l'hospitalisation en division commune et les tâches particulières. Un bénéfice d'exploitation est acquis à l'établissement ; un déficit engage sa seule responsabilité.

³ L'article 25b et la loi sur les Hospices cantonaux sont réservés.

Art. 31 Dons, legs, autres recettes

¹ Les dons, legs et autres recettes (ventes, collectes, tombolas, loteries, etc.) sont acquis aux établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public. La direction de l'établissement en dispose librement.

² L'utilisation des bénéfices et des recettes mentionnés ci-dessus ne doit cependant pas modifier les missions de l'établissement ni provoquer une augmentation des coûts d'exploitation et d'investissement.

Art. 29 b Subvention à l'exploitation des EMS - Abrogé.

¹ ...

² ...

Art. 30 Responsabilité - Abrogé.

¹ ...

³ ...

Art. 31 Dons, legs, autres recettes - Abrogé.

¹ ...

² ...

Texte actuel

SECTION I *SURVEILLANCE*

Art. 32 a **Surveillance financière**

¹ Le département contrôle que les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue.

² Le Conseil d'Etat, après évaluations faites lors des contrôles antérieurs, détermine la portée et les modalités de ce contrôle, y compris en ce qui concerne les sous-traitants qui délivrent régulièrement des prestations couvertes par la présente loi. Le règlement définit les modalités, 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.

Art. 32 b **Informations requises et qualité**

¹ 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 oeuvre de la présente loi et de ses dispositions d'application, ainsi qu'au contrôle de leur respect.

Projet amendé par la commission

Chapitre IVbis **Surveillance et sanctions**

SECTION I *SURVEILLANCE*

Art. 32 a **Surveillance financière**

¹ Sous réserve des compétences attribuées au Conseil d'Etat par l'article 8, le département, par le Service de la santé publique et par le Service des assurances sociales et de l'hébergement, est l'autorité compétente pour l'octroi et le contrôle de l'utilisation de la participation financière de l'Etat. Il contrôle en particulier que les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue et vérifie le respect des charges et conditions posées.

² Sans changement.

Art. 32 b **Informations requises et qualité**

¹ Sans changement.

^{1bis} Les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public et les réseaux de soins doivent en particulier produire toutes les pièces, notamment comptables, nécessaires à la compréhension de la gestion et à la justification de l'utilisation de la contribution de l'Etat. Le département peut requérir à cette fin et en tout temps tout document qu'il juge utile et est autorisé, le cas échéant, à accéder aux locaux des établissements.

Texte actuel

² Le Conseil d'Etat définit, après consultation des associations faïtières, la forme, le contenu et la périodicité des informations à fournir.

³ Le département s'assure de la qualité de la prise en charge dans les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public.

SECTION II SANCTIONS

Art. 32 c Retrait de la reconnaissance d'intérêt public

¹ 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.

² Dans les cas de peu de gravité, le département peut prononcer un avertissement.

Art. 32 d Mise sous administration provisoire

¹ 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 :

- 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.

² Le Conseil d'Etat fixe la procédure applicable.

Projet amendé par la commission

² Le Conseil d'Etat définit, après consultation des associations faïtières, la forme, le contenu et la périodicité des informations à fournir. Il définit également les règles de comptabilité à respecter, ainsi que les règles relatives au contrôle de l'utilisation des subventions, en particulier les modalités des expertises financières ordonnées par l'Etat.

³ Sans changement.

SECTION II SANCTIONS ET OBLIGATION DE RESTITUTION

Art. 32 c Retrait de la reconnaissance d'intérêt public

¹ 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 Conseil d'Etat peut retirer la reconnaissance d'intérêt public.

² Sans changement.

Art. 32 d Mise sous administration provisoire

¹ Sans changement.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 32 e Sanction pénale

¹ 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.

² L'amende est cumulable avec les autres sanctions.

Art. 32 f Sanction financière et obligation de restitution

¹ 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.

² 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.

³ 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.

Projet amendé par la commission

Art. 32 e Sanction pénale

¹ Sans changement.

² Sans changement.

Art. 32 f Obligation de restitution et révocation

¹ 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, en particulier :
 - i) obtention indue de la participation financière, que ce soit sur la base de déclarations inexactes ou incomplètes ou en violation du droit ;
 - ii) utilisation de la subvention à des fins différentes de celles convenues ;
 - iii) non-respect des engagements pris ou des charges ou conditions posées.
2. inchangé.

^{1bis} Dans les cas mentionnés à l'alinéa 1^{er}, chiffres 1 et 2, le département peut également exiger la restitution de tout ou partie des montants provisionnés par un établissement pour le renouvellement de ses infrastructures et de ses équipements.

² Dans les cas particulièrement graves, le département peut suspendre le versement de la participation financière ou la révoquer avec effet immédiat.

³ Le montant et les modalités de la suspension, de la révocation ou de la restitution font l'objet d'une décision prise par le département.

Texte actuel

⁴ La loi sur les Hospices cantonaux est réservée.

Chapitre V Dispositions finales

Art. 35 Rétribution

¹ La rétribution des membres de la Commission de politique sanitaire, en dérogation aux dispositions de l'article 57 de la loi sur l'organisation du Conseil d'Etat, est à la charge des organismes ou institutions qu'ils représentent.

Chapitre VI Dispositions transitoires et finales

Art. 35 a Contribution des communes

¹ Les contributions des communes dues en vertu des articles 26a et 26b de la présente loi ne sont pas remises en cause par l'abrogation de ces dispositions. En particulier, les droits de superficie octroyés à titre gratuit demeurent et les contributions financières non encore payées doivent l'être en totalité.

² Les obligations de restitution ou d'indemnisation pour des contributions obtenues avant l'abrogation de l'article 26d de la présente loi demeurent.

Projet amendé par la commission

⁴ Sans changement.

Chapitre V Dispositions transitoires et finales

Art. 35 Rétribution

¹ Sans changement.

Chapitre VI Dispositions transitoires et finales - Titre supprimé

Art. 35 a Sans changement

¹ Sans changement.

² Sans changement.

Art. 35 b Inscription provisoire d'un hôpital non reconnu d'intérêt public sur la liste LAMal

¹ Lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, le Conseil d'Etat peut, si une telle solution est nécessaire pour assurer la couverture des besoins, inscrire sur la liste LAMal un hôpital non reconnu d'intérêt public à titre provisoire, pour une durée maximale de 3 ans.

² Dans un tel cas de figure, le Conseil d'Etat fixe parmi les conditions posées par l'article 4 de la présente loi celles à remplir par l'hôpital concerné.

Texte actuel

Art. 36 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 27, chiffre 2, de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Projet amendé par la commission

Art. 36 Exécution et entrée en vigueur - Sans changement.

¹ ...

Art. 2

¹ La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012, à l'exception des modifications des articles 3a 2ème tiret, 4 alinéa 1bis, 4g, 7 alinéa 1^{er} chiffres 2 et 3, 8 **alinéa 1^{er}** chiffres 2bis **et 2ter et alinéas 2 et 3**, ~~9 alinéa 1^{er} chiffres 6 et 7 et alinéa 2~~, 23a, 26g, 26h, 26i, 26j et 29b, qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Art. 3

¹ 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 conformément à l'article 2 ci-dessus.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 16 août 2010.

Le président :

P. Broulis

Le chancelier :

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI

modifiant la loi sur la santé publique (LSP)

du 16 août 2010

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article premier

¹ La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme il suit :

Art. 143 f Définition

¹ L'organisation de soins à domicile fournit ambulatoirement ou au domicile du patient les soins et les prestations destinées à :

- a. permettre aux personnes qui le souhaitent de rester dans leur environnement familial et social ;
- b. éviter, différer ou raccourcir le séjour dans un établissement sanitaire.

² Ces soins et ces prestations comprennent notamment les soins de base, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, ainsi que des activités de conseil et de prévention.

Art. 143 f Définition

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Une organisation de soins à domicile peut également fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie si elle dispose d'un mandat du département et si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- a. Les problèmes de santé aigus du patient sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.

Texte actuel

Projet

- b. Le patient a besoin provisoirement d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant.
- c. Un séjour dans un centre de traitement et de réadaptation ou dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué.
- d. L'objectif de la prise en charge est que le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes disponibles avant le séjour hospitalier.
- e. Un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la lettre d) est établi.

Art. 143 g Conditions d'exploitation

¹ L'organisation de soins à domicile doit disposer :

- a. d'un directeur répondant aux exigences des articles 147 à 149 ;
- b. d'un médecin-conseil ;
- c. du personnel spécialisé ayant reçu la formation nécessaire à l'accomplissement de sa mission ;
- d. des équipements et des locaux nécessaires à la fourniture des soins mentionnés à l'article 143f ;
- e. d'une structure permettant de répondre aux demandes de soins ;
- f. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires ;
- g. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département ;

ou dépendre par contrat de prestations d'une structure sanitaire qui en dispose.

Art. 143 g Conditions d'exploitation

¹ Sans changement.

² Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier du versement par l'Etat de subventions destinées à couvrir la part résiduelle du coût des soins en application de la législation fédérale, une organisation de soins à domicile doit respecter par analogie les conditions posées par l'article 4 alinéa 1^{er}, lettres a, b, e et h à j, ainsi que par les articles 32a et suivants de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires. Elle doit en outre bénéficier d'un mandat accordé par le département, sur la base des conditions suivantes :

Texte actuel

Projet

- a. capacité de répondre à la couverture des besoins, notamment du point de vue des soins, du champ géographique d'intervention et du type de ~~parentèle~~ **patientèle** ;
- b. présence d'un dispositif d'admission, d'évaluation et de suivi des cas ;
- c. mise en place d'une permanence en fonction des besoins ;
- d. élaboration de modalités de collaboration avec les Centres médico-sociaux rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile ainsi qu'avec les réseaux de soins ;
- e. engagement à fournir des informations permettant à l'Etat de vérifier le respect de la législation, notamment concernant l'affectation conforme des ressources allouées et l'édition de règles comptables et financières ;
- f. engagement à autoriser l'Etat à s'assurer de la qualité de la prise en charge des personnes ;
- g. capacité à fournir des "soins aigus et de transition" au sens de l'article l43f.

Art. 2

¹ 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.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 16 août 2010.

Le président :

P. Broulis

Le chancelier :

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI

modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)

du 16 août 2010

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

Article premier

¹ La loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale est modifié comme il suit:

Art. 7 Contrôle et surveillance

¹ Le département a notamment pour mission d'assurer le contrôle de la gestion et la surveillance des fournisseurs de prestations et organismes soumis à la loi.

² Ceux-ci sont tenus de fournir toutes les informations nécessaires concernant leur activité, notamment comptables, financières et statistiques. Le département contrôle en particulier que les ressources allouées soient utilisées conformément à l'affectation prévue.

³ Pour les établissements médico-sociaux et les homes non médicalisés, le département, par la Coordination interservices des visites en EMS au sens de la réglementation sur les établissements sanitaires, s'assure de la qualité de prise en

Art. 7

¹ Le département a notamment pour mission d'assurer le contrôle de la gestion et la surveillance des fournisseurs de prestations et organismes soumis à la loi, et de surveiller l'activité des organismes et établissements qu'il subventionne.

² Ceux-ci sont tenus de fournir toutes les informations nécessaires concernant leur activité, notamment comptables, financières et statistiques. Les organismes et établissements subventionnés sont en outre tenus de communiquer sans délai tout changement de nature à modifier les subventions. Le département contrôle en particulier que les ressources allouées soient utilisées conformément à l'affectation prévue.

³ sans changement.

Texte actuel

charge sociale des personnes accueillies et peut visiter les établissements en tout temps.

⁴ Le département surveille l'activité des organismes qu'il subventionne. Ceux-ci sont tenus de lui communiquer sans délai tout changement de nature à modifier les subventions.

⁵ Le règlement précise la portée et les modalités relatives à la surveillance, au contrôle et aux informations requises.

Art. 13 Définition

¹ Une Unité d'accueil temporaire (ci-après : UAT), est une structure reconnue d'intérêt public assurant, en coordination avec un établissement médico-social ou un organisme favorisant le maintien à domicile, une prise en charge pour personnes âgées ou handicapées vivant à domicile.

² L'accueil temporaire est limité à une durée maximale de 48 heures consécutives.

Art. 15 Aide individuelle

¹ Une aide financière individuelle peut être octroyée aux bénéficiaires des prestations dispensées dans une UAT partie à une convention tarifaire.

² Les modalités de financement, notamment par les subventions fédérales ou cantonales, ainsi que par les personnes accueillies, sont fixées dans le règlement.

Art. 20 Principes de subventionnement

¹ Le département peut accorder une subvention aux organismes favorisant le maintien à domicile qui mettent en oeuvre des programmes permettant de réaliser les prestations prévues à l'article 10, alinéa 2, lettre b.

² Pour être subventionnés, ces organismes doivent, en principe, remplir les conditions cumulatives suivantes :

Projet

⁴ abrogé.

⁵ sans changement.

Art. 13

¹ Une Unité d'accueil temporaire (ci-après : UAT) est une " structure de soins de jour ou de nuit ", au sens de l'article 26h LPFES, reconnue d'intérêt public et assurant, en coordination avec un établissement médico-social ou un organisme favorisant le maintien à domicile, une prise en charge pour personnes âgées ou handicapées vivant à domicile.

² sans changement.

Art. 15

¹ sans changement.

² Les modalités de financement, notamment par subvention cantonale ainsi que par les **personnes** accueillies, sont fixées à l'article 20bis de la loi et dans le règlement.

Art. 20 Subventions aux organismes favorisant le maintien à domicile

¹ sans changement.

² sans changement.

Texte actuel

- a. être constitués en association, fondation ou institution de droit public ;
- b. répondre à des besoins identifiés dans le cadre d'une activité cantonale ;
- c. garantir des prestations de qualité et disposer du personnel qualifié ;
- d. prévoir une évaluation des résultats ;
- e. passer une convention avec le département.

³ Le règlement précise les modalités.

Projet

³ sans changement.

Art. 20 bis Subventions aux établissements médico-sociaux pour les prestations de maintien à domicile

¹ Le département peut accorder une subvention :

- a. aux établissements médico-sociaux et aux Associations/Fondation régionales d'aide et de soins à domicile au sens de la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, pour les prestations d'accueil temporaire au sens de l'article 13 ;
- b. aux établissements médico-sociaux pour les prestations de court séjour au sens de l'article 18 de la loi.

² La contribution de l'Etat est inscrite au budget du département et fait l'objet d'une convention entre le département et les EMS, respectivement les Associations/Fondation régionales, qui porte notamment sur:

- a. les montants permettant de compenser les coûts administratifs induits par la prise en charge des résidents en court séjour ;
- b. les montants permettant de contribuer au financement des charges fixes et du personnel d'encadrement pour les prestations en unité d'accueil temporaire ;
- c. les montants permettant de compenser la part non prise en charge par les assureurs- maladie, au sens de l'art. 26g let b LPFES, pour les prestations en unité d'accueil temporaire ;
- d. la garantie des prestations de qualité et de mise à disposition de personnel qualifié ;
- e. l'évaluation, le suivi et le contrôle.

³ Le règlement précise les modalités.

Texte actuel

Projet

Art. 2

¹ 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.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 16 août 2010.

Le président :

Le chancelier :

P. Broulis

V. Grandjean