

EXPOSE 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)

- 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)**

1 INTRODUCTION GENERALE

Deux importantes révisions de la LAMal ont abouti récemment:

1. Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté le volet de la révision LAMal portant sur le financement hospitalier. Le 22 octobre 2008, le Conseil fédéral a modifié les ordonnances d'application, en particulier l'OAMal, afin de les adapter à cette révision.
2. Le 13 juin 2008, les Chambres fédérales ont adopté la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, qui concerne les soins fournis par les établissements médico-sociaux (EMS) et les organisations de soins à domicile. Les modifications des ordonnances d'application ont quant à elles été adoptées par le Conseil fédéral le 24 juin 2009.

Ces deux réformes fédérales doivent à présent être mises en œuvre au niveau cantonal. Elles nécessitent une modification de la LPFES, de la LSP et de la LAPRAMS. Ces modifications offrent également l'opportunité d'adapter la LPFES et la LAPRAMS aux exigences posées par la loi sur les subventions et de toiletter la LPFES. Elles permettent enfin de proposer une simplification de la procédure d'octroi de la garantie de l'Etat pour des emprunts contractés par des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, suite à la consultation sur cet objet menée durant l'été 2009.

En outre, le présent exposé des motifs et projets de lois contient la réponse du Conseil d'Etat au postulat déposé par M. le député Payot, demandant au Conseil d'Etat de faire un bilan de l'application de la LPFES et de faire part de sa vision prospective en la matière.

2 FINANCEMENT HOSPITALIER

2.1 Synthèse des nouvelles règles LAMal

2.1.1 Deux régimes qui donnent accès aux prestations de l'assurance obligatoire des soins

En 2004, le Conseil fédéral a soumis aux Chambres fédérales le projet de financement des hôpitaux appelé "dual fixe" : un seul régime valable pour tous les hôpitaux et cliniques, avec une clef fixe de couverture des tarifs par le canton et les assurances obligatoires. Ce projet reposait sur le principe d'une concurrence accrue entre établissements hospitaliers de vocations et de statuts juridiques différents. Après plusieurs années de débats et de nombreuses auditions relatives à l'introduction de la concurrence, du financement moniste et de la liberté de contracter, les Chambres fédérales ont finalement modifié le projet initial.

La législation qui en résulte consacre l'existence de deux régimes donnant accès aux prestations de l'assurance obligatoire des soins, à savoir un régime planifié par les cantons dans lequel prévaut, pour les partenaires tarifaires, l'obligation de contracter et un régime conventionné relevant de la liberté de contracter. Elle introduit par ailleurs, pour le patient, le principe du libre choix de l'hôpital, dans toute la Suisse.

Ces régimes peuvent être résumés comme il suit :

a) Régime planifié par les cantons : obligation de contracter

La planification établie par les cantons doit respecter les critères uniformes édictés par la Confédération et être réexaminée périodiquement. Elle se fonde sur les prestations hospitalières pour les soins somatiques aigus et sur les capacités ou les prestations hospitalières pour les soins psychiatriques et la réadaptation.

La planification est censée couvrir les besoins. Elle doit être établie en étroite coordination avec les autres cantons et tenir compte en particulier:

- des possibilités ouvertes par le libre choix du patient et par le régime conventionné,
- du caractère économique et de la qualité des prestations fournies,
- de l'accès des patients au traitement dans un délai approprié et
- de la disponibilité et de la capacité de l'établissement de remplir le mandat de prestations.

Sur cette base, le canton doit éditer sa liste LAMal qui énumère les hôpitaux retenus par catégories, en fonction de leurs mandats de prestations.

Dans ce régime, les charges des hôpitaux sont financées par les cantons à hauteur d'au moins 55% et par l'AOS pour la part non couverte par le canton. En contrepartie du financement public, et dans le respect de son mandat de prestations, l'hôpital a l'obligation d'accepter tout assuré, indépendamment de sa couverture d'assurance.

b) Régime conventionné : liberté de contracter.

Pour bénéficier de ce régime, un hôpital doit passer un accord tarifaire avec un assureur-maladie. Il n'est donc pas au bénéfice d'un mandat de prestations et ne figure pas sur la liste LAMal cantonale. En conséquence, il n'est pas tenu d'accepter tout assuré. L'existence d'un accord tarifaire équivaut cependant à reconnaître les capacités de l'hôpital comme nécessaires à la couverture des besoins.

Sous l'angle du financement, un hôpital conventionné ne bénéficie d'aucune contribution cantonale. Quant à la participation de l'AOS, elle ne peut pas être plus élevée que dans le régime planifié, le solde non couvert devant être pris en charge par le patient lui-même ou son assurance privée.

2.1.2 Les points communs aux deux régimes

Dans les deux régimes, les hôpitaux sont financés par un tarif à la prestation fondé sur une structure tarifaire unique, valable pour toute la Suisse (SwissDRG). Le tarif, qui intègre désormais les charges d'infrastructure, est comme aujourd'hui négocié dans chaque canton entre hôpitaux et assureurs, puis soumis au gouvernement cantonal pour approbation.

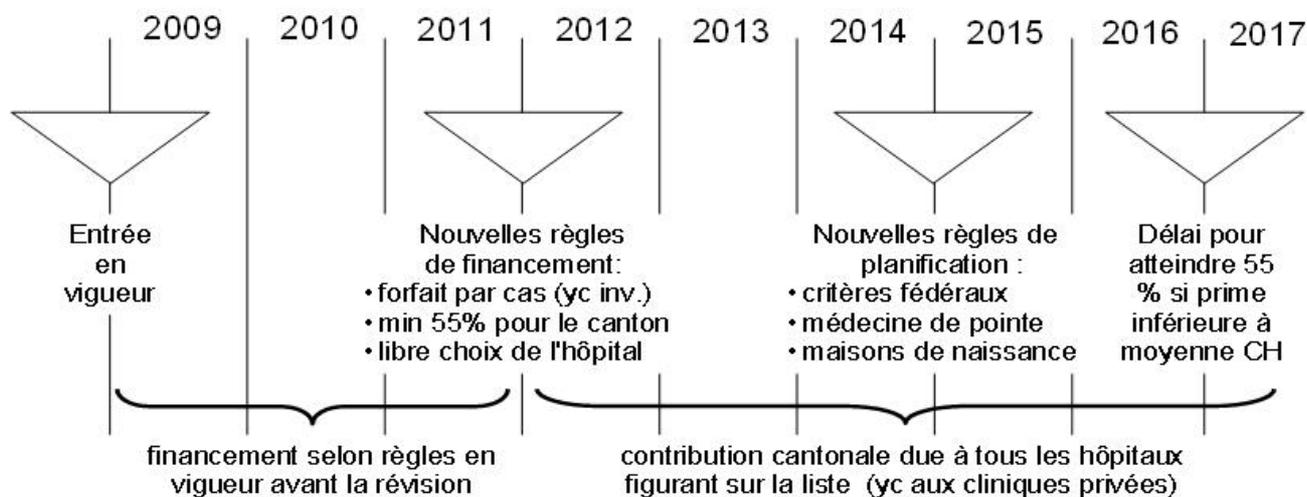
2.1.3 Autres dispositions à l'endroit des cantons

Les cantons doivent financer seuls les prestations dites "d'intérêt général". Ces prestations comprennent en particulier le maintien d'hôpitaux ou de capacités pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire des médecins.

De plus, les cantons ont la responsabilité de planifier au niveau national le domaine de la médecine hautement spécialisée. En cas d'échec, cette responsabilité incombera au Conseil fédéral.

Enfin, la révision LAMal assimile les maisons de naissance à la catégorie des hôpitaux. Il en découle, d'une part, que les maisons de naissance seront soumises à la planification de l'Etat et, d'autre part, que leurs coûts seront financés par les assureurs-maladie et l'Etat dans les mêmes proportions que celles arrêtées pour les hôpitaux.

2.1.4 Entrée en vigueur et dispositions transitoires



Comme en témoigne le calendrier qui précède, le Conseil fédéral a prévu d'échelonner l'entrée en vigueur des nouveaux principes. Pour l'essentiel, les dispositions relatives aux deux régimes ainsi que celles qui introduisent la structure tarifaire unique et l'inclusion des charges d'infrastructure dans les tarifs prennent effet au 1^{er} janvier 2012. Quant aux dispositions relatives à la planification et à la liste LAMal, les cantons ont jusqu'en 2015 pour s'y conformer, mais ils peuvent, selon le texte même de la loi, le faire auparavant. A relever qu'une mise en vigueur différée des dispositions sur la planification est lourde de conséquence : tant que le canton n'a pas édicté une nouvelle liste LAMal, il est tenu de verser sa contribution à tous les établissements qui y figurent, même s'ils ne remplissent par les conditions pour être subventionnés. Or, en application de la législation fédérale en vigueur, les listes cantonales comprennent aujourd'hui toutes les cliniques privées, qu'elles reçoivent ou non des subventions de l'Etat. Ainsi, si le canton de Vaud entend conditionner sa participation financière à la reconnaissance d'intérêt public, comme c'est le cas aujourd'hui, il n'a pas d'autre choix que d'édicter une nouvelle liste LAMal pour le 1^{er} janvier 2012.

2.2 Orientations du Conseil d'Etat

2.2.1 En général

Le Conseil d'Etat n'entend pas bouleverser l'entier du système et élaborer une loi sur les hôpitaux de toute pièce. Il propose l'adaptation de la législation actuelle à la nouvelle donne fédérale. En d'autres termes, la mise en œuvre des nouvelles règles LAMal passe par une adaptation de la LPFES.

Cette approche a été contestée lors de la mise en consultation du projet de loi. Plusieurs opposants ont revendiqué une régulation de l'offre hospitalière par le biais de la concurrence. Partant du principe que le financement public ne devait plus être considéré comme une subvention, mais comme un droit dont bénéficiait l'assuré, ils ont demandé la suppression de l'intervention de l'Etat dans la régulation du système hospitalier et l'abandon du principe de la reconnaissance d'intérêt public, ce qui revenait à proposer l'abrogation de la LPFES.

Le Conseil d'Etat a décidé de ne pas donner suite à cette demande. La Constitution fédérale attribue à chaque canton la responsabilité de l'approvisionnement en soins de la population. A cette fin, et pour éviter des surcapacités, la LAMal leur assigne le mandat de planifier l'offre hospitalière nécessaire à la couverture des besoins. Pour assumer cette responsabilité et plus particulièrement garantir à toute la population l'accès à des soins de qualité tout en maîtrisant la croissance des dépenses, le Conseil d'Etat estime indispensable de pouvoir conditionner la participation de l'Etat au respect de conditions à remplir par chaque hôpital et de détenir les moyens de s'assurer de la bonne utilisation des deniers publics.

Cela étant, suite à la consultation, le Conseil d'Etat a apporté des modifications à l'avant-projet de loi. La place réservée aux cliniques privées ainsi que les différentes options qui s'offraient à elles ont été clarifiées. Les dispositions relatives aux responsabilités des hôpitaux dans le domaine des investissements ainsi que celles qui portent sur les modalités de contrôle de l'Etat ont été précisées. Quant aux dispositions qui prévoyaient l'obligation de poursuivre un but idéal pour être subventionné et l'obligation faite à l'hôpital subventionné de se soumettre, cas échéant, à une convention de redistribution des ressources, elles ont été supprimées en raison de l'avis de droit donné par l'Université de Neuchâtel qui les considérait comme non conformes à la législation fédérale. De plus, une disposition transitoire permettant de reconnaître temporairement les capacités d'une clinique a été introduite pour éviter une carence de l'offre due à un déploiement inachevé du régime conventionné.

2.2.2 La reconnaissance d'intérêt public

La notion de reconnaissance d'intérêt public comme régime cantonal ouvrant la porte aux subventions de l'Etat est maintenue. Les prestations de l'hôpital demeurent en effet fournies dans le cadre d'une tâche publique exercée conformément à la planification hospitalière et au mandat de prestations attribué par l'Etat. Vu cette dimension et ce lien extrêmement étroit avec la planification, il s'avère toutefois judicieux que la compétence d'octroyer la reconnaissance d'intérêt public, qui est aujourd'hui en mains du département, soit remontée au niveau du Conseil d'Etat. De plus, compte tenu des modifications apportées à la LAMal, les conditions posées pour bénéficier d'une telle reconnaissance doivent être élargies. Aux conditions déjà prévues s'en ajoutent trois nouvelles, dont la première ne concerne que les hôpitaux :

- se soumettre aux décisions du canton relatives au contrôle des investissements,
- se soumettre aux règles fixées par l'Etat en matière d'échange électronique de données,
- appliquer les dispositions fixées par le Conseil d'Etat en matière de formation des professions médicales et non médicales de la santé.

Enfin, la possibilité de reconnaître d'intérêt public un hôpital pour une partie seulement de son activité est expressément introduite. Quant à la notion de reconnaissance d'intérêt public limitée dans le temps, elle est précisée.

2.2.3 La planification

Le Conseil d'Etat entend conserver la maîtrise de l'évolution et de la répartition des infrastructures et des équipements hospitaliers d'intérêt public, via un dispositif ad hoc qui doit garantir que les décisions d'investissements structurels, relatives à l'extension des activités, à l'implantation des bâtiments et au déploiement des missions, soient conformes à l'intérêt public. Cette volonté ne s'étendra donc pas aux investissements dits courants qui relèveront dorénavant de la seule responsabilité des établissements.

Sous l'angle de l'organisation hospitalière, le Conseil d'Etat maintiendra l'organisation actuelle basée sur quatre régions et sur les hôpitaux d'intérêt public dont il a financé jusqu'à aujourd'hui les investissements. Il poursuivra l'adaptation de leur mission via les mandats de prestations, sur la base des travaux des collèges de spécialistes inter hôpitaux que le Département a mis en place. Cette offre sera complétée par les capacités des cliniques privées qui sont nécessaires à la couverture des besoins puisqu'elles fournissent actuellement environ 15 % des prestations LAMal consommées par les Vaudois. En l'état, cette activité n'est pas subventionnée. Elle est financée par l'AOS et par des assurances privées ou directement par les patients payant eux-mêmes.

Pour 2012, chaque clinique devra opter pour l'un des deux régimes de financement prévus par les Chambres fédérales. Celles qui décideront d'entrer dans le régime planifié par le canton devront se soumettre aux conditions qui donnent accès à la reconnaissance d'intérêt public. Cas échéant, elles seront mises au bénéfice de la participation financière de l'Etat (55% des tarifs). Cette ouverture du régime planifié aux cliniques privées, voulue par le législateur, aura ainsi des conséquences financières. Si toutes les cliniques aujourd'hui sur la liste LAMal optaient pour le régime planifié, les charges supplémentaires pour l'Etat seraient de l'ordre de CHF 70 millions, pendant que celles des assurances privées seraient réduites d'autant.

Concernant le choix qui incombera aux cliniques privées, il faut relever que si elles veulent obtenir un mandat LAMal pour une partie seulement de leur activité, elles auront la possibilité de créer à cette fin une société séparée, en lien avec l'entité principale, dont les statuts et le mandat devront respecter les exigences posées pour être subventionné. Il faut relever également que le projet de loi prévoit la possibilité d'une reconnaissance d'intérêt public limitée dans le temps, pour laquelle les conditions à satisfaire seront moindres que celles qui concernent une reconnaissance non limitée dans le temps. Par ailleurs, la possibilité actuelle offerte à tout hôpital reconnu d'intérêt public de déléguer, sous sa responsabilité, une partie de son mandat à une clinique est maintenue et précisée.

La future liste LAMal sera donc établie à partir de l'offre des hôpitaux d'intérêt public existants et complétée par les capacités des cliniques privées qui sont nécessaires à la couverture des besoins des Vaudois et qui auront accepté les conditions à remplir pour être reconnues d'intérêt public. A cette offre planifiée s'ajoutera l'offre conventionnée issue de la liberté de contracter dont peuvent se prévaloir les partenaires tarifaires. En adoptant cette position, le Conseil d'Etat considère qu'une partie des assurés vaudois souhaitera maintenir à l'avenir une couverture d'assurance privée qui donne accès, sans participation financière de l'Etat, aux cliniques privées. En d'autres termes, il part du principe que les comportements des Vaudois qui prévalent aujourd'hui en matière de recours aux hôpitaux subventionnés et non subventionnés ne se modifieront pas fondamentalement à l'horizon 2012.

Du point de vue intercantonal, le Conseil d'Etat s'efforcera de trouver des accords avec les cantons voisins afin de permettre aux résidents vaudois des régions périphériques de recourir, s'ils le souhaitent, à des hôpitaux non vaudois sans subir de préjudice économique. Dans cette perspective, il

souhaite établir un accord avec le canton de Genève en vue de porter les HUG sur la liste vaudoise ainsi que le GHOL et le CHUV sur la liste genevoise, ainsi qu'un accord avec le canton de Fribourg afin d'assurer aux Broyards vaudois l'accès à l'Hôpital cantonal de Fribourg et aux Broyards fribourgeois l'accès au CHUV. S'agissant du canton de Neuchâtel, des discussions devront également avoir lieu pour examiner plus particulièrement les possibilités de collaboration relatives aux régions de Sainte-Croix et du Val de Travers. Les modalités de compensation financière entre cantons résultant de ces hospitalisations extracantonales seront précisées par ces accords.

Enfin, conformément à la révision de la LAMal, le canton devra également planifier les maisons de naissance d'ici 2015 au plus tard, mais pas avant que la planification hospitalière ne soit établie.

2.2.4 Le système de financement

Dans le respect de la volonté exprimée par les Chambres fédérales, le Conseil d'Etat prévoit un financement à la prestation qui intègre les charges d'infrastructure. En d'autres termes, les parts respectives de l'Etat et des assureurs-maladie seront versées sous forme de tarif par prestation. Ce nouveau mode de financement qui introduit le principe d'un tarif unique à terme, quel que soit l'hôpital qui fournit la prestation, n'est cependant pas sans risque. Des dispositions devront être prises pour éviter que la viabilité économique, voire l'existence d'hôpitaux indispensables à la couverture des besoins soient tributaires de la seule régulation économique. De telles dispositions pourront être décidées sur une base conventionnelle par l'Etat et la (ou les) organisation(s) faitière(s) représentative(s) des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public afin, d'une part, de mettre en place des mécanismes permettant d'assurer l'équité entre établissements dans l'allocation des ressources et, d'autre part, et durant une phase transitoire, de redistribuer les recettes d'investissement entre les hôpitaux, tant que les tarifs en la matière ne correspondent pas aux coûts. A défaut d'un tel accord entre l'Etat et ses partenaires, le canton pourra, en application de l'article 51 LAMAL visant la maîtrise des dépenses hospitalières, opérer lui-même des redistributions de ressources en décidant de financer les hôpitaux par un "budget global". Le projet de loi prévoit en effet la possibilité de financer les hôpitaux soit sous forme d'un tarif à la prestation, soit par l'intermédiaire d'un budget global comme cela a été le cas depuis 1980.

Pour les premières années d'application, face à l'ensemble des difficultés que génère la mise en place d'une nouvelle structure tarifaire négociée au plan national ainsi qu'aux inégalités de traitement que ne manquera pas de provoquer l'introduction d'un forfait d'investissement dans le tarif, le Conseil d'Etat estime nécessaire de maintenir le principe d'un budget global par hôpital, tel que pratiqué aujourd'hui. Cette manière de faire permettra d'éviter que la prise en charge des patients ne subisse les aléas d'un changement complet de système de financement dont on sait qu'il prendra plusieurs années avant d'être vraiment opérationnel.

3 FINANCEMENT DES SOINS DE LONGUE DUREE

3.1 Synthèse des nouvelles règles LAMal

La révision porte sur les règles applicables en matière de financement du coût des soins fournis en EMS ou par les organisation de soins à domicile.

Selon les nouvelles dispositions, les tarifs à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont fixés au niveau suisse par le Conseil fédéral, sous la forme d'une contribution en francs (représentant environ 60% des coûts des soins) correspondant, pour les EMS, à un forfait journalier fondé sur 8 à 12 niveaux de soins requis déterminés par tranches de minutes et, pour les soins à domicile, à un tarif horaire par catégorie de soins (évaluation et conseils, examens et traitement, soins de base). Dans le cadre des soins à domicile toutefois, il faut souligner l'introduction par la LAMal des structures de soins de jour ou de nuit, dont les tarifs seront identiques à ceux appliqués en EMS, sans

qu'il s'agisse d'une nouvelle catégorie de fournisseurs de soins.

Le nouveau régime n'uniformise ou n'harmonise toutefois pas les outils de mesure des besoins en soins en EMS. Les outils actuels, en particulier l'outil Plaisir dans le canton de Vaud, pour "classer" les résidents dans les tranches de minutes et dans le tarif peuvent donc être maintenus, sous réserve d'une éventuelle harmonisation future au niveau fédéral.

Les coûts des soins non couverts par les tarifs AOS peuvent être mis à la charge de l'assuré, à hauteur au maximum de 20% de la contribution maximale de l'AOS. Les cantons doivent régler le financement du solde, à savoir du montant non pris en charge par l'AOS et le résident.

La révision introduit une nouvelle catégorie de soins, les "soins aigus et de transition", qui correspondent aux soins à domicile ou en EMS nécessaires à la fin d'un séjour dans un hôpital de soins aigus ou de réadaptation, pour une durée de 14 jours maximum, sur mandat d'un médecin de l'hôpital. Ces "soins aigus et de transition" seront financés par un tarif négocié entre les partenaires tarifaires et couvrant le 100% des coûts, à la charge du canton et de l'AOS selon la répartition prévue en matière de financement hospitalier (55%-45%).

Conformément à la décision du Conseil fédéral, ce nouveau régime entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Les cantons disposent d'un délai de 3 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2013, pour adapter les tarifs et les conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la révision.

En parallèle de cette révision LAMal, les Chambres fédérales ont, dans le cadre de l'adoption de ce nouveau régime, modifié la LAVS (introduction d'une allocation pour impotence légère) et la LPC (augmentation des franchises, y compris franchise sur immeuble).

3.2 Orientations du Conseil d'Etat

Trois points du nouveau régime impliquent une modification des dispositions légales cantonales.

3.2.1 Participation du patient aux coûts des soins

Pour maintenir des incitatifs suffisants en faveur du maintien à domicile, le Conseil d'Etat ne souhaite pas utiliser la révision LAMal pour mettre à la charge du patient une partie du coût des soins fournis par les organisations de soins à domicile, même si certaines voix ont demandé, dans le cadre de la consultation, que les bénéficiaires des soins à domicile soient mis au même régime que les résidents en EMS.

En revanche, afin de dégager une marge de manœuvre financière permettant de couvrir en partie les charges induites par la poursuite du programme de construction et de rénovation des EMS, et à l'instar des autres cantons suisses, le Conseil d'Etat introduit dans la LPFES le principe d'une participation financière modeste des résidents en EMS au coût des soins. Il n'entend toutefois pas utiliser pleinement la marge de manœuvre octroyée en la matière par la LAMal et propose de limiter expressément dans la loi cette participation du résident au maximum à 10% de la contribution maximale de l'AOS (alors que le droit fédéral lui permettrait d'aller jusqu'à 20%). Cette proposition a largement été soutenue dans le cadre de la consultation.

Toutefois, en fonction de l'évolution de la situation financière du canton ainsi que de l'évolution démographique, le Conseil d'Etat pourrait être amené à revoir sa position et à proposer une adaptation du taux de contribution des résidents. Le cas échéant, le Grand Conseil aurait à se prononcer.

3.2.2 Versement des subventions de l'Etat

Pour tous les EMS inscrits sur la liste, la LAMal implique la prise en charge par l'Etat et les communes de la part des soins non couverte par l'AOS et le patient (report soins). Or, aujourd'hui, la liste LAMal vaudoise contient cinq EMS non reconnus d'intérêt public et ne bénéficiant donc pas de subventions de l'Etat. Dans la mesure où ces cinq EMS sont bel et bien nécessaires à la couverture des besoins, le Conseil d'Etat entend les porter à nouveau sur la liste LAMal. A partir de là et conformément aux dispositions fédérales, il devra assumer avec les communes le "report soins" de ces EMS. En contrepartie, ces EMS seront soumis à une bonne partie des conditions posées par la LPFES au titre de la reconnaissance d'intérêt public. La non-prise en compte de toutes les conditions se justifie par le fait qu'ils ne bénéficient que d'une participation financière partielle de l'Etat. En effet, leurs investissements ne sont pas pris en charge par l'Etat et leurs résidents n'ont pas droit aux prestations de la LAPRAMS.

S'agissant des organisations de soins à domicile (OSAD), l'Etat doit, en application des nouvelles dispositions fédérales, financer sa part du coût des soins pour toutes les OSAD admises à pratiquer à la charge de l'AOS. A des fins de maîtrise des dépenses, le Conseil d'Etat entend dès lors appliquer aux OSAD, par analogie, le principe d'une reconnaissance d'intérêt public comme c'est le cas pour les établissements sanitaires. A cette fin, la loi précise les conditions spécifiques auxquelles sera dorénavant soumise cette catégorie de fournisseurs.

Concernant les structures de soins de jour ou de nuit mentionnées dans la LAMal, elles seront soumises à un tarif similaire à celui appliqué en EMS. Dans la terminologie vaudoise, ces structures engloberont les Unités d'accueil temporaire (UAT) ainsi que divers lieux dont la charge en soins des personnes qui les fréquentent a augmenté ces dernières années, au point de les assimiler à ceux donnés en EMS (par exemple les "appartements médicalisés" ou certains homes non médicalisés). Par rapport à la situation actuelle, la diminution de moyens en provenance de l'AOS pour ces structures devra en partie être compensée par une subvention de l'Etat ; s'agissant des UAT, le Conseil d'Etat entend l'introduire par une modification de la LAPRAMS.

3.2.3 Soins aigus et de transition

Pour le Conseil d'Etat, tant les EMS que les OSAD doivent pouvoir fournir des soins aigus et de transition, mais à la condition d'être au bénéfice d'un mandat conféré par l'Etat.

4 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE DE LA LPFES

Art. 1

Suppression de la référence aux réseaux de soins, qui font l'objet d'une loi spécifique (oubli lors de l'adoption de la loi sur les réseaux de soins).

Art. 3

Introduction expresse du principe de la possibilité d'une reconnaissance d'intérêt public limitée à une partie de l'activité de l'établissement (cf. art. 4 al. 4 nouveau).

Art. 3a

Pour les hôpitaux, renvoi, s'agissant de la précision de leurs missions, non plus aux "règlements relevant de la planification cantonale", qu'il est proposé de supprimer (cf. art. 18 ci-dessous), mais à la planification cantonale et au mandat de prestations.

Introduction pour les EMS de la possibilité de fournir des "soins aigus et de transition" dans la mesure prévue par la planification cantonale et le mandat de prestations.

Introduction de deux nouvelles catégories d'établissements sanitaires:

a) Maisons de naissance

Cette nouvelle catégorie est introduite dans la loi conformément aux décisions du législateur fédéral. La définition figurant dans la LPFES est une reprise de la définition actuelle du règlement sur les établissements sanitaires. Pour le surplus, le projet assimile ces maisons de naissance à des "hôpitaux" au sens de la LPFES. Les dispositions relatives aux hôpitaux leur seront donc applicables par analogie. Il faut relever à cet égard que l'activité des maisons de naissance aujourd'hui présentes sur le territoire vaudois est pour l'essentiel de nature ambulatoire. En conséquence, même si elles sont assimilées aux hôpitaux conformément au droit fédéral, ces maisons de naissance ne seront en principe pas inscrites sur la liste LAMal hospitalière. Elles pourront néanmoins bénéficier des subventions de l'Etat indirectement, si elles collaborent avec un hôpital reconnu d'intérêt public (cf. art. 18b ci-dessous), voire directement, si l'Etat leur attribue un mandat.

b) Etablissements de soins intégrés

Depuis plusieurs décennies, un mouvement progressif d'intégration de la fourniture de prestations différentes dans le cadre d'un établissement donné a vu le jour. Jusqu'à présent, ce mouvement s'est développé de manière séparée au sein d'hôpitaux et d'EMS. Les restructurations hospitalières ont débouché en effet sur un regroupement de capacités de prise en charge susceptibles de fournir des prestations de soins aigus (cas A), de réadaptation (cas B) et d'hébergement (cas C). Dans le cadre de l'EMS, la gestion intégrée de lits de longs et de courts séjours, d'une unité d'accueil temporaire, d'une organisation de soins à domicile (OSAD) ainsi que de logements protégés est de plus en plus fréquente. Le financement des établissements sanitaires qui ont diversifié leurs activités s'est fait jusqu'à présent dans le respect des modalités de financement applicables à chaque secteur, sans que cela pose de problèmes majeurs, les règles en vigueur étant fondées sur un financement à la prestation.

A l'avenir, ce mouvement d'intégration est appelé à s'étendre au-delà des frontières mentionnées ci-dessus. Sous les effets conjoints de l'évolution de la morbidité caractérisée par toujours davantage de maladies chroniques à traiter et des modèles de réseaux de soins intégrés qui sont en train d'être promus par les Chambres fédérales dans le cadre du volet de la révision LAMal consacré au Managed Care, certains fournisseurs de soins du canton sont enclins à élargir la chaîne des prestations qu'ils offrent afin de proposer une prise en charge globale et continue du patient. Ces initiatives se heurtent cependant aux règles de financement tant fédérales que cantonales en vigueur – financement à la prestation - qui sortent renforcées des deux révisions LAMal dont il est question dans le présent EMLP et qui, par là, confortent l'autonomie institutionnelle, n'incitent par conséquent pas à développer les collaborations entre les prestataires de soins et vont à l'encontre de la coordination des soins nécessaires à la prise en charge des malades. C'est pourquoi le Conseil d'Etat propose, à l'occasion de la présente modification de la LPFES, d'introduire dans la loi la possibilité pour les institutions de créer une entité intégrée assumant des missions qui peuvent être aussi bien d'hospitalisation que d'hébergement ou d'aide et de soins à domicile, voire de prévention. Dans un tel cas de figure, le Conseil d'Etat pourra décider de regrouper les différentes subventions de l'Etat en une seule. Ainsi, plutôt que de verser plusieurs subventions à plusieurs institutions pour des missions différentes, l'Etat n'en verserait plus qu'une seule à l'entité intégrée. Une gestion regroupée des ressources crée en effet les conditions qui permettent de raisonner en termes de trajectoires et d'itinéraires cliniques ainsi que d'assumer une responsabilité budgétaire par rapport à une prise en charge globale du patient.

Cela étant, il appartiendra au Conseil d'Etat d'arrêter les modalités de financement de l'établissement de soins intégrés. Ces modalités tiendront compte du champ de prestations offertes, du territoire couvert, des responsabilités budgétaires assumées par rapport à une population donnée ainsi que des obligations de financement qui résultent de la législation fédérale. Elles déboucheront, par exemple, sur un forfait global de prise en charge qui sera garanti à l'établissement indépendamment des prestations fournies.

Art. 3b

Les lits exploités par les maisons de naissance ne sont pas des lits hospitaliers, qu'il s'agisse de lits A ou de lits B. Ce ne sont pas non plus des lits d'hébergement de type C. Un nouveau type de lits doit donc être introduit à l'article 3b, qui met en évidence le fait que les lits des maisons de naissance sont des lits à vocation hôtelière, sans assistance médicale.

Art. 4

L'article 4 LPFES est un article crucial de la LPFES puisqu'il fixe les conditions de la reconnaissance d'intérêt public, pivot de tout le système légal de financement par les pouvoirs publics. Le Conseil d'Etat estime que le catalogue de conditions actuelles est adéquat et que les motifs qui ont conduit à son adoption gardent toute leur pertinence sous l'empire des nouvelles règles LAMal. Il entend donc en substance maintenir ce catalogue, en se contentant de le toiletter et de l'adapter si nécessaire, pour tenir compte des changements opérés au niveau fédéral. Ainsi, l'obligation de recourir à un prestataire de services informatiques agréé est remplacée par l'obligation de disposer d'un système d'information répondant aux exigences fixées par le Conseil d'Etat (art. 4 al. 1^{er} litt. d). L'accent n'est donc pas mis sur le fournisseur lui-même, mais sur les attentes de l'Etat vis-à-vis du système d'information des hôpitaux. La loi ne pose ainsi plus de conditions d'agrément du producteur, mais une véritable condition de fond sur la qualité du produit. En l'occurrence, le produit, soit le système d'information, doit :

- contribuer à la qualité, à l'efficience, à l'efficacité et à la sécurité des prises en charge, en fournissant des informations complètes et en temps réel permettant de prendre les meilleures décisions médicales
- permettre la comparabilité des données produits et, ainsi, la comparaison (benchmarking) entre établissements et le suivi d'indicateurs (qualité, économicité, ...)
- être en conformité avec la stratégie nationale en matière de cybersanté (eHealth), afin de permettre la mise en place du dossier patient électronique et des services en ligne, l'interopérabilité entre les systèmes d'information (standards techniques) et, partant, l'échange des informations médicales avec les autres prestataires de soins .

Il appartiendra au Conseil d'Etat de préciser, par voie réglementaire, la portée des exigences à respecter par les établissements en la matière.

En outre, deux nouvelles conditions générales sont posées, tant pour les hôpitaux que pour les EMS : se soumettre aux règles édictées en matière d'échange électronique de données sur le patient (art. 4 al. 1^{er} lettre i) et appliquer les dispositions fixées par le Conseil d'Etat en matière de formation des professions médicales et non médicales de la santé. L'ajout de la première de ces conditions relève de la décision prise par la Confédération et la CDS de conduire ensemble une stratégie "cybersanté" ou "e-Health" visant à faciliter l'échange de données sur les patients. Il s'agit à cet égard de donner au département la possibilité d'édicter des règles contraignantes vis-à-vis des établissements afin que le transfert de données utiles sur le patient s'effectue, dans le respect des règles relatives à la protection des données . Quant à la deuxième condition, elle tient compte du fait que dans les montants versés par l'Etat aux hôpitaux et aux EMS figurent des montants relatifs à la formation des professions médicales et non médicales de la santé. L'Etat finançant les coûts de formation, il doit pouvoir fixer des règles en la matière, en particulier au vu du contexte de pénurie de personnel sanitaire auquel le canton de Vaud est confronté.

Au-delà de ces deux nouvelles conditions générales, le projet prévoit d'ajouter une nouvelle condition pour les EMS (art. 4 al. 1bis lettre e) et une autres pour les hôpitaux (art. 4 al. 1ter):

1. Pour les EMS, le Contrôle cantonal des finances (CCF) a mis en évidence un certain nombre de lacunes dans le cadre légal en matière de sous-traitance d'activités. Même si cette question ne découle pas directement de la révision LAMal, les nouveaux principes posés en matière de financement du coût

des soins rendent nécessaire une clarification des règles de sous-traitance (v. art. 4g).

2. En ce qui concerne les hôpitaux, la suppression du financement direct des investissements par l'Etat et l'intégration des coûts y relatifs dans les tarifs justifient qu'un dispositif de contrôle ad hoc soit mis en place (v. art. 4h).

Comme mentionné plus haut (v. ch. 2.2.2), vu l'importance et la portée de la reconnaissance d'intérêt public, en particulier son lien très étroit avec la planification, le Conseil d'Etat considère nécessaire que la compétence de l'octroyer lui soit échue, alors que cette responsabilité incombe aujourd'hui au département (v. art. 4 al. 3).

La modification proposée à l'alinéa 4 de l'article 4 introduit expressément la possibilité pour le Conseil d'Etat de reconnaître d'intérêt public un hôpital pour une partie seulement de son activité. Dans un tel cas de figure, l'hôpital en question devra néanmoins respecter les conditions posées par l'article 4 LPFES, ceci afin d'éviter une inégalité de traitement entre hôpitaux fournissant les mêmes prestations. Il aura toutefois la faculté de créer une entité juridique séparée pour les activités relevant du mandat de prestations octroyé par l'Etat.

L'article 4 alinéa 4bis LPFES précise la notion de reconnaissance d'intérêt public limitée dans le temps, en fixant une période maximum de trois ans. Aujourd'hui, dans le réseau sanitaire, une telle reconnaissance limitée dans le temps existe déjà, mais de manière très marginale : un seul EMS en bénéficie et une expérience de reconnaissance d'intérêt public de quelques lits de cliniques privées a été lancée en automne 2009 pour une période de six mois, dans le cadre de la recherche de solutions destinées à faire face à l'engorgement du CHUV en période hivernale. Fort de cette expérience, le Conseil d'Etat estime nécessaire de disposer d'un tel levier pour éviter tout risque de carence temporaire dans la couverture des besoins. Il propose donc de préciser l'ancrage formel de cette possibilité, en ajoutant le principe que, dans un tel cas de figure, le Conseil d'Etat, désormais compétent pour octroyer la reconnaissance, pourra adapter les conditions à respecter par l'établissement. En effet, si un EMS, par exemple, n'est reconnu d'intérêt public que pour trois ou quatre mois, il serait disproportionné de lui demander de respecter l'intégralité des conditions posées par l'article 4.

La nécessité d'adapter le catalogue de conditions à remplir vaut également pour les maisons de naissance, en raison de leur taille et de leur activité limitées.

Quant au nouvel alinéa 4ter, il constitue une simple reprise d'une phrase figurant aujourd'hui à l'alinéa 4, par souci de clarté. De plus, ce nouvel alinéa précise qu'une des charges ou conditions qui peut être posée consiste à obliger l'établissement sanitaire privé d'intérêt public concerné à informer le département suffisamment tôt à l'avance s'il entend réduire ou ne plus faire les activités englobées dans son mandat de prestations. Une telle information préalable est destinée à permettre au département de prendre les dispositions qui s'imposent afin d'éviter toute rupture dans l'approvisionnement en soins de la population. Il faut relever en outre ici que, conformément à la LAMal et ses dispositions d'application, le département pourrait poser comme charge ou condition que l'hôpital concerné dispose d'un service d'urgence.

L'essentiel des autres modifications apportées à l'article 4 correspondent à un toilettage :

- art. 4 al. 1^{er} lettre a : suppression de la notion de "division commune" en raison de sa suppression dans la LAMal ;
- art. 4 al. 1^{er} lettre b : idem ; de plus, la notion de "mission" est remplacée par celle de "mandat" (adaptation terminologique en lien avec la révision LAMal, v. art. 23) ;

- art. 4 al. 1^{er} lettre c : rédaction simplifiée ;
- art. 4 al. 3 : 2^{ème} phrase reprise de la version actuelle de l'article 4 par souci de cohérence.

Enfin, la modification fondamentale des règles relatives au financement hospitalier rend possible la reconnaissance d'intérêt public de cliniques privées aujourd'hui non reconnues. L'alinéa 8 nouveau de l'article 4 LPFES prévoit que, si tel est le cas, l'établissement disposera d'un délai de deux ans pour se conformer aux conditions de l'article 4, ce délai pouvant être prolongé d'une année au maximum par le département. Il faut signaler dans ce contexte la disposition transitoire particulière introduite à l'article 35b ci-dessous.

Art. 4f

Cet article a été introduit dans la LPFES en 2006, à l'origine uniquement pour les EMS. Pour éviter que certains dérapages du passé ne se reproduisent, il visait, sauf dérogation expresse accordée par le département (al. 3), à obliger les EMS à se concentrer sur leur mission première, à savoir la prise en charge de personnes dépendantes et, partant, à créer une entité juridique séparée s'ils souhaitent développer une activité commerciale dans le but de fournir des prestations à d'autres personnes qu'à leurs résidents (restaurant ouvert au public, exploitation d'une crèche, etc.). Aujourd'hui, les changements attendus dans le domaine hospitalier conduisent à étendre ce dispositif aux hôpitaux, si ceux-ci sont reconnus d'intérêt public pour toute leur activité. Il appartiendra ainsi à ces hôpitaux de créer une telle structure juridique séparée si les conditions de l'alinéa 1^{er} sont remplies et de formaliser leurs relations avec cette structure sous la forme d'une convention soumise au département. La faculté pour le département d'accorder des dérogations est expressément réservée par l'alinéa 3. En revanche, les hôpitaux ou EMS reconnus d'intérêt public pour une partie seulement de leur activité ou pour une durée limitée dans le temps ne seront pas soumis à l'article 4f.

Art. 4g

Cet article nouveau fixe les conditions à respecter par les EMS en matière de sous-traitance.

Le recours par les EMS à des sociétés tierces dans le but de fournir des prestations relevant de leur mission, défini au sens large comme la sous-traitance, représente un volume de 38 millions de francs en 2008, soit un peu plus de 7% des charges d'exploitation de l'ensembles des EMS reconnus d'intérêt public. Les principaux domaines sous-traités sont la livraison de repas, le personnel intérimaire notamment de soins, la blanchisserie et l'administration. Le tableau suivant illustre l'importance de la sous-traitance dans ces domaines.

	Domaines de sous-traitance			
	Intérimaires (technique, hôtelier et soins)	Fourniture / livraison de repas	Prestations de blanchisserie	Prestations administratives
Nombre d'établissements ayant recours à la sous-traitance pour le domaine en question	113	43	84	65
Charges d'exploitation des établissements concernés (en millions de francs / année)	504.0	149.9	390.0	230.3
Volume annuel de la sous-traitance des établissements concernés (en millions de francs / année)	11.6	12.4	6.7	4.7
Sous-traitance en proportion des charges d'exploitation pour les établissements concernés	2.3%	8.3%	1.7%	2.1%

source : Service des assurances sociales et de l'hébergement (reporting 2008 des EMS, 121 établissements)

La sous-traitance est parfois rendue nécessaire par des contraintes extérieures à la gestion de l'établissement. C'est le cas dans les domaines précités lorsque par exemple l'établissement ne dispose pas d'une cuisine de production ou de locaux dédiés à la buanderie, lorsqu'il doit adapter rapidement le volume des soins fournis aux besoins des résidents dans des délais qui ne permettent pas d'embaucher le personnel nécessaire ou lorsque sa petite taille ne lui permet pas de se doter de personnel spécialisé, notamment pour la gestion comptable. Le cumul de ces conditions pourrait amener un établissement à sous-traiter l'ensemble de ces domaines. Dans ce cas, le volume de la sous-traitance ne devrait en principe pas excéder en moyenne annuelle 15% du total des charges d'exploitation .

De plus, la sous-traitance dans certains domaines techniques comme la buanderie ou la livraison de repas répond à une rationalité économique. Sachant par exemple qu'une cuisine de production n'est rentable qu'à partir de plusieurs centaines de repas par jour, il est souhaitable que les établissements disposant d'une telle infrastructure l'exploitent en confectionnant des repas pour d'autres établissements ou collectivités (par exemple pour les repas à domicile livrés par les CMS ou pour les garderies), respectivement se déchargent de cette activité. En outre, la collaborations entre établissements, y compris sous forme de sous-traitance, représente un échange de compétences et de savoir-faire et constitue des conditions favorables à une meilleure efficacité. Il n'y aurait donc pas lieu d'entraver des solutions innovantes allant dans ce sens.

Actuellement, la sous-traitance n'est soumise à aucune règle particulière. Dans la plupart des cas, la sous-traitance au sein des EMS reconnus d'intérêt public représente un volume relativement modeste et essentiellement circonscrit à des domaines et des circonstances qui justifient son emploi. En revanche, quelques établissements y recourent de manière plus intensive. Ainsi par exemple, quatre groupes exploitant chacun plusieurs EMS sous-traitaient en 2008 pour 13 millions de francs, soit plus d'un tiers du volume total de la sous-traitance, essentiellement à des sociétés privées dont plusieurs appartiennent aux dirigeants des ces mêmes EMS. Cette situation pose différents problèmes relatifs à

l'affectation des financements d'origine public ou prélevés auprès des résidents d'EMS et subsidiairement des régimes sociaux, l'économicité dans l'achat de biens et de services et, d'une manière générale, la préservation des intérêts des établissements auxquels le département délègue une tâche publique et c'est pourquoi ce nouvel article 4g fixe des conditions à respecter.

Le premier alinéa définit la sous-traitance et en limite le volume à 2 5% du total des charges d'exploitation. Cette limitation se fonde sur le fait que les domaines sous-traités échappent à diverses dispositions de la présente loi, dont en particulier le respect des conditions de travail prévues par la CCT (art 4 al. 1^{er} litt. e) et art. 4b) ainsi que le contrôle de l'affectation conforme des financements d'origine publique ou mis à charge des résidents (art. 32a). En outre, les limites posées à la distribution du bénéfice (art 4d) pourraient être contournées lorsque la direction de l'établissement détient des intérêts financiers dans la société de sous-traitance. La limitation posée à l'alinéa 1^{er} tient toutefois compte du fait que la sous-traitance est parfois rendue nécessaire par des circonstances indépendantes de la gestion de l'établissement. La limite de 2 5% laisse donc aux établissements une marge de manœuvre importante dans leurs choix de gestion par rapport à la situation où les circonstances cumulées les amèneraient à sous-traiter l'ensemble des domaines mentionnés plus haut.

Le 2^{ème} alinéa prévoit une possibilité de dérogation à la règle précédente, notamment pour permettre à plusieurs établissements d'échanger des services, d'organiser en commun la fourniture de services sous la forme d'une fondation ou d'une société à but non lucratif ou encore de mettre en œuvre une solution innovante permettant d'obtenir une plus grande economicité.

Le 3^{ème} alinéa impose que, dans tous les cas de sous-traitance, les conditions de travail adoptées par les partenaires sociaux soient respectées, eu égard au fait que le financement perçu par les EMS de la part de l'Etat ou auprès des résidents est calculé en tenant compte des conditions de travail applicables aux EMS et des barèmes de rémunérations prévus par la CCT.

Le 4^{ème} alinéa rappelle l'exigence d'économicité déjà formulée à l'art 4c de la loi et précise la portée de la surveillance financière du département implicitement prévue par l'art 32a. L'exigence de la forme écrite du contrat de sous-traitance suit les recommandations formulées en la matière par le Contrôle cantonal des finances dans le cadre des audits réalisés en 2009 dans deux EMS.

La règle posée dans le 5^{ème} alinéa vise à préserver les intérêts des établissements auxquels le département accorde la reconnaissance d'intérêt public en proscrivant les relations commerciales qui placeraient les membres dirigeants de l'EMS dans un conflit d'intérêt. Concernant les conseils de fondation, la règle suit la recommandation formulée par la principale association professionnelle d'EMS dans son guide de gouvernance, à savoir qu'en cas de conflit d'intérêt permanent, le membre doit se récuser.

Art. 4h

Cette disposition constitue une des principales nouveautés découlant des révisions LAMal, plus particulièrement de celles relative au financement hospitalier. En effet, comme on l'a vu, demain, les investissements des hôpitaux ne seront plus assumés directement par l'Etat, mais intégrés dans les tarifs à la prestation financés par l'Etat et les assureurs-maladie. Le contrôle que l'Etat pouvait exercer en la matière en décidant des investissements via le financement direct va donc disparaître. C'est pourquoi le Conseil d'Etat propose de nouvelles modalités de contrôle adaptées à cette nouvelle donne. Cet article ayant suscité un certain nombre d'interrogations et de craintes dans le cadre de la consultation, la version soumise aujourd'hui au Grand Conseil a été considérablement revue.

L'article 4h repose sur le principe de la responsabilité des hôpitaux dans la gestion de leurs investissements (al. 1^{er}). Ce principe découle de leur responsabilité générale en matière de gestion consacrée par l'article 6a alinéa 1^{er} LPFES. Il ne leur confère cependant pas une liberté absolue en la matière. D'une part, cette liberté est limitée par la mission même de l'hôpital, telle que consacrée par le

mandat de prestations LAMal, ce que rappelle la fin de l'alinéa 1^{er}.

D'autre part, l'Etat assume une responsabilité générale quant à l'approvisionnement en soins de la population, la mise à disposition des capacités de prise en charge et l'évolution des dépenses. A ce titre, il lui appartient d'exercer un contrôle sur les décisions d'investissements de nature stratégique prises par les établissements, à savoir les investissements qui ont un effet sur la localisation, la dimension et la nature de l'offre hospitalière. En revanche, les décisions portant sur des investissements courants ne feront pas l'objet de contrôles particuliers. Il appartiendra au Conseil d'Etat de préciser par voie réglementaire les critères permettant de distinguer les investissements relevant du domaine stratégique et devant dès lors faire l'objet d'un contrôle des investissements courants laissés à la libre appréciation des établissements (al. 2). La limite financière aujourd'hui retenue pour les investissements périodiques, soit CHF 1 million, pourrait à cet égard servir de référence. Cette limite pourrait être différenciée selon l'impact de l'investissement sur les coûts et selon la taille de l'établissement.

L'alinéa 3 de l'article 4h explique comment le contrôle va s'effectuer. Il appartiendra ainsi aux hôpitaux d'établir, tous les 5 ans, un programme portant sur les investissements stratégiques à réaliser durant les 5 années à venir. Ce programme sera soumis à l'approbation du Conseil d'Etat. La réalisation de ce programme sera ensuite suivie et évaluée conformément aux dispositions prévues par les contrats de prestations passés entre l'Etat et les établissements.

Les établissements devront en outre (al. 4) respecter les règles fixées par le Conseil d'Etat en matière de comptabilisation des ressources d'investissement, d'amortissement et d'entretien. Ils devront en particulier constituer un fonds de rénovation, alimenté via les recettes tarifaires perçues au titre du financement des charges d'investissement, et provisionner les montants non utilisés, selon des modalités à préciser par le Conseil d'Etat. Cette provision pourra cas échéant être restituée à l'Etat (cf. commentaire ad art. 32f al. 1bis nouveau).

L'alinéa 5 prévoit quant à lui que les établissements devront transmettre au département toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre de ce nouvel article 4h, selon les dispositions que prendra le Conseil d'Etat.

Enfin, l'alinéa 6 réserve les modalités particulières de contrôle des investissements du CHUV telles que prévues par la loi sur les Hospices cantonaux.

Art. 5

Adaptations terminologiques du nom des différents partenaires de l'Etat.

Art. 6

Nouvelle formulation plus large du chiffre 1^{er}, qui permet d'abroger les chiffres 2 et 4 actuels.

La notion de "contrat de prestations" passé entre l'Etat et les établissements en contrepartie du financement public figure déjà à l'article 9, parmi les compétences du département. En outre, pour les hôpitaux, elle fait l'objet désormais d'un article spécifique (art. 29a). Elle peut donc être supprimée à l'article 6.

Conformément à la LAMal, l'Etat a également une responsabilité en matière de qualité et d'économicité des prestations, qui est expressément mentionnée sous le chiffre 6.

Au chiffre 7, adaptation terminologique.

Au vu des nouvelles règles LAMal, les structures tarifaires et les règles de financement sont clairement élaborées et définies à l'échelon national. L'alinéa 3 de l'article 6, qui relevait au demeurant plus de la déclaration d'intention que du texte de loi, peut dès lors être supprimé.

Art. 6a

Adaptation terminologique.

Art. 6b

Cet article fait doublon avec l'article 32b, plus complet. Il peut donc être supprimé (oubli de la précédente révision de la LPFES).

Art. 7

Conformément aux nouvelles règles prévues par la LAMal, l'Etat n'a plus à assumer directement le financement des investissements hospitaliers. Ce principe doit toutefois être nuancé lorsque l'hôpital concerné appartient à l'Etat ou est exploité sous la forme d'un établissement de droit public. Dans un tel cas de figure, l'Etat devra assumer les investissements en tant que propriétaire, notamment pour le CHUV, conformément aux modalités prévues par l'article 14 de la loi sur les Hospices cantonaux, ou accorder sa garantie (pour les investissements de l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais par exemple). Telle est la raison de la modification de l'article 7 chiffre 1.

La modification du chiffre 2 de l'article 7 n'est pas liée aux révisions LAMal, mais à la volonté du Conseil d'Etat de simplifier la procédure d'octroi de la garantie de l'Etat pour les emprunts des établissements sanitaires. La procédure actuelle, qui repose sur une décision du Grand Conseil à chaque étape de la construction et de la rénovation d'un établissement privé reconnu d'intérêt public, est en effet lourde et impose des délais qui retardent la mise à disposition d'infrastructures nouvelles. Aussi, comme proposé dans le projet mis en consultation en été 2009, le Grand Conseil ne sera plus appelé à se prononcer objet par objet, mais, d'une part, à accorder une enveloppe de garantie dont le montant est fixé dans la loi à hauteur de 6 50 millions sur la base d'une estimation des besoins d'investissements des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public à l'horizon 2010 et, d'autre part, à décider chaque année, lors de la procédure budgétaire, du montant affecté à la couverture des charges d'infrastructure de ces mêmes établissements. Il appartiendra ensuite au Conseil d'Etat, dans la limite ainsi fixée, d'accorder concrètement la garantie de l'Etat, sur préavis de la Commission des finances et de la Commission thématique de santé publique du Grand Conseil (v. art. 8 al. 1^{er} chiffre 2bis et al. 2). Un tel préavis doit permettre d'assurer l'assise démocratique des décisions prises, conformément à la demande largement exprimée dans le cadre de la consultation.

Le maintien de la possibilité pour l'Etat d'octroyer sa garantie pour les investissements des hôpitaux, alors même que la LAMal supprime le subventionnement direct par l'Etat des charges y relatives, se fonde sur les motifs suivants:

- assurer les meilleures conditions financières possibles pour tous les hôpitaux concernés afin de maîtriser les coûts y relatifs à la charge de l'AOS et de l'Etat intégrés dans les tarifs ;
- garantir l'égalité de traitement entre tous les hôpitaux sur la liste, en particulier entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics ;
- souligner la pérennité de l'offre hospitalière inscrite sur la liste LAMal.

Le chiffre 3 précise, dans sa nouvelle formulation, que le Grand Conseil est compétent d'une manière générale pour octroyer via le budget les moyens financiers destinés à assurer la participation de l'Etat à la prise en charge des coûts des infrastructures des EMS privés reconnus d'intérêt public, que ces derniers bénéficient de la garantie de l'Etat ou non. Cette formulation vise en particulier à englober les moyens financiers versés au titre de la couverture des coûts des infrastructures des EMS exploités en la forme commerciale, qui font l'objet d'une redevance fondée sur la valeur intrinsèque des bâtiments en cause et non d'une garantie de l'Etat et d'une prise en charge du service de la dette. Elle englobe également les nombreuses situations où les EMS ne sont pas propriétaires de leurs infrastructures, mais les loue à un tiers.

Adaptation terminologique au chiffre 4, en raison de la suppression de la notion de "division commune" dans la LAMal.

Art. 8

A l'avenir, l'Etat ne financera directement plus que les investissements des EMS, y compris lorsqu'ils sont locataires, ceux des hôpitaux l'étant par l'intermédiaire du tarif à la prestation. Le Conseil d'Etat devra donc élaborer un programme d'investissement pour les premiers, mais pas pour les seconds. L'adjonction apportée au ch. 2 de l'article 8 précise en outre expressément que le Conseil d'Etat devra consulter en la matière les partenaires concernés.

La modification du ch. 2bis est liée à la simplification de la procédure d'octroi de la garantie de l'Etat. Il attribue au Conseil d'Etat la compétence d'octroyer la garantie de l'Etat pour les emprunts contractés par les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public, dans les limites fixées par le Grand Conseil (cf. art. 7). Une telle garantie n'entre en ligne de compte que si le montant de l'emprunt concerné est supérieur, sur la base des dispositions actuelles de la loi sur les finances :

- à CHF 400'000.- en cas d'emprunt destiné à financer des études
- à CHF 1'000'000.- pour les emprunts relatifs à des investissements
- à CHF 400'000.- en cas de couverture du dépassement du coût prévu.

Toujours en lien avec la simplification de la procédure et conformément au chiffre 2ter, il appartiendra au Conseil d'Etat de décider de la participation de l'Etat au financement des charges d'infrastructure des EMS privés reconnus d'intérêt public, qu'ils soient propriétaires ou locataires, dans le respect des moyens alloués par le Grand Conseil dans le cadre du budget.

Ces deux compétences nécessiteront le préavis de la Commission des finances et de la Commission thématique de santé publique du Grand Conseil, afin d'asseoir la légitimité démocratique des décisions prises (art. 8 al. 2).

Adaptation terminologique au chiffre 4.

Les chiffres 5 à 9 nouveaux de l'article 8 listent les nouvelles compétences qu'aura à exercer le Conseil d'Etat, et qui ont été introduites dans la LPFES en raison de la révision de la LAMal.

Ces compétences porteront également sur la qualité et l'économicité des prestations, ainsi que sur l'information de la population (v. ch. 9).

On signalera encore la faculté de délégation que le nouvel article 8 alinéa 3 offre au Conseil d'Etat s'agissant des compétences qui lui sont attribuées par l'article 8 alinéa 1^{er} chiffres 2bis, 2ter et 9.

Art. 9

L'intitulé du département au début de l'alinéa est simplifié.

Simplification terminologique au ch. 1^{er}.

Le "budget global" n'est plus le seul système de financement des hôpitaux. Il constituera une solution alternative au financement à la prestation introduit par la LAMal et relèvera, en tant que tel, de la compétence du département. La formulation du chiffre 3 doit donc être adaptée dans ce sens.

Enfin, le chiffre 5 est abrogé, la compétence de prendre les dispositions pour assurer l'information de la population étant transférée au Conseil d'Etat (cf. art. 8 al. 1^{er} ch. 9).

Art. 12

Comme à l'article 5, adaptation terminologique du nom des entités et organismes faisant partie de la Commission de politique sanitaire. De plus, la Fédération patronale des EMS vaudois (Federems) est formellement inscrite comme membre de cette Commission, au même titre que l'AVDEMS, place qu'elle occupe déjà depuis plusieurs années. De même, à leur demande, la Société vaudoise de pharmacie, les organisations de soins à domicile privées et les maisons de naissance feront également formellement partie de la Commission de politique sanitaire.

Art. 18

L'article 18 est relatif à la planification cantonale, qui reste une compétence du Conseil d'Etat.

L'alinéa 2 rappelle que la planification doit être élaborée par le canton conformément aux règles fixées par la LAMal, tant dans le domaine hospitalier que de celui de l'hébergement.

L'alinéa 3 souligne que cette planification doit tenir compte du "libre choix du patient", autrement dit de la possibilité offerte aux patients vaudois de choisir un hôpital situé hors du canton ou dans un hôpital situé dans le canton, mais non reconnu d'intérêt public. De plus, la planification doit tenir compte des possibilités de collaboration intercantonale. La dernière phrase de l'alinéa 3 délègue au Conseil d'Etat la compétence de passer des accords à cet égard avec d'autres cantons.

Formellement, la planification revêt la forme de rapports adoptés par le Conseil d'Etat, après consultation des partenaires concernés. Ces rapports sont annexés aux arrêtés fixant la liste LAMal des hôpitaux, respectivement des EMS et des maisons de naissance (al. 4).

Enfin, l'alinéa 5 précise sur quoi doit porter la planification, à savoir une évaluation des besoins et de l'offre, la carte des secteurs sanitaires, l'implantation des hôpitaux et EMS reconnus d'intérêt public ainsi que leurs missions.

Art. 18a

L'article 18a est consacré à la liste LAMal et aux mandats de prestations. L'alinéa 1^{er} commence par rappeler que tant la liste que les mandats doivent être établis conformément à la LAMal.

Les différentes listes seront édictées comme aujourd'hui sous la forme d'arrêtés du Conseil d'Etat, après consultation des partenaires concernés. En application de la LAMal, chaque liste devra mentionner l'éventail des prestations octroyées à chaque établissement (al. 2).

L'alinéa 3 rappelle que tous les hôpitaux et EMS inscrits sur la liste peuvent facturer leurs prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier des subventions de l'Etat, dans les limites du mandat de prestations qu'il leur a attribué. De plus, cet alinéa souligne que, conformément à la LAMal, il appartiendra au département de contrôler que les établissements inscrits sur la liste fournissent des prestations efficaces, appropriées et économiques.

La liste et les mandats doivent être élaborés de manière à garantir une offre suffisante de prestations pour la population vaudoise (al. 4). Vu la volonté des Chambres fédérales d'introduire un double régime en matière d'hospitalisation, la liste ne contiendra toutefois plus comme c'est le cas aujourd'hui l'intégralité de l'offre nécessaire à la couverture des besoins. En effet, il faudra demain déduire, pour déterminer l'offre à inscrire sur la liste, d'une part, l'offre des hôpitaux conventionnés et, d'autre part, celle des hôpitaux hors canton auxquels vont s'adresser les patients vaudois en faisant valoir leur libre choix.

En outre, la liste et les mandats de prestations devront tenir compte des patients qui viendront d'autres cantons pour se faire hospitaliser dans des hôpitaux vaudois (al. 5).

L'alinéa 6 introduit une nouveauté par rapport à la situation actuelle puisqu'il vise à déléguer au département la compétence d'actualiser les mandats de prestations, à condition que cette actualisation s'inscrive dans la planification approuvée par le Conseil d'Etat. Autrement dit, une actualisation d'un

mandat de prestations qui ne serait pas conforme à la mission prévue par la planification en vigueur ne pourra pas être effectuée par le département, mais nécessitera une adaptation de la planification elle-même et relèvera donc de la compétence du Conseil d'Etat.

Art. 18b

Les règles régissant la délégation par un hôpital d'une partie de son activité doivent être revues à la lumière des nouvelles dispositions de la LAMal. Tel est l'objet du nouvel article 18b. Cet article permet ainsi assez largement à un hôpital figurant sur la liste LAMal de déléguer une prestation relevant de son mandat, soit à un hôpital figurant également sur la liste mais ne disposant pas de ce mandat, soit à un hôpital "hors liste", à condition que cette délégation se fasse sous sa responsabilité. Une telle délégation sera toutefois dans tous les cas soumise à l'approbation du département. Dans un tel cas de figure, il appartiendra également à l'hôpital déléguant et à l'hôpital délégataire de se mettre d'accord sur les modalités de financement, qu'il appartiendra également au département d'approuver.

Art. 22

L'article 22 LPFES énumérait la liste des règlements que le Conseil d'Etat devait adopter et qui devait constituer la planification cantonale. Concrètement, ces règlements n'ont pas vu le jour. Ils se sont en effet avérés inutiles, dans la mesure où la planification arrêtée par le Conseil d'Etat au moment de l'élaboration de la liste LAMal en 1996-1997 ainsi que les intentions exprimées depuis lors par le Conseil d'Etat notamment dans les différents Rapports sur la politique sanitaire contenaient suffisamment d'indications en la matière. Il apparaît dès lors plus expédient aujourd'hui de supprimer cet article 22 et de se référer aux rapports que devra adopter le Conseil d'Etat en matière de planification conformément à l'article 18 discuté plus haut. Pour le surplus, on relèvera que lorsqu'un règlement du Conseil d'Etat s'avère nécessaire, l'article relatif au domaine considéré le mentionne expressément (v. par exemple art. 4h nouveau).

Art. 23

La mission générale des hôpitaux sera décrite dans la planification cantonale adoptée par le Conseil d'Etat. Les prestations qu'ils peuvent fournir seront en revanche inscrites dans la liste et le mandat LAMal. C'est à ce niveau que se situent les règles de l'article 23, qui doit donc se référer aux mandats de prestations et non aux missions des hôpitaux.

Pour le surplus, quelques autres modifications sont apportées :

- au 3^{ème} tiret, adjonction de la nécessité de tenir compte non seulement du coût des prestations, mais également de leur caractère économique (cf. principe d'économicité posé par la LAMal) ;
- au 5^{ème} tiret, légère adaptation afin de préciser que les possibilités de collaboration ne sont pas "limitées" au réseau, mais peuvent concerner des institutions d'autres réseaux ;
- insertion d'un nouveau tiret 8 afin de souligner que la définition des mandats doit tenir compte du libre choix du patient et des possibilités de collaboration intercantonale.

Art. 23a

Les catégories de missions et/ou mandats attribués aux EMS ne figurent actuellement pas dans la loi. L'article 23a vise à combler cette lacune, en se référant dans les trois premiers tirets aux trois catégories de mandats généralement reconnues, à savoir la gériatrie, la psychogériatrie et la psychiatrie (al. 1^{er}). Quant au 4^{ème} tiret de cet alinéa 1^{er}, il formalise l'existence de certaines situations particulières d'hébergement spécialisé, telle que celle du site de Plein Soleil de l'Institution de Lavigny.

L'alinéa 2 précise que le mandat attribué à un EMS devra indiquer si celui-ci est autorisé à fournir des "soins aigus et de transition".

Nouvelle structure du Chapitre IV Financement

Aujourd'hui, le chapitre IV de la LPFES, qui traite du financement des établissements sanitaires, est divisé en trois sections communes pour les hôpitaux et les EMS : la première contient des dispositions générales, la seconde traite du financement des investissements et la troisième du financement de l'exploitation. Avec les révisions LAMal, il s'avère nécessaire de revoir cette structure. En effet, les mécanismes de financement des investissements des EMS et des hôpitaux, qui reposaient sur des principes analogues jusqu'à présent, vont fortement différer à l'avenir : alors que l'Etat va continuer à assumer directement le financement des investissements des EMS, les charges d'infrastructure des hôpitaux seront intégrées dans les tarifs et mis à la charge des assureurs-maladie et de l'Etat. Ce changement rend nécessaire une modification de la structure du Chapitre IV. Si les dispositions communes, applicables à tout établissement sanitaire reconnu d'intérêt public, sont maintenues dans une section I, les sections II et III seront désormais consacrées l'une au financement des EMS, l'autre au financement des hôpitaux.

Art. 25

Le fait que l'Etat octroie sa garantie pour des emprunts contractés soit par des hôpitaux, soit par des EMS, est inscrit directement dans les dispositions générales (al. 1^{er}), alors que ce principe figure aujourd'hui dans la section II "Investissement" (art. 26).

La "délégation de prestations" fait désormais l'objet de l'article 18b.

Adaptation terminologique à l'alinéa 2.

Alinéa 4 abrogé, car contenu repris à l'article 25c.

Enfin, un alinéa 5 nouveau est introduit, repris de l'actuel article 26 alinéa 4, mais avec des modifications. Ces modifications visent à garantir la sauvegarde des montants provisionnés pour des investissements futurs en cas de faillite d'un établissement sanitaire exploité sous une forme commerciale.

Art. 25a

L'article 25a est le pendant, en matière de financement, de l'article 22 en matière de planification. Etant donné que le Conseil d'Etat propose la suppression de l'article 22, il fait la même proposition pour l'article 25a. Les raisons en sont en substance les mêmes : plutôt que de lister dans un article tous les règlements à adopter, les règlements nécessaires sont évoqués directement dans les articles chaque fois que cela s'avère nécessaire. Au demeurant, il faut relever que de nombreux éléments de financement découlent non pas de règlements, mais de dispositions conventionnelles. En outre, avec la création d'une structure tarifaire nationale pour le financement hospitalier (SwissDRG), c'est à ce niveau que de nombreux points vont désormais se régler.

Art. 25f et 25g

Adjonction de deux nouvelles dispositions visant à mettre la LPFES en conformité à la LSubv.

Art. 25h

Cet article, qui reprend l'article 30 et, en partie, l'alinéa 4 de l'article 25, découle du principe de liberté de gestion des établissements sanitaires. En effet, cette liberté de gestion s'accompagne de la responsabilité de s'en tenir aux ressources allouées et de couvrir un éventuel déficit, de même que de la possibilité de conserver un éventuel bénéfice. Les limitations posées en matière de distribution du bénéfice en vertu de l'article 4d de même que l'éventuelle obligation de restitution dans les cas évoqués à l'article 32f sont expressément réservées. Le Conseil d'Etat répond ainsi à une des préoccupations formulées dans le postulat de M. le député Payot.

Art. 25i

Reprise dans les dispositions générales de l'actuel article 31, avec une précision. Appliqué strictement, l'alinéa 2 de cet article empêcherait en effet par exemple un EMS d'utiliser un don pour construire de

nouveaux lits. Or, le but de cette disposition n'est pas d'empêcher une telle utilisation, mais d'éviter qu'elle ait des conséquences financières pour l'Etat sans que celui-ci ait son mot à dire. C'est pourquoi l'alinéa 2 précise expressément que cette utilisation nécessitera l'accord du département.

Art. 26

L'article 26 fixe les règles applicables au financement direct des investissements par l'Etat et concerne aujourd'hui tant les hôpitaux que les EMS. Il ne concernera demain plus que les EMS et doit donc être modifié en ce sens (al. 1^{er} et al. 4).

Le début de l'alinéa 2 est supprimé pour les mêmes raisons que celles évoquées ci-dessus pour les articles 22 et 25a. De plus, une précision est rajoutée à la fin de l'alinéa pour mettre en évidence que la subvention versée tient compte du fait que l'EMS est propriétaire ou locataire.

L'alinéa 4 est supprimé car il est repris, avec modification, à l'article 25 alinéa 5 (v. ci-dessus).

L'alinéa 5 est supprimé en raison de l'existence d'une loi spécifique sur les réseaux de soins (oubli lors de l'élaboration de cette loi).

L'article 26e est supprimé (cf. ci-dessous). Le renvoi à cet article à l'article 26 alinéa 5 doit donc être supprimé également.

Art. 26e

Cet article portait sur le financement direct par l'Etat des investissements périodiques et informatiques des hôpitaux. Les charges y relatives étant désormais intégrées dans les tarifs, cet article n'a plus de raison d'être et peut être supprimé.

Art. 26g

Cet article nouveau constitue le cœur de la modification apportée à la LPFES afin de mettre en œuvre le nouveau régime de financement de soins voulu par la LAMal dans le domaine des EMS. Il fixe en effet les modalités de financement du coût des soins en EMS.

Ainsi, l'alinéa 1^{er} rappelle que, conformément à la LAMal, la part du coût des soins à la charge de l'assurance obligatoire des soins est définie au niveau fédéral. A cet égard, l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) fixe douze degrés de dépendance et les tarifs correspondants à chacun d'eux.

Le montant assumé par l'AOS ne couvre pas l'intégralité du coût des soins fournis par les EMS. L'alinéa 2 expose comment le solde non couvert sera financé, par le résident d'une part, par les pouvoirs publics d'autre part:

1. Les montants respectifs à la charge des résidents et des pouvoirs publics seront définis chaque année par le Conseil d'Etat, par la voie d'arrêté.

2. Le montant mis à la charge du résident représentera au maximum 10% de la contribution la plus élevée de l'assurance-maladie. Cette contribution maximale de l'AOS s'élevant à CHF 108.- par jour (art.7a al. 3 OPAS), le montant maximum journalier à la charge du résident autonome financièrement ne pourra pas dépasser CHF 10,80. Le Conseil d'Etat signale à cet égard qu'il n'entend *a priori* pas fixer un tel montant de manière forfaitaire, mais plutôt calquer le montant mis à la charge des résidents sur les 12 niveaux de soins et les 12 tarifs à la charge de l'AOS ; sur cette base, c'est un montant moyen de CHF 8.- par jour qui devrait être mis à la charge du résident.

3. Le solde du coût des soins non couvert par l'assurance-maladie et le résident sera comme aujourd'hui à la charge de l'Etat, pour les résidents financièrement autonomes, et à celle des régimes sociaux (Etat et communes) pour les résidents non autonomes financièrement.

A l'appui de la facturation au résident d'une partie du coût des soins, le Conseil d'Etat fait valoir les considérations suivantes, qui ont convaincu une large majorité des instances consultées:

1. Contrairement à la situation prévalant aujourd'hui, cette possibilité est expressément ancrée dans la LAMal. Cette loi permettrait même de porter la participation du résident à 20% de la contribution maximale de l'AOS, soit CHF 21,60 par jour. Le Conseil d'Etat propose cependant au Grand Conseil de limiter expressément dans la loi la marge de manœuvre dont il dispose à cet égard. Il entend par là éviter un report excessif sur le résident autonome financièrement, en se référant par analogie au pourcentage du coût des traitements à charge de tous les assurés, conformément à la LAMal (10%).

2. Aujourd'hui, l'intégralité de la part du coût des soins non couverte par l'AOS et le patient (report soins) est financée par l'Etat, ainsi que par les communes, via les régimes sociaux. Le transfert sur les résidents d'une partie de ce coût est neutre pour les communes ; celles-ci assument en effet déjà aujourd'hui le "report soins" des résidents non autonomes financièrement et elles continueront à le faire demain. En revanche, un transfert à hauteur de CHF 8.- dégagerait pour l'Etat une marge de manœuvre de l'ordre de 4 millions de francs par année, qui seront assumés par les résidents financièrement autonomes. Ce montant est nécessaire pour couvrir une partie des charges résultant de la construction des quelque 100 lits d'hébergement de long séjour nécessaires chaque année d'ici 2015-2020 pour faire face à l'évolution des besoins de la population vaudoise.

3. Dans la situation actuelle, le canton de Vaud est un des seuls, si ce n'est le seul canton suisse à assumer intégralement le "report soins". Demain, la plupart des cantons vont être contraints par la nouvelle LAMal d'en assumer une partie. Mais aucun de ces cantons n'entend assumer l'intégralité de ce "report soins" et tous prévoient que les résidents en paient une partie, si possible le 20%. Par conséquent, en transférant une partie du coût de soins sur le résident, le canton de Vaud ne fait que se conformer à la pratique en vigueur dans tous les autres cantons suisses.

Toutefois, comme déjà relevé ci-dessus (v. ch. 3.2.1), en fonction de l'évolution de la situation financière du canton ainsi que de l'évolution démographique, le Conseil d'Etat pourrait être amené à revenir sur cette position et à proposer une adaptation du montant de la contribution des résidents. Cas échéant, il appartiendrait au Grand Conseil de se prononcer.

Si une partie du coût des soins sera ainsi assumée par les résidents, les charges d'infrastructure des EMS, à l'exception des charges d'entretien et mobilières, continueront quant à elles à être financées par l'Etat conformément aux règles en vigueur.

En application des nouvelles règles LAMal, tous les EMS reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins et inscrits sur la liste LAMal auront droit à un financement par l'Etat du solde du coût des soins, même s'ils ne sont pas reconnus d'intérêt public au sens de la LPFES. En l'état, dans le canton de Vaud, cinq EMS se trouvent dans cette situation. Ces cinq EMS auront donc droit, dès l'entrée en vigueur de ces dispositions, à la prise en charge, par l'Etat et, cas échéant, les régimes sociaux, du solde du coût des soins non couvert par l'assurance de base et le résident. N'étant pas reconnus d'intérêt public, il ne seront pas - c'est le cas déjà aujourd'hui - au bénéfice de subventions pour couvrir leurs charges d'infrastructure. Toutefois, en contrepartie des contributions des pouvoirs publics au coût des soins, ces EMS devront, conformément à l'article 26g alinéa 3, respecter un certain nombre de conditions posées par l'article 4 LPFES (v. art. 26g al. 3 lettre b). Cela étant, ces EMS pourront continuer à n'accueillir que des résidents financièrement autonomes et disposeront dès lors d'une certaine marge de manœuvre financière. Tel est l'objet des exceptions énumérées à l'article 26g alinéa 3 lettre b. De plus, ces EMS devront se soumettre à la surveillance financière du département et lui fournir à cet effet toutes les informations requises des EMS reconnus d'intérêt public (v. lettre c).

Enfin, l'alinéa 4 prévoit que si un EMS fournit des "soins aigus et de transition" dans le cadre de son mandat, les coûts en la matière seront couverts comme le veut la LAMal par les assureurs-maladie et l'Etat selon les règles prévues en matière de financement hospitalier (répartition 45% assurance-maladie / 55% Etat).

Art. 26h

De manière générale, les soins ambulatoires au sens de la LAMal, à la charge de l'AOS, sont dispensés au domicile privé des assurés par des infirmières indépendantes ou par du personnel provenant des OSAD, ainsi qu'en EMS par son propre personnel. Plus précisément, les soins prodigués à domicile, en Unités d'accueil temporaire (UAT) et dans les homes non médicalisés par du personnel provenant des OSAD relèvent aujourd'hui d'une tarification à l'heure alors que les soins prodigués en EMS font l'objet d'une tarification forfaitaire journalière, en fonction du niveau de soins requis. L'introduction par la LAMal de la notion ambulatoire de "structure de soins de jour ou de nuit", qui sera tarifée comme les EMS, modifie cette manière de faire et implique une définition cantonale pour délimiter les fournisseurs de soins qui entrent dans cette catégorie.

Dans notre canton, les UAT représentent le type même d'une telle structure, dont la totalité est liée à un EMS. Toutefois, l'on constate depuis quelques années une augmentation de la prise en charge de soins dans certains lieux à un point tel que l'on peut les comparer à la lourdeur des soins prodigués en EMS. Il s'agit en particulier de logements protégés sis dans le périmètre d'OSAD et qui ont évolué vers une prise en charge de soins croissants et sans commune mesure avec les soins donnés aux locataires de logements protégés ou adaptés habituels, à tel point qu'ils s'apparentent à des "appartements médicalisés". Le même phénomène s'observe dans une minorité de homes non médicalisés liés à des OSAD indépendantes.

La facturation forfaitaire de type EMS qui sera appliquée dans les structures de soins de jour ou de nuit entraînera une diminution des montants versés par l'AOS, qui devra en large partie être compensée par les pouvoirs publics. Dès lors, il apparaît nécessaire de les placer dans le même cadre de financement des soins que ceux fournis par les EMS et, en conséquence, leur appliquer par analogie les critères fixés par l'article 26g alinéas 1 à 3.

Ces structures feront l'objet d'une liste nominative dressée et tenue à jour par le département, notamment sur la base de la lourdeur des soins fournis. A l'instar des EMS, le Conseil d'Etat définira forfaitairement la part de soins à la charge des usagers des UAT et des locataires ou des résidents concernés. Le solde du coût des soins non couverts par l'assurance de base et par les personnes concernées sera pris en charge par l'Etat et par les régimes sociaux. En contrepartie des contributions des pouvoirs publics aux coûts des soins, les structures de soins de jour ou de nuit listées par le département devront respecter un certain nombre de conditions posées par l'article 4 LPFES, conformément à l'article 26g al. 3 lettre b) et se soumettre à la surveillance financière du département (art. 26g alinéa 3 lettre c). L'impact économique y relatif figure dans les conséquences financières générales exposées ci-dessous.

Art. 26i

Par souci de clarté et de compréhension des règles de financement des coûts d'exploitation des EMS, cet article rappelle que les coûts des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, s'il n'en existe pas, au tarif édicté par le Conseil d'Etat.

Art. 26j

L'actuel article 29b LPFES permet à l'Etat de verser aux EMS une subvention à l'exploitation destinée à couvrir soit le "report soins", soit des charges exceptionnelles d'exploitation non comprises dans les tarifs. Pour le report soins, le financement par l'Etat découlera dorénavant de l'article 26g alinéas 2 et 3 évoqué ci-dessus. En revanche, il est nécessaire de maintenir, dans ce nouvel article 26j, une disposition spécifique pour le financement par l'Etat de "charges exceptionnelles" non comprises dans les tarifs. On pense ici en particulier aux charges résultant de la mise en service d'un nouvel EMS.

Art. 27

En matière de financement hospitalier, comme il l'a indiqué plus haut, le Conseil d'Etat se doit de modifier la LPFES pour introduire le financement à la prestation décidé au niveau suisse. Tel est l'objet de l'article 27, qui indique en son alinéa 1^{er}, que les prestations LAMal stationnaires fournies par les hôpitaux reconnus d'intérêt public vaudois font l'objet de tarifs à la prestations fondés sur les structures tarifaires arrêtées au plan national. Pour les soins somatiques aigus, cette structure tarifaire sera la structure "SwissDRG". Pour les soins psychiatriques et de réadaptation, le financement continuera à s'effectuer sous la forme d'un tarif à la journée, dans l'attente de l'éventuelle élaboration au niveau fédéral de structures tarifaires fondées sur les prestations.

L'alinéa 2 rappelle les grands principes découlant de la LAMal, à savoir que chaque tarif à la prestation est identique pour tous les assurés LAMal, qu'ils aient ou non une assurance complémentaire, et qu'il comprend la rémunération des charges d'infrastructure. Conformément à la LAMal, ce tarif est négocié entre les partenaires tarifaires, à savoir les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations, le département pouvant de son côté participer aux négociations tarifaires. S'agissant du nombre de tarifs applicables, il faut relever qu'il existe aujourd'hui deux tarifs pour le canton de Vaud, à savoir un tarif pour l'hôpital universitaire et un autre pour les hôpitaux régionaux. Des discussions sont en cours tant au niveau fédéral que cantonal pour déterminer si cette situation doit être maintenue ou non. La formulation utilisée par l'alinéa 2, qui prévoit que le tarif "peut être différent selon la catégorie d'hôpital", est suffisamment souple pour permettre de s'adapter aux décisions qui seront prises dans le future en la matière.

Toujours en application des règles LAMal, le tarif sera couvert à raison d'au moins 55% par l'Etat et 45% par l'assurance-maladie. Le Conseil d'Etat pourra moduler cette répartition, à condition, d'une part, que la part de l'Etat ne descende pas en dessous de 55% et, d'autre part, que le Conseil d'Etat le décide au moins 9 mois avant la fin d'une année pour l'année suivante.

Les alinéas 4 et 5 portent sur les règles de financement applicables lorsqu'un résident vaudois est hospitalisé dans un hôpital d'un autre canton, respectivement dans un hôpital figurant sur la liste vaudoise ou pour des raisons médicales (al. 4), ou encore, en faisant valoir son "libre choix", dans un hôpital ne figurant pas sur la liste vaudoise, mais sur celle de son canton siège (al. 5).

Art. 28

L'article 28 porte sur le financement des autres prestations que les prestations LAMal stationnaires fournies par les hôpitaux reconnus d'intérêt public vaudois.

Ainsi, les prestations de formation et de recherche, qui ne sont pas à la charge de l'assurance de base conformément à la LAMal, seront financées par l'Etat comme aujourd'hui selon les règles prévues par les législations sur l'Université de Lausanne et sur les Hospices cantonaux (al. 1^{er}).

Les prestations relevant des autres systèmes d'assurance que l'AOS (assurance-accident, assurance-invalidité ou assurance militaire) sont financées conformément aux règles définies en la matière au niveau fédéral (al. 2). Si ces règles ne permettent pas d'assurer une couverture complète des coûts, le solde pourra être pris en charge par l'Etat (al. 2 dernière phrase). Ainsi, aujourd'hui, les tarifs à la charge de l'assurance-accident couvrent environ le 80% des coûts. L'Etat peut, sur la base de cet alinéa, assumer le financement des 20% restants.

L'alinéa 3 rappelle que les prestations au patient non couvertes par une assurance en application de la législation fédérale sont à sa charge.

Conformément à l'alinéa 4, le département peut confier à des hôpitaux des tâches particulières de santé publique et, partant, les financer. On pense ici à des tâches non couvertes par une assurance en application de la législation fédérale et qui relèvent de l'intérêt général (patients humanitaires, prise en charge des populations vulnérables, épidémiologie, prévention, etc.). Sur la base de cet alinéa, le

département pourra donc assumer les coûts, y compris les éventuels coûts d'investissement, liés aux tâches accordées.

Pour ce qui est des prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux (al. 5), ce sont les règles fédérales qui s'appliqueront, soit une facturation fondée sur le tarif Tarmed, à partir d'une valeur du point convenue au niveau cantonal.

Art. 29

L'article 51 LAMal permet aux cantons de financer les hôpitaux sous la forme d'un budget global. Le canton de Vaud a fait usage de cette disposition en finançant les hôpitaux via des enveloppes budgétaires, conformément aux actuels articles 28 et suivants LPFES. L'article 51 LAMal ayant été maintenu lors de la révision, le Conseil d'Etat entend conserver la faculté de soumettre les hôpitaux au respect d'un budget global. D'ailleurs, comme il l'a indiqué ci-dessus sous ch. 2.2.4, le Conseil d'Etat estime nécessaire, compte tenu des incertitudes prévalant au niveau fédéral, de maintenir un tel budget global à l'entrée en vigueur des nouvelles règles de financement hospitalier, le 1^{er} janvier 2012.

Dans ce cadre, l'article 29 alinéa 1^{er} prévoit que le département peut mettre en place un tel mécanisme afin de maîtriser les dépenses des hôpitaux et les tarifs à la charge de l'assurance de base. Ainsi, en fonction de l'évolution de la situation, le département aura la possibilité de financer les hôpitaux soit strictement sous forme d'un tarif à la prestation, soit par l'intermédiaire d'un budget global.

Conformément aux règles en vigueur, un tel mécanisme consiste en la fixation par hôpital d'un budget des dépenses autorisées, qui peut porter sur tout ou partie de ses activités (al. 2).

La fixation de la part du budget global dévolue aux activités LAMal stationnaires tiendra compte du résultat des négociations entre partenaires tarifaires, soit entre les assureurs-maladie et les hôpitaux. Cette part sera répartie entre les assureurs-maladie et l'Etat conformément aux règles posées par l'article 28 évoqué plus haut (répartition 45% - 55%). Le département déterminera sur cette base les modalités de versement de la part de l'Etat (al. 3).

S'agissant des autres activités, le département devra déterminer les montants et les modalités de versement de la contribution de l'Etat dans le respect des règles fixées en la matière au niveau fédéral (al. 4).

Enfin, des modalités de correction éventuelles en fin d'exercice pourront être introduites par le département (al. 5) afin de faire en sorte que les revenus des hôpitaux correspondent aux dépenses autorisées.

Art. 29a

L'article 29a alinéa 1^{er} reprend le principe déjà en vigueur aujourd'hui selon lequel la contribution de l'Etat fait l'objet d'un contrat de prestations (soit annuel, soit pluriannuel avec des avenants annuels) avec les hôpitaux.

L'alinéa 2 précise le contenu du contrat de prestations, en application notamment des exigences de la loi sur les subventions.

L'alinéa 3 octroie au département la compétence d'arrêter les dispositions d'application nécessaires en matière de contrat de prestations, en particulier la procédure de leur signature.

Quant à l'alinéa 4, il réserve les modalités particulières prévues par la loi sur les Hospices cantonaux pour le contrat de prestations du CHUV.

Art. 29b

Comme on l'a vu, le contenu de cette disposition est repris, pour une partie à l'article 26j, pour l'autre à l'article 26i. L'article 29b peut donc être supprimé.

Art. 30

Article supprimé ici, car repris à l'article 25d en tant que principe général applicable tant aux hôpitaux qu'aux EMS.

Art. 31

Article supprimé ici, car repris à l'article 25e, en tant que principe général applicable tant aux hôpitaux qu'aux EMS.

Art. 32a

Le premier alinéa est complété afin de mettre en évidence, conformément aux exigences de la LSubv, que c'est le Service de la santé publique et le Service des assurances sociales et de l'hébergement qui sont les autorités compétentes pour l'octroi et le contrôle de l'utilisation de la participation financière versée par l'Etat en application de la LPFES. Il incombe à ces mêmes services de veiller au respect des charges et conditions posées. Les compétences dévolues au Conseil d'Etat conformément à l'article 8 sont expressément réservées.

Art. 32b

L'alinéa 1bis nouveau reprend une partie de l'actuel article 25a et donne suite, pour le reste, aux exigences de la loi sur les subventions.

L'alinéa 2 est complété par des éléments repris de l'actuel article 25a. Cette disposition fonde toujours, notamment, l'existence de la réglementation fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des EMS et des homes non médicalisés (RCCMS).

Art. 32c

Comme on l'a vu plus haut (v. art. 4 al. 3), la compétence pour octroyer la reconnaissance d'intérêt public est transférée du département au Conseil d'Etat. Il doit en aller de même pour le retrait de cette reconnaissance. Tel est l'objet de la modification de l'article 32c.

Art. 32f

Les cas d'inobservation de la loi donnant lieu à une restitution sont précisés en conformité avec les principes de la loi sur les subventions (art. 32f al. 1^{er} ch. 1).

De plus, comme on l'a vu plus haut (v. art. 4h), les hôpitaux devront provisionner les moyens reçus au titre du renouvellement de leurs infrastructures et de leurs équipements. L'alinéa 1bis nouveau de l'article 32f permettra au département d'exiger la restitution de ces moyens si l'établissement ne respecte pas la loi, s'il renonce à la reconnaissance d'intérêt public ou si celle-ci est retirée. Cette disposition vise à éviter que des montants accumulés année après année grâce aux versements de l'AOS et de l'Etat pour assurer l'évolution du parc hospitalier vaudois ne puissent être détournés à d'autres fins. En d'autres termes, un établissement ayant pu dans l'accomplissement de son mandat LAMal accumuler des montants importants en vue de renouveler une infrastructure hospitalière régionale d'intérêt public et décidant unilatéralement de mettre un terme à son exploitation pourrait se voir contraint par l'Etat de restituer lesdits montants afin qu'ils puissent être affectés conformément à leur but plutôt que laissés à la discrétion du propriétaire.

La formulation de l'alinéa 2 est, d'une part, simplifiée et, d'autre part, complétée par une mention expresse de la possibilité d'une révocation.

L'alinéa 3 est également complété par une référence à la notion de "révocation". Pour le surplus, cet alinéa tient compte des nouvelles règles fixées par la législation fédérales en matière de poursuite, ainsi que par la loi sur la procédure administrative.

Art. 35b

Comme exposé ci-dessus, la révision LAMal consacre l'existence de deux régimes pour pratiquer à la charge de l'AOS. C'est la totalité de l'offre relevant de ces deux régimes qui va permettre de couvrir les besoins des Vaudoises et des Vaudois. Or, il se pourrait qu'au moment de l'entrée en vigueur de la LPFES, l'offre fournie par le régime conventionné ne soit très limitée et qu'il faille donc étendre l'offre inscrite sur la liste LAMal pour une durée provisoire, le temps que le régime conventionné se mette en place. En d'autres termes, il pourrait être nécessaire, afin d'assurer la couverture des besoins, d'inscrire provisoirement sur la liste LAMal un certain nombre de cliniques privées au 1^{er} janvier 2012. L'article 35b proposé permet au Conseil d'Etat d'opérer une telle inscription provisoire sans pour autant reconnaître d'intérêt public les cliniques concernées, donc en adaptant le catalogue de conditions posées à ce titre par l'article 4 LPFES.

Quant à la durée d'une telle inscription, elle est limitée à 3 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2014, date butoir fixée au niveau fédéral aux cantons pour adapter leur planification hospitalière.

Art. 2 du projet de loi

L'article 2 du projet de loi prévoit une entrée en vigueur en deux temps des nouvelles dispositions, à savoir une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012, sauf pour les dispositions relatives au financement des soins de longue durée, qui doivent entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011 conformément aux décisions prises au niveau fédéral.

5 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE DE LA LSP

Les modifications apportées à la LSP sont liées uniquement à la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins de longue durée et visent plus particulièrement les soins fournis par les organisations de soins à domicile.

Art. 143f

Un nouvel alinéa 3 est ajouté à cet article, afin d'indiquer qu'une organisation de soins à domicile peut fournir des "soins aigus et de transition" à condition qu'elle dispose d'un mandat du département et qu'il s'agisse effectivement de "soins aigus et de transition". En d'autres termes, les lettres a à e de ce nouvel alinéa 3 permettent de définir ce qu'il faut entendre par cette notion. Cette définition reprend les propositions émises en la matière par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). C'est donc cette définition qui fera foi également pour les EMS, conformément au renvoi consacré en la matière par la LPFES (v. modification de l'article 3a LPFES ci-dessus).

Art. 143g

L'alinéa 2 nouveau consacre la volonté du Conseil d'Etat de n'admettre à pratiquer à la charge de l'AOS et à bénéficier de la contribution de l'Etat pour le financement du coût résiduel des soins que les OSAD qui respecteront par analogie aux établissements sanitaires certaines conditions de la reconnaissance d'intérêt public posées par la LPFES, qui se soumettront à un contrôle financier et qui bénéficieront d'un mandat de l'Etat.

Les lettres a à f de la fin de l'alinéa 2 précisent les conditions à respecter pour l'octroi du mandat. Il faut relever dans ce contexte que pour les Centres médico-sociaux relevant de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), le mandat est accordé directement par la loi sur l'AVASAD.

6 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE DE LA LAPRAMS

Les modifications apportées à la LAPRAMS sont liées à la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins de longue durée touchant aux UAT. Par ailleurs, une part du financement actuel des courts séjours en EMS se doit d'être reconnue comme une subvention plutôt qu'un complément à l'aide individuelle octroyée aux résidents. C'est également l'occasion d'adapter le régime général de subventionnement de la LAPRAMS à la loi sur les subventions.

Art. 7

Le contrôle et la surveillance par le département sont précisés afin que tous les organismes et établissements subventionnés y soient soumis (al.1 et 2).

Art. 13

Sous l'angle des soins qui y sont prodiguée, la définition de l'UAT est désormais liée à celle d'une structure de soins de jour ou de nuit telle qu'elle ressort de l'article 26h LPFES.

Art 15

Dans la mesure où les soins en UAT ne relèveront plus de prestations des assureurs-maladie financées à l'acte mais selon la tarification journalière appliquée dans les EMS, le manque de moyens qui va en découler sera comblé par une subvention accrue, détaillée au nouvel article 20 bis.

Art. 20

L'actuelle disposition fondant les principes de subventionnement de la LAPRAMS n'est pas modifiée en tant que telle, seul l'est son titre précisant qu'il se limite aux organismes favorisant le maintien à domicile, cela pour le distinguer du subventionnement prévu par l'article 20 bis.

Art. 20bis

Ce nouvel article (al. 1 lettre a) fonde tout d'abord les subventions que le département va servir aux EMS ou aux OSAD en compensation de la diminution du financement à charge de l'AOS.

Par ailleurs (lettre b), la structure de financement des courts séjours en EMS reconnus d'intérêt public doit être adaptée à l'exigence de légalité posée par la loi sur les subventions. Ceci implique l'inscription dans la LAPRAMS du principe, actuellement fixé au niveau réglementaire, relatif aux montants directement versés aux EMS afin de les inciter à pratiquer ce type d'hébergement. Par ailleurs, du fait que ces montants incitatifs sont aujourd'hui intégrés dans la facture sociale au titre de l'aide individuelle LAPRAMS, il conviendra de modifier le règlement d'application de la loi sur l'organisation et le financement de la politique sociale (RLOF) afin de maintenir la même répartition financière entre l'Etat et les communes.

Les modalités de subventionnement figurent aux alinéas 2 et 3.

7 RAPPORT SUR LE POSTULAT PAYOT

7.1 Rappel du postulat

Le 26 janvier 2010, M. le député François Payot a déposé le postulat suivant :

"Ces derniers mois, le Grand Conseil a débattu de l'organisation sanitaire du canton, notamment sur le rapport de politique sanitaire et sur la réponse à l'interpellation Pierre Rochat concernant les bases intercantionales du futur hôpital de Rennaz. Plusieurs membres du groupe libéral ont porté un regard critique sur ces sujets.

Le Conseil d'Etat a mis l'été dernier en consultation une réforme partielle de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES). Ce projet a été jugé lacunaire par de nombreuses personnes et organismes consultés eu égard, notamment, aux réformes fédérales qui concernent cette matière. De plus, il renforce le pouvoir du gouvernement au détriment de celui du parlement.

A l'heure actuelle, le gouvernement n'a pas donné d'indications concernant ses positions pour adapter la législation cantonale, dont fait partie la LPFES en y intégrant les modifications en matière de répartitions des charges induites par les changements de la loi sur l'assurance maladie (LAMAL) en 2012. Nous n'avons aucune indication pour savoir comment les réformes importantes que cette dernière amènera, notamment le plan de financement intégré des investissements, seront reprises dans

la loi cantonale.

Pour pouvoir prendre des décisions en toute connaissance de cause, un bilan de la LPFES depuis 1978 est indispensable, préalablement à toute modification de cette dernière. Celui-ci devra comprendre les points positifs et négatifs importants de même que la vision prospective du gouvernement en regard de sa vision des domaines hospitaliers privés et publics et de l'application dans la législation cantonale vaudoise des changements 2012 de la LAMAL.

Le bilan et la vision prospective devraient porter notamment sur les points suivants :

- Analyse des points positifs et négatifs de la LPFES depuis 1978 en regard du fonctionnement des établissements sanitaires.
- Analyse et vision de l'évolution à venir de la LAMAL. Quels axes privilégier ? Quelles options sont possibles ?
- Si l'option du renforcement de l'autonomie des institutions est retenue, est-ce que l'entier du financement des investissements dans les tarifs sera intégré comme le préconise la nouvelle LAMAL ?
- Comment concilier les exigences de la loi sur les subventions qui permet à l'Etat de récupérer tout ou partie de ses subventions lorsque la bonne gestion des activités subventionnées conduit à un bénéfice de l'entité récipiendaire avec celles de la LPFES qui précise que tous les bénéfices sont acquis et que toute perte doit être supportée par ladite entité ?
- Quelle autonomie sera laissée aux institutions reconnues d'intérêt public subventionnées ?
- Quelle place sera laissée aux privés dans la couverture des besoins de santé du canton, sachant que notre canton bénéficie de façon importante de l'apport de ce secteur privé pour compléter l'offre publique à notre population ?

Ce postulat a été renvoyé directement au Conseil d'Etat.

7.2 Rapport du Conseil d'Etat

7.2.1 Introduction

Pour tout ce qui concerne le rapport prospectif demandé par le postulant et les modifications à apporter à la LPFES suite aux révisions LAMal, le Conseil d'Etat renvoie à l'ensemble de l'exposé des motifs ci-dessus, ainsi qu'aux projets de lois ci-après. Les paragraphes qui suivent vont dès lors traiter uniquement du volet "bilan".

7.2.2 Rappel de la situation antérieure à la LPFES de 1978

Jusqu'en 1978, le système de financement des établissements sanitaires était fondé sur la notion du prix par journée, qui était négocié entre les partenaires. On évaluait la somme annuelle nécessaire à chaque établissement et on la divisait par le nombre de journées probables. Ainsi, il suffisait que le nombre réel de journées soit plus important – ce qui était en général le cas – pour que les charges des partenaires payeurs (assureurs-maladie et Etat) augmentent. En outre, le prix par journée englobait aussi bien les dépenses d'investissement que celles d'exploitation et il arrivait parfois que – bien que financés – les investissements n'étaient pas effectués.

Ce système était finalisé dans la convention d'hospitalisation dont la conclusion devenait de plus en plus difficile et même parfois à la limite de la rupture des négociations. En effet, les partenaires payeurs constataient régulièrement l'augmentation de leurs dépenses alors même que la plupart des hôpitaux bouclaient l'exercice avec des excédents parfois importants.

7.2.3 La LPFES de 1978

La LPFES a instauré un système novateur dont les principes de base étaient les suivants :

- Les investissements (construction et équipements) sont financés directement par l'Etat par voie de décret (garantie d'emprunt et service de la dette via le budget de fonctionnement de l'Etat).
- Les frais d'exploitation sont couverts par une enveloppe budgétaire négociée qui couvre toutes les activités de l'hôpital. Elle comprend, d'une part, l'enveloppe des frais fixes nécessaire pour la mission de l'établissement et, d'autre part, l'enveloppe des frais variables (volume et type d'activité). Seule l'enveloppe des frais variables peut éventuellement donner lieu à une correction en fin d'exercice, en fonction de l'activité réellement constatée.
- Sous réserve d'une éventuelle correction de l'enveloppe des frais variables, les établissements sont responsables de leur gestion : un bénéfice d'exploitation reste acquis à l'établissement et un déficit engage sa seule responsabilité.
- La somme des enveloppes des établissements représente l'enveloppe budgétaire globale pour laquelle la participation de l'Etat est inscrite au budget annuel.

Ce système dit "de l'enveloppe budgétaire" avait notamment pour but de limiter strictement les variations entre budget et résultat réel et, à ce titre, procédait d'une meilleure maîtrise de l'augmentation des coûts de l'hospitalisation à charge de l'Etat et des assureurs-maladie. Par souci de simplification et pour disposer d'un régime commun à tous les établissements sanitaires, il a été décidé d'appliquer le système de l'enveloppe également aux EMS de forme idéale.

L'ensemble de ce dispositif reposait sur une forte implication des assureurs-maladie, des représentants des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, ainsi que de l'Etat, dans la régulation du système et débouchait sur une convention qui précisait chaque année les engagements de chacune des parties. Ainsi, l'engagement annuel de l'Etat était conditionné par l'existence d'une convention avec ses partenaires.

7.2.4 Principales modifications de la LPFES depuis 1978

Depuis 1978, le Grand Conseil a adopté plusieurs modifications de la LPFES. Les plus conséquentes sont les suivantes:

- Septembre 1989 : redéfinition de la participation des communes pour la construction d'un établissement médico-social (EMS). Cette modification de la LPFES et l'abrogation simultanée de la loi de 1975 sur le financement de l'équipement gériatrique prévoyaient que la commune siège devait donner le terrain nécessaire ou participer à hauteur de 12% du coût devisé des travaux. Ces dispositions ont été ultérieurement (février 2003) abrogées.
- Septembre 1991 : concours accru des régimes sociaux (modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires AVS/AI) au financement des prix de pension en EMS et ouverture du réseau reconnu d'intérêt public aux EMS exploités en la forme commerciale.
- Novembre 1997 : "nouvelles orientations de la politique sanitaire" (NOPS). La modification de la LPFES opérée dans le cadre des NOPS a introduit dans la LPFES la notion de réseaux de soins, ainsi que les contrats de prestations avec les établissements sanitaires. Elle a prévu des nouvelles dispositions de financement des hôpitaux dans la perspective de la révision LAMal à venir. Les articles concernés n'ont toutefois jamais été mis en vigueur en raison des retards et des incertitudes consécutifs à l'évolution du débat au niveau fédéral. En outre, la modification de 1997 a supprimé le financement des EMS sous la forme d'un budget global.
- Décembre 2002 : la participation financière de l'Etat aux investissements périodiques des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public passe du budget de fonctionnement au budget d'investissement de l'Etat.
- Décembre 2003 : réorganisation du financement des investissements informatiques des hôpitaux privés d'intérêt public. Un montant de 7,6 millions a été accordé par décret et, depuis lors, les

investissements informatiques des hôpitaux passent par le budget d'investissement de l'Etat.

- Décembre 2004 : modification de la LPFES qui concerne exclusivement les EMS, simultanément avec l'adoption d'une loi spécifique (loi sur les établissements médico-sociaux reconnus d'intérêt public, LEMS), rejetée en votation populaire en avril 2005.
- Novembre 2006 : deux modifications qui concernent de nouveau principalement les EMS, à savoir, d'une part, le renforcement des moyens de contrôle de l'Etat vis-à-vis des EMS (limitation de la distribution du bénéfice et salaires des directeurs) et, d'autre part, le report sur les résidents – le cas échéant les régimes sociaux – des charges d'entretien et mobilières des EMS.
- Janvier 2007 : adaptation de la LPFES (modifications rédactionnelles) à la promulgation simultanée de la loi du 30 janvier 2007 sur les réseaux de soins.

Plus récemment (juin 2009), l'Etat a procédé à une consultation sur un projet de modification de la LPFES destiné à simplifier le système d'octroi de la garantie de l'Etat pour les investissements des établissements sanitaires. Une telle simplification est reprise aujourd'hui dans le projet présenté au Grand Conseil (cf. ci-dessus).

Enfin, l'Etat a bien entendu procédé, en janvier 2010, à une seconde consultation en vue d'une adaptation de la LPFES aux révisions de la LAMal. Cette adaptation constitue le cœur de la modification soumise aujourd'hui au Grand Conseil.

7.2.5 Bilan

Ces nombreuses modifications de la LPFES depuis 1978 concernent principalement les EMS en liaison, d'une part, avec des dysfonctionnements constatés (Commission d'enquête sur les EMS) qui ont nécessité un renforcement des contrôles et, d'autre part, avec l'accroissement qualitatif et quantitatif de l'hébergement de longue durée lié au vieillissement démographique. Pour le surplus, les modifications de la LPFES touchent la technique budgétaire de l'Etat et la création des réseaux de soins en 1997.

S'agissant des EMS, l'application du principe de l'enveloppe budgétaire a été souvent critiquée. Elle a été ainsi abandonnée en 1997 au profit d'un financement lié aux prestations conformément aux dispositions LAMal. En outre, les nécessaires modifications apportées durant les années 1990 à la LPFES ont fait ressortir l'opportunité d'élaborer une loi spécifique aux EMS - la LEMS - qui redéfinissait les principes de financement de leurs dépenses d'investissement et d'exploitation. Cette loi, adoptée par le Grand Conseil en décembre 2004, a toutefois fait l'objet d'un référendum et a été rejetée par le peuple en avril 2005. Depuis lors, l'adaptation des règles applicables aux EMS s'est faite sous la forme de retouches ponctuelles de la LPFES.

Le Conseil d'Etat relève dans ce contexte que le droit fédéral fixe via la LAMal un cadre identique pour les EMS et pour les hôpitaux. Ces deux catégories d'établissements sanitaires sont en effet soumis à planification par le canton, doivent être inscrits sur la liste LAMal pour pouvoir pratiquer à la charge de l'AOS (sous réserve, pour les hôpitaux, de l'introduction du régime conventionné) et sont financés sous la forme d'un tarif à la prestation. Le Conseil d'Etat estime dès lors justifié, sur le principe, de maintenir une loi commune au niveau cantonal, fixant des principes identiques à ces deux domaines. Seules les règles de financement justifient un dispositif spécifique pour les uns et pour les autres, dans la mesure où l'Etat financera demain directement uniquement les investissements des EMS, mais plus ceux des hôpitaux, qui seront désormais financés via le tarif à la prestation. C'est pourquoi le Conseil d'Etat propose de revoir la structure du Chapitre IV de la LPFES.

En ce qui concerne le financement des hôpitaux par budget global, dans le cadre du rapport NOPS présenté au Grand Conseil en automne 1997, le Conseil d'Etat a dressé un bilan des avantages et des inconvénients. Il relevait alors en particulier que ce système tendait à reconduire les budgets

historiques des hôpitaux en raison de la difficulté de disposer d'informations précises sur la complexité des cas traités par chaque hôpital et des coûts associés et qu'il comportait donc le risque d'inégalités de traitement dans l'allocation des ressources.

Depuis lors, ce risque a été réduit grâce aux informations obtenues, d'une part, par la statistique médicale des hôpitaux et, d'autre part, par les travaux menés dans le cadre de l'introduction en 2002 des APDRG (All Patients Diagnosis Related Groups) dans le canton de Vaud. Ce système de classification des patients hospitalisés, qui sert de base à la facturation aux assureurs-maladie, a permis de mettre en évidence les différences de coûts par type de cas. Il a dès lors été possible, en fonction des écarts constatés, d'améliorer progressivement l'allocation des ressources dans le sens d'une plus grande équité entre hôpitaux. L'introduction des contrats de prestations, d'abord pour le CHUV, puis plus récemment pour les hôpitaux de la FHV, a permis également d'obtenir une information plus riche sur la quantité, la qualité et le coût des prestations fournies.

L'approche conventionnelle à la base du dispositif de financement de la LPFES de 1978 a bien fonctionné. Il n'y a eu qu'un seul exercice (1993) où les assureurs-maladie ont refusé de signer la convention d'hospitalisation, sous prétexte que les prix à leur charge négociés dans le cadre de la convention ne respectaient pas les arrêtés fédéraux urgents concernant l'évolution autorisée des tarifs à charge de l'assurance-maladie. Suite au tarif édicté par le Conseil d'Etat en l'absence de convention, les assureurs-maladie ont recouru auprès du Conseil fédéral, mais ont été déboutés. Dans ses considérants, le Conseil fédéral a relevé que le budget global de l'hospitalisation vaudoise devait être considéré comme un tarif en lieu et place des prix à charge des assureurs-maladie et que son taux de croissance était nettement inférieur à l'évolution autorisée par les arrêtés fédéraux urgents.

De plus, le Conseil d'Etat relève que le budget global est un instrument efficace de maîtrise des dépenses. En effet, il a permis à notre canton de limiter l'augmentation du coût de l'hospitalisation en comparaison avec la plupart des autres cantons. Les deux études existantes, qui fournissent des informations comparables entre les cantons, le confirment. La première d'entre elle, évoquée dans le rapport NOPS, était fondée sur les données récoltées par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Elle montrait qu'au cours de la période 1991-1995, le canton de Vaud avait mieux maîtrisé ses dépenses hospitalières que tous les autres cantons (v. p. 139 du rapport NOPS). Des données plus récentes sont fournies par le monitoring des coûts à charge de l'AOS publié par l'OFSP. Il en ressort que les coûts de l'hospitalisation stationnaire (y compris dans un hôpital universitaire) à charge de l'AOS par assuré vaudois en 2008 sont inférieurs à la moyenne suisse d'environ 10%.

Fort de ces constats, le Conseil d'Etat entend maintenir dans la LPFES la possibilité d'avoir recours au financement par l'enveloppe globale, prévue à l'article 51 al 1 LAMal.

8 CONSEQUENCES

8.1 Légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

La mise en œuvre des révisions LAMal rend nécessaire une modification de la LPFES, de la LSP et de la LAPRAMS.

8.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

8.2.1 Financement hospitalier (impact dès 2012)

Les conséquences financières résultent de la combinaison de quatre effets (toutes les estimations sont fondées sur les tarifs actuels):

1. Financement complet des divisions privées des hôpitaux subventionnés

Conformément à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances rendu en 2001, l'Etat doit financer tous les séjours dans les divisions privées des hôpitaux subventionnés. Toutefois, une loi fédérale urgente adoptée par les Chambres fédérales suite à cet arrêt a limité cette obligation des cantons aux montants assumés par les assureurs-maladie. En d'autres termes, aujourd'hui, l'Etat ne paie que le 48% des charges d'exploitation en la matière. Après la révision, cette part devra être de 55%, ce qui correspond à une charge supplémentaire de l'ordre de 6 millions.

2. Intégration des charges d'investissement dans les tarifs à charge de l'AOS

Cette intégration devrait permettre de décharger l'Etat d'un montant de l'ordre de 30 à 35 millions de francs par an, qui seront reportés sur l'assurance de base. Cette estimation repose sur l'hypothèse que les travaux en cours au niveau fédéral retiendront en 2012 une part d'investissement équivalant à 10% du tarif censé couvrir tant les charges d'investissement que d'exploitation.

3. Clé de répartition entre l'Etat et l'assurance de base

La part du tarif à charge de l'Etat est aujourd'hui d'environ 52%. Avec la révision LAMal, cette part devra être de 55%, celle de l'assurance-maladie passant de son côté de 48% à 45%. Pour l'Etat, cette augmentation représente, sur la base des tarifs actuels qui ne comprennent aucun montant pour l'investissement, une charge supplémentaire de l'ordre de 25 à 30 millions de francs par an.

4. Périmètre des prestations subventionnées

La conjugaison des deux premiers effets devrait déboucher sur une opération légèrement positive pour l'Etat. Mais la grande inconnue réside dans l'éventuelle augmentation du périmètre des prestations subventionnées. En effet, aujourd'hui, environ 12 à 15% des prestations LAMal fournies aux Vaudois le sont par des cliniques privées non subventionnées. Si l'Etat devait demain participer à hauteur de 55% au financement de l'ensemble de ces prestations, il en résulterait, toujours sur la base des tarifs actuels, une charge supplémentaire de l'ordre de 70 millions de francs par an (risque maximum) qui déchargerait d'autant les assurances privées.

Récapitulatif des estimations

Montants en millions estimés pour 2012

Augmentation de charge (+) ou allègement (-)

Effet	Risque pour l'Etat
Divisions privées des hôpitaux subventionnés	+ 6
Intégration des charges d'investissement dans les tarifs	- 30 à - 35
Changement de la clé de répartition Etat/assurance-maladie	+ 25 à + 30
Subventionnement de toutes les prestations LAMal des cliniques	+ 65 à + 75

A titre de comparaison, on peut relever que les risques potentiels d'augmentation de charges liées à ce volet de la révision LAMal sont estimés à un maximum de l'ordre de 200 à 300 millions de francs dans le canton de Berne, d'une vingtaine de millions à Fribourg et d'environ 120 millions à Genève.

8.2.2 Financement des soins de longue durée (impact dès le 1^{er} janvier 2011)

Les conséquences financières résultent de la combinaison de plusieurs effets :

- Les résidents participeront pour une part représentant 10% au maximum du montant versée par l'AOS et ce montant s'ajoutera à la taxe d'hébergement correspondant aux tarifs socio-hôtelières. Plus de trois quarts des résidents sont aidés par les régimes sociaux, principalement les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI et, subsidiairement, dans certains cas, par la LAPRAMS. Les coûts supplémentaires à charge des résidents seront donc assumés pour trois quarts environ par l'Etat et les communes via la facture sociale.
- Le coût total des soins restant inchangé, le financement résiduel des coûts des soins par l'Etat (ci-après

"report soins") est allégé de la part payée par les résidents et également de la part supplémentaire que payera l'AOS en raison des nouveaux tarifs qui sont - pour le canton de Vaud - plus généreux qu'aujourd'hui. Actuellement et depuis plusieurs années, le "report soins" est assumé directement par l'Etat à hauteur de 23.5% et par les régimes sociaux à hauteur de 76.5%. Cette répartition historique correspondant à la part des résidents autonomes financièrement, respectivement aidés par les régimes sociaux, il n'y a pas motif à la modifier. Dès lors, l'Etat et les communes, via la facture sociale, bénéficieront de l'allègement du "report soins".

- Outre les deux mécanismes précédents, le nouveau régime de financement des soins introduit deux nouvelles règles concernant, d'une part, le financement par l'AOS dans les "structures de soins de jour ou de nuit" qui se voit réduit et, d'autre part, l'obligation pour l'Etat de régler le financement résiduel pour toutes les organisations de soins à domicile pratiquant à charge de la LAMal. La règle actuelle de répartition du "report soins" s'appliquera dans les EMS reconnus d'intérêt public pour les UAT, les courts séjours et les outils d'évaluations ainsi que dans les homes non médicalisés qui dépendent de la LAPRAMS.

- Concernant les quelques EMS non reconnus d'intérêt public et les logements protégés de type médicalisés répondant à la définition des structures de soins de jour ou de nuit (art 26h LPFES), la règle actuelle de répartition du "report soins" ne peut pas être appliquée. Compte tenu que la presque totalité des résidents de ces établissements sont autonomes financièrement, le coût ne sera pas à charge des régimes sociaux, mais assumé intégralement par l'Etat.

- Finalement, la bascule est neutre pour l'Etat et la facture sociale est allégée de 2.1 millions. Les communes participeront cependant à la couverture des coûts supplémentaires pour l'AVASAD à hauteur de 3.5 millions. La part nette des communes s'élève donc à 1.4 million.

Les différents effets financiers sont décrits ci-après et résumés dans le tableau qui suit.

1. Participation du résident au coût des soins

Comme évoqué ci-dessus, le Conseil d'Etat propose d'introduire dans la loi une participation des résidents en EMS, limitée au maximum à 10% de la contribution maximale de l'AOS. C'est ainsi un montant journalier moyen de CHF 8.- qui serait mis à la charge du résident. Une telle participation limiterait les charges de l'Etat d'environ 4 millions de francs par an et compenserait d'autant les charges supplémentaires liées à la modernisation et à l'extension du réseau d'hébergement nécessaire pour faire face à l'évolution des besoins de la population vaudoise.

2. Tarifs des EMS

L'application des nouveaux tarifs fixés par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ainsi que l'intégration des "Communications au sujet des bénéficiaires" dans l'évaluation des soins requis représentent un financement supplémentaire de la part de l'assurance obligatoire de l'ordre de 15 millions de francs. Ce financement supplémentaire viendra partiellement en diminution du "report soins". De plus, une réallocation d'environ 1 million est nécessaire en faveur des cas légers dont le financement serait défavorable en comparaison d'aujourd'hui et afin d'éviter l'engorgement des hôpitaux par des attentes de placement. Globalement, l'allègement pour le "report soins" sera de 14.3 millions. Les communes bénéficieront de cet allègement via la facture sociale pour la part assumée par les régimes sociaux (76.5%), soit à hauteur de 5.5 millions de francs.

3. Financement des soins dans les UAT et dans les structures de soins de jour ou de nuit

Avec le nouveau régime, les soins dispensés par des EMS dans les UAT ou par des organisations de soins à domicile dans les structures de soins de jour ou de nuit seront financés par les assureurs-maladie sur la base des tarifs EMS et non pas des tarifs soins à domicile. Il en résulte un manque de financement en provenance de l'AOS par rapport à aujourd'hui estimé à 5.4 millions, qui devront être compensés par le "report soins", selon la règle de répartition appliquée. 23.5% seront donc

assumés par l'Etat directement et 76.5% par les régimes sociaux. Comme dit plus haut, le "report soins" versé aux OSAD qui interviennent dans des structures de soins de jour ou de nuit autres que les UAT et les homes non-médicalisés ne sera pas à charge des régimes sociaux.

4. Participation au coût des soins dans les EMS non reconnus d'intérêt public

Les EMS non reconnus d'intérêt public pourront à l'avenir bénéficier de la contribution de l'Etat au titre du financement résiduel des soins. 185 lits sont concernés, pour une charge potentielle maximum de 3 millions. Toutefois, compte tenu des exigences posées pour l'octroi de cette subvention, il est vraisemblable que de nombreux établissements renonceront à cette possibilité. On peut donc estimer, de manière plus réaliste, que seul un tiers des lits rempliront les conditions pour l'octroi de la subvention, pour un montant total d'un million. Dans la mesure où la quasi-totalité des résidents de ces établissements sont autonomes financièrement, le coût ne sera pas à charge des régimes sociaux mais assumé intégralement par l'Etat.

5. Situations non réglées par l'OPAS

La convention signée dans le canton de Vaud avec les assureurs-maladie prévoit actuellement un financement particulier de l'assurance de base dans certaines situations telles que : décès avant évaluation, attentes d'évaluation et courts séjours, ainsi que le financement de l'outil d'évaluation des soins requis. Or, l'OPAS ne prévoit pas un tel financement. Elle implique de surcroît que toutes les situations fassent l'objet d'une évaluation des soins requis au moyen d'un outil, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui . Il en résulte une économie de 2.3 millions pour l'assurance obligatoire qui devra être compensée par les pouvoirs publics .

6. Financement des "soins aigus et de transition"

Au vu des inconnues actuelles (situations concrètes visées, tarif applicable, ...), il est extrêmement difficile aujourd'hui d'estimer l'impact financier résultant de l'introduction de cette nouvelle catégorie de soins. On peut toutefois relever que, pour les EMS, un financement à hauteur de 45% de la part de l'assurance-maladie durant les 14 premiers jours pourrait déboucher sur un manco de l'ordre de 0,7 million. Pour les soins à domicile, sur la base des tarifs actuels, le financement supplémentaire à la charge de l'Etat pourrait s'élever au même ordre de grandeur. On peut donc évaluer grossièrement le risque sur ce point à un montant maximum de 1,5 million, à la charge de l'Etat.

7. Tarif des soins à domicile

Les nouveaux tarifs fixés dans l'OPAS et, surtout, l'application d'une unité de facturation de 5 minutes au lieu de 15 minutes actuellement représentent une perte estimée par l'AVASAD à environ 7 millions de francs pour 2011, qui devra être compensée par les pouvoirs publics.

8. Conséquences sur les PC AVS/AI de l'augmentation des limites de fortune

Le nouveau régime de financement des soins prévoit également le relèvement des limites de fortune prises en comptes par les prestations complémentaires de 25'000 à 37'500 francs pour une personne seule et de 40'000 à 60'000 francs pour un couple, ainsi que le relèvement de 112'500 à 300'000 francs de la franchise sur immeuble appliquées aux propriétaires de logements lorsque ils bénéficient d'allocations d'impotance ou lorsque le conjoint vit en EMS (art 11 LPC). Il en résulte des dépenses supplémentaires pour les PC estimées par la CCAVS à 4.6 millions, compensées à hauteur de 5/8 par la participation fédérale. Il faut toutefois relever qu'en raison du mode de calcul prévu par l'ordonnance, cette compensation ne sera pleine qu'en 2012 mais limitée à environ 37% en 2011.

Récapitulatif

Montants en millions estimés pour 2011

Augmentation de charge (+) ou allègement (-)

Effet	Etat	Communes	Résidents	AOS
-------	------	----------	-----------	-----

1. Participation des résidents aux coûts des soins	- 4.3		+ 4.3	
2. Tarifs des soins en EMS	- 8.9	- 5.5		+ 15.3
3. Financement des UAT et des OSAD	+ 4.3	+ 1.1		- 5.4
4. Participation au coût des soins dans les EMS non RIP	+ 1.0	0.0		
5. Situations non réglées par l'OPAS	+ 1.4	+ 0.9		- 2.3
6. Financement des soins aigus et de transition	+ 1.5			- 1.5
7. Tarifs des soins à domicile	+ 3.5	+ 3.5		- 7.0
8. Révision de la Loi sur les PC	+ 1.4	+ 1.4	- 0.6	
Total	+ 0.0	+ 1.4	- 0.3	- 0.8

A titre de comparaison, on peut relever que les risques potentiels d'augmentation de charges liée à ce volet de la révision LAMal sont estimés à un maximum de l'ordre d'une vingtaine de millions de francs à Genève et d'une dizaine de millions à Neuchâtel.

8.3 En terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

V. ch. 8.2 ci-dessus.

8.4 Personnel

Néant.

8.5 Communes

Les communes seront impactées par les charges supplémentaires reportées sur les pouvoirs publics par le nouveau régime de financement des soins de longue durée (v. ch. 4.2 ci-dessus).

8.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

8.7 Programme de législature (conformité, mise en oeuvre, autres incidences)

Néant.

8.8 Loi sur les subventions (application, conformité)

La modification de la LPFES offre l'opportunité de rendre cette loi conforme aux exigences de la loi sur les subventions.

8.9 Constitution (conformité, mise en oeuvre, autres incidences)

Néant.

8.10 Plan directeur cantonal (conformité, mise en oeuvre, autres incidences)

Néant.

8.11 RPT (conformité, mise en oeuvre, autres incidences)

Néant.

8.12 Simplifications administratives

Néant.

8.13 Autres

Néant.

9 CONCLUSION

Fondé sur ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'approuver les projets de lois annexés ainsi que le présent rapport sur le postulat Payot

Texte actuel

Projet

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

décète

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.

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.

Texte actuel

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.

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 ;
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.

Projet

Art. 2 Etablissements sanitaires

¹ Sans changement.

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.

Texte actuel

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

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.
 - 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.
- 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

Texte actuel**Projet**

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.

Texte actuel

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 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.

Projet

Art. 3 b Types de lits

¹ Les types de lits sont les suivants :

- 1^{er} tiret : sans changement.
- 2ème tiret : sans changement.
- 3ème tiret : sans changement.
- Type "Maison de naissance"
- Lits à vocation hôtelière destinés au séjour post partum.

Texte actuel

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 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

Projet

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 ;
- c. 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'efficacités 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.

^{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

Texte actuel

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

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.

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.

^{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

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

en application du présent article, conformément au principe de proportionnalité.

^{4^{ter}} 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

Projet

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

représentant les EMS au plus tard six mois après l'entrée en vigueur du présent article. Il est soumis au département pour approbation.

³ En l'absence de propositions des associations faitières, 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

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 2,5% 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.

Texte actuel

Projet

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.

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 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.

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.
- b. le département contrôle régulièrement la bonne exécution du

Texte actuel

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. 6 Répartition des compétences :

Projet

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") :

- 1^{er} tiret : sans changement
- l'association des assureurs-maladie santésuisse ;
 - 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.

² Sans changement.

Art. 6 Répartition des compétences

Texte actuel

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.

Projet

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.

Texte actuel

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.

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.

Projet

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.

Art. 6 b Informations statistiques

¹ Abrogé.

Texte actuel

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. ...

6. ...

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

Projet

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

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.

² Sans changement.

Projet

Texte actuel

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

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 ;
 6. approuve les conventions tarifaires entre les établissements sanitaires d'intérêt public et les assureurs-maladie conformément à la LAMal ;

Texte actuel

Projet

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.

Texte actuel

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. 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.

Projet

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.

Art. 11 Procédure de nomination

¹ Sans changement.

Texte actuel

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

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

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.

Texte actuel

Chapitre III Planification

Art. 18 But

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.

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

Chapitre III Planification

Art. 18 Planification

¹ Sans changement.

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

Texte actuel

Projet

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 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.

Texte actuel		Art. 22	Portée - Abrogé	Projet
Art. 22	Portée	Art. 22	Portée - Abrogé	Projet
	<p>¹ Les règlements constituant la planification cantonale portent notamment sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 ; 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. 		<p>¹ ...</p>	

Texte actuel

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

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.

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.

Texte actuel

Chapitre IV Financement

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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 .

^{1ter} 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.

Projet

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.

^{1ter} 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

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.

Projet

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.

Texte actuel

SECTION II DÉPENSES 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.

Projet

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 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 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.

Texte actuel

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

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.

Projet

³ Sans changement.

⁴ Abrogé.

⁵ Abrogé.

⁶ Abrogé.

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

¹ ...

² ...

³ ...

Texte actuel

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.

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

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

¹ Sans changement.

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

Texte actuel

Projet

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 1bis lettre a).

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.

Projet

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.

SECTION III FINANCEMENT DES HÔPITAUX

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

Texte actuel

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 ;
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

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.

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",

Texte actuel

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.

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

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 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.

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

Texte actuel

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.

Projet

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.

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 - Abrogé.

¹ ...

² ...

Texte actuel

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.

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

Projet

Art. 30 Responsabilité - Abrogé.

¹ ...

³ ...

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

¹ ...

² ...

Chapitre IVbis Surveillance et sanctions

SECTION I SURVEILLANCE

Art. 32 a Surveillance financière

^{1 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.

Texte actuel

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.

² Le Conseil d'Etat définit, après consultation des associations faîtières, 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.

Projet

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.

² Le Conseil d'Etat définit, après consultation des associations faîtières, 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.

Texte actuel

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.

Projet

*SECTION II SANCTIONS ET OBLIGATION DE
RESTITUTION*

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

¹
¹En 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.

²Dans les cas de peu de gravité, le Conseil d'Etat peut prononcer un avertissement.

² Sans changement.

Texte actuel

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.

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.

Projet

Art. 32 d Mise sous administration provisoire

¹ Sans changement.

² Sans changement.

Art. 32 e Sanction pénale

¹ Sans changement.

² Sans changement.

Texte actuel

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 .

⁴ La loi sur les Hospices cantonaux est réservée.

Projet

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.

⁴ Sans changement.

Texte actuel

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

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

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 2^{ème} tiret, 4 alinéa 1bis, 4g, 7 alinéa 1^{er} chiffres 2 et 3, 8 chiffre 2bis, 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 :

Le chancelier :

P. Broulis

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

décrète

Article premier

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

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 :

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.

Texte actuel

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.

Projet

- 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.
- 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 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

Texte actuel

Projet

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 :

- 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 ;
- 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'édiction 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.

Texte actuel

Projet

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

Le président :

Le chancelier :

P. Broulis

V. Grandjean

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux
personnes recourant à l'action médico-sociale

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 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

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

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 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.

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 accueillies, sont fixées à l'article 20bis de la loi et dans le règlement.

Texte actuel

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 :

- 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

Art. 20 Subventions aux organismes favorisant le maintien à domicile

¹ sans changement.

² sans changement.

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

Texte actuel

Projet

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.

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