

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 la motion Perrin "LPFES : réactiver le dossier en dissociant ses volets"

1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le 25 janvier, le Grand Conseil a refusé, par 67 voix contre 65, d'entrer en matière sur le projet de modifications des lois cantonales liées à la mise en œuvre des révisions LAMal sur le financement des soins de longue durée et le financement hospitalier, ainsi que sur la réponse au postulat Payot (objet n° 328).

Suite à cette décision, le Conseil d'Etat a décidé de dissocier les différents volets de ce projet. Ainsi, le présent exposé des motifs et projets de lois (EMPL) vise à adapter la législation cantonale sur les points ne concernant pas le financement hospitalier.

Cet EMPL permet ainsi au Conseil d'Etat de répondre à la motion déposée le 8 février 2011 par M. le député Jacques Perrin au nom du Groupe radical du Grand Conseil.

Ultérieurement, le Conseil d'Etat soumettra au Grand Conseil un projet de modification de la LPFES portant sur la mise en conformité des dispositions de cette loi aux nouvelles règles de financement hospitalier découlant de la LAMal.

2 FINANCEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE

2.1 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 ne 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 donc 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, à savoir respectivement 55% et 45%.

Ce nouveau régime est entré 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).

2.2 Orientations du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat maintient les orientations contenues dans le projet de loi initialement soumis au Grand Conseil, en tenant compte des modifications apportées par la Commission thématique de santé publique lors de son examen du projet. Trois points du nouveau régime impliquent ainsi une modification des dispositions légales cantonales.

2.2.1 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 suisse, 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.

2.2.2 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.

2.2.3 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.

3 SIMPLIFICATION DE LA PROCÉDURE D'OCTROI DE LA GARANTIE DE L'ETAT

Le Conseil d'Etat a déjà annoncé à plusieurs reprises sa volonté de simplifier la procédure d'octroi de la garantie de l'Etat pour les emprunts des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public. 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, ainsi que dans le paquet global rejeté par le Grand Conseil en janvier 2011, 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 650 millions sur la base d'une estimation des besoins d'investissements des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public à l'horizon 2020 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 menée en 2009.

4 MOTION JACQUES PERRIN ET CONSORTS AU NOM DU GROUPE RADICAL - LPFES : RÉACTIVER LE DOSSIER EN DISSOCIANT SES VOLETS

4.1 Rappel de la motion

Le 8 février, M. le député Jacques Perrin a déposé la motion suivante.

"La non-entrée en matière du Grand Conseil sur le projet de loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES) exige aujourd'hui de remettre l'ouvrage sur le métier.

Pour rappel, le paquet refusé comprenait deux volets principaux, l'un consacré au financement des établissements hospitaliers, l'autre au financement des soins à domicile et des EMS. Or, seules les dispositions relatives au premier volet ont causé la non-entrée en matière du législatif cantonal. Le second volet, en revanche, n'était pas contesté.

Sur ces bases, le Groupe radical demande au Conseil d'Etat de dissocier les deux volets afin, d'une part, de pouvoir revenir dans les meilleurs délais devant le Grand Conseil avec une loi spécifique au financement des soins à domicile et des EMS, et, d'autre part, de respecter les délais fixés par le législateur fédéral pour adapter la législation cantonale au nouveau régime de la LAMAL.

Trois points de ce nouveau régime impliquent une modification des dispositions légales cantonales relatives aux EMS et organismes de soins à domicile (OSAD):

1. la participation du patient aux coûts des soins

Le projet de LPFES projetait de couvrir une partie des investissements nécessaires à la construction et à la rénovation des EMS en introduisant une modeste participation des résidents au coût des soins, à hauteur de 10%, soit la moitié de la marge de manœuvre autorisée par la LAMAL.

2. le versement des subventions de l'Etat

Le projet de LPFES prévoyait la reconnaissance de cinq EMS nécessaires à la couverture des besoins mais aujourd'hui exclus de la liste LAMAL, ainsi que l'application du principe de reconnaissance d'intérêt public aux organismes de soins à domicile.

3. la question des soins aigus et de transition

Le projet de LPFES prévoyait d'autoriser tant les EMS que les OSAD à fournir des soins aigus et de

transition, à la condition d'être au bénéfice d'un mandat conféré par l'Etat.

Ces dispositions n'étant pas contestées, le Groupe radical demande donc au Conseil d'Etat de proposer un cadre légal spécifique aux EMS et OSAD, évitant à ces institutions de dépendre du débat hospitalier pour disposer d'une législation conforme à la LAMAL et aux besoins du canton.

Ne souhaite pas développer et demande le renvoi direct au Conseil d'Etat.

Lausanne, le 8 février 2011.

(Signé) *Jacques Perrin et 22 cosignataires*

Le 15 février, cette motion a été prise en considération et renvoyée directement au Conseil d'Etat.

4.2 Rapport du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat donne suite à la motion en soumettant au Grand Conseil le présent EMPL.

5 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE DE LA LPFES

Art. 3

La liste des renvois de l'alinéa 3 est adaptée (ajout dans la liste des articles 23a et 26g).

Art. 3a

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 en outre de la notion d'"établissement de soins intégrés", dans la formulation retenue par la Commission thématique de santé publique. Sur le fond, l'ajout de cette notion se justifie de la manière suivante:

- 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 des 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 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. Pour favoriser ce mouvement, 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.

Art. 4

L'alinéa 1bis est complété par l'ajout d'une nouvelle condition à remplir par les EMS qui entendent être reconnus d'intérêt public (v. lettre e). Le Contrôle cantonal des finances (CCF) a en effet récemment mis en évidence un certain nombre de lacunes dans le cadre légal en matière de sous-traitance d'activités par les EMS. Ces lacunes ont également été relevées par la Commission de

gestion dans son rapport sur l'exercice 2009. Ainsi, 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 en matière de sous-traitance (v.art.4g).

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 savoirs 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 bien 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 25% 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. Elle 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 25% 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 2ème 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 économicité.

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 4ème 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. Ce contrat écrit devra également expressément porter sur le respect de l'application de la LPFES (ajout de la Commission thématique de santé publique).

La règle posée dans le 5ème 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. Conformément à la formulation retenue par la Commission thématique de santé publique, il appartiendra au Conseil d'Etat de fixer les modalités d'application en la matière, sur la base notamment des recommandations émises par l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS).

Art. 7

La modification du chiffre 2 de l'article 7 n'est pas directement liée au nouveau régime de financement des soins, 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 (cf. chap. 3 ci-dessus). Le Grand Conseil ne sera donc 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 650 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 chiffre 2 nouveau porte donc désormais uniquement sur les conditions d'octroi de la garantie de l'Etat aux établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public. Il ne mentionne en revanche plus le financement de leurs investissements. Le chiffre 3 doit dès lors être adapté pour dire 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 au financement des investissements des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public. 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.

Art. 8

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 investissements des établissements sanitaires 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).

Un chiffre 6 nouveau est introduit afin de mentionner la nouvelle compétence qu'aura à exercer le Conseil d'Etat s'agissant de la fixation de la part du coût des soins des EMS à la charge des résidents et des pouvoirs publics (cf. art. 26g).

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 et 2ter.

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".

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.7aal.3OPAS), 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 couverts 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.- en moyenne 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. 2.2.1), 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 alinéa3 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 26i, 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.

6 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.

7 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLES 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 et aux homes non médicalisés. 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.

8 CONSEQUENCES

8.1 Légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

La mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins rend nécessaire une modification de la LPFES, de la LSP et de la LAPRAMS.

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

Les conséquences financières qui ont été indiquées au Grand Conseil à l'appui du projet global de révision LPFES restent valables. Ainsi, en particulier, les nouveaux tarifs à charge de l'assurance-maladie applicables en EMS et pour les organisations de soins à domicile sont bel et bien appliqués depuis le 1^{er} janvier 2011. Il faut toutefois réserver la question du report sur les résidents des CHF 8.- par jour, qui a dû être décalé dans le temps, faute de base légale suffisante. Ce report de six mois alourdit globalement la charge pour l'Etat d'un montant de l'ordre de CHF 3 millions :

- 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-hôteliers. 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 du coûts des soins par l'Etat dans les EMS (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 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.
- 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), 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, compte tenu du décalage dans le temps de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif légal en fonction de la décision du Grand Conseil de janvier 2011, la bascule représente pour l'Etat une charge supplémentaire de 3 millions en 2011. 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. Dès 2012, la participation sur les douze mois de l'année des résidents au coût des soins dans les EMS et dans les structures de soins de jour ou de nuit diminuera la participation de l'Etat de 3 millions supplémentaires. La bascule au nouveau

régime sera donc neutre pour l'Etat dès 2012.

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 4.3 millions de francs par an (1.9 millions en 2011 pour une entrée en vigueur le 1^{er} juillet et compte tenu du traitement rétroactif de 4'500 dossiers de bénéficiaires des prestations complémentaires) 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 plus 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 la participation des résidents et par le "report soins" selon les mêmes tarifs que ceux appliqués pour les EMS. 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 ne sera pas à charge des régimes sociaux. L'introduction différée au 1^{er} juillet de la participation des résidents représente un transfert provisoire sur l'Etat de 0.5 million en 2011.

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. L'introduction différée au 1^{er} juillet de la participation des résidents représente un transfert provisoire sur l'Etat de 0.1 million en 2011.

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 à terme 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 qui persistent sur ce point (situations concrètes visées, tarif applicable, ...), il est toujours extrêmement difficile 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'impotence 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 (-)

- Voir en annexe tableau récapitulatif.

8.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et éc

V. ch. 8.2 ci-dessus.

L'introduction différée de la participation des résidents au coût des soins représente une charge supplémentaire de 3.0 millions qui n'a pas été prévue au budget 2011. Une demande de crédit supplémentaire sera présentée dans les plus brefs délais au Conseil d'Etat et à la Commission des finances du Grand Conseil.

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. 8.2 ci-dessus).

8.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

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

Néant.

8.8 Loi sur les subventions (application, conformité)

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

8.11 RPT (conformité, mise en œuvre, 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 la motion Jacques Perrin.

Effet	Etat	Communes	Résidents	AOS
Participation des résidents aux coûts des soins en EMS	- 4.3		+ 4.3	
Tarifs des soins en EMS	- 8.9	- 5.5		+ 15.3
Financement des soins dans les UAT et des OSAD	+ 4.3	+ 1.1	+ 1.0	- 5.4
Financement des soins dans les EMS non RIP	+ 1.0	0.0	+ 0.2	
Situations non réglées par l'OPAS	+ 1.4	+ 0.9		- 2.3
Financement des soins aigus et de transition	+ 1.5			- 1.5
Tarifs des soins à domicile	+ 3.5	+ 3.5		- 7.0
Révision de la Loi sur les PC	+ 1.4	+ 1.4	- 4.6	
Introduction différée de la participation des résidents au financement des soins (en 2011 uniquement)	+ 3.0		-2.7	
Total	+ 3.0	+ 1.4	- 1.8	- 0.8

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 5 décembre 1978 sur la planification
et le financement des établissements sanitaires d'intérêt
public

du 9 mars 2011

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article premier

¹ Vu la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 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 :

Art. 3

¹ Sans changement.

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.

Texte actuel

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

³ Les établissements sanitaires nommés sous chiffre 4 ne sont pas soumis à la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 2a, 22, chiffres 8 et 9, 25, alinéa 1 et 32b.

Art. 3 a Types d'établissements

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

- Hôpitaux
 - Les hôpitaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits des types A, B et C, avec ou sans caractère universitaire. Les règlements relevant de la planification cantonale des établissements sanitaires (ci-après : la planification cantonale, art. 18ss) précisent leurs missions.
- Etablissements médico-sociaux (EMS)
 - Les établissements médico-sociaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de type C. Ils sont également des lieux de vie où les résidents peuvent maintenir ou développer une vie sociale satisfaisante.
 - Ils peuvent également fournir leurs prestations à des personnes non hébergées.
 - Dans la mesure où ils exploitent des divisions de lits de type C (divisions C), les hôpitaux sont, pour ces divisions, assimilés à des EMS au sens de la présente loi.

Projet

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 2a, 22 chiffres 8 et 9, 23a, 25 alinéa 1er, 26g et 32b.

Art. 3 a

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

1^{er} tiret : sans changement ;

- 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.

- Etablissements de soins intégrés

Les établissements de soins intégrés assument plusieurs des missions définies dans les alinéas précédents, ainsi que d'autres prestations sanitaires.

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

Projet

Art. 4

¹ Sans changement.

^{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

arrêtés par le Conseil d'Etat ; les prestations socio-hôtelières sont fixées dans le standard officiel établi par le Conseil d'Etat, après consultation des associations faïtières, 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 faïtières, 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.

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.

Projet

sous-traitance d'activité.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Sans changement.

⁶ Sans changement.

⁷ Sans changement.

Texte actuel

Projet

Art. 4 g Sous-traitance

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

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

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

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

⁵ La sous-traitance et l'octroi de mandats commerciaux sont interdits lorsqu'ils placent la direction ou l'organe suprême dans un conflit d'intérêts préjudiciable à la bonne gestion de l'EMS. Le Conseil d'Etat règle les modalités d'application en tenant compte notamment de l'avis et des recommandations des associations faïtières.

Texte actuel

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.

² Les contrats de prestations passés avec les établissements sanitaires

Projet

Art. 7

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

ch. 1 : sans changement

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 : sans changement.

3. en accordant, par la voie du budget ordinaire, les moyens destinés à assurer la participation de l'Etat au financement des investissements des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public.

ch. 4 à 7 : sans changement.

² Sans changement.

Texte actuel

d'intérêt public ainsi que les plans stratégiques de développement sont présentés au Grand Conseil à l'appui des demandes de subventions.

Art. 8 Le Conseil d'Etat

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

1. édicte les règlements d'application de la présente loi, après consultation des partenaires, de la Faculté de médecine et des communes intéressées ;
2. élabore et tient à jour le programme des investissements sanitaires ;
- 2bis. décide de l'octroi des moyens nécessaires au financement des investissements des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public dans les autres cas que ceux prévus à l'article 7, alinéa 1, chiffre 2. Il peut déléguer cette compétence en fonction de limites financières ou de la nature des investissements ;
3. ...
4. promulgue les listes des hôpitaux et des EMS, conformément à l'article 39 LAMal ;
5. fixe le budget global, au sens de l'article 27a.

Projet

Art. 8

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

ch. 1 et 2 : sans changement.

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 établissements privés reconnus d'intérêt public

ch. 4 et 5 : sans changement

6. fixe la part du coût des soins des EMS à la charge des résidents et des pouvoirs publics conformément à l'article 26g.

² Les décisions relevant de l'alinéa 1er 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 1er chiffres 2bis et 2ter.

Texte actuel

Projet

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 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.

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 mentionnée 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

Texte actuel

Projet

celles posées par l'alinéa 1^{er} lettres b) et g), par l'alinéa 1bis lettres c) et d), ainsi que, pour ce qui concerne leurs résidents ne relevant pas des régimes sociaux, par l'alinéa 1bis lettre a) ;

- c. se soumettent à la surveillance financière du département conformément à l'article 32a et lui fournissent à cet effet les informations requises des EMS reconnus d'intérêt public en application de l'article 32b.

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

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

¹ L'article 26g alinéas 1 à 3 s'applique par analogie au financement des soins fournis par des EMS ou des organisation 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.

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

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).

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.

Art. 29 b Abrogé

¹ ...

² ...

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 9 mars 2011.

Le président :

Le chancelier :

P. Broulis

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique

du 9 mars 2011

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

¹ Sans changement.

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.

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:

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

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, 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 patientèle
- b. présence d'un dispositif d'admission, d'évaluation et de suivi des cas
- c. mise en place d'une permanence en fonction des besoins
- d. élaboration de modalités de collaboration avec les Centres médico-sociaux rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile ainsi qu'avec les réseaux de soins
- e. engagement à fournir des informations permettant à l'Etat de vérifier le respect de la législation, notamment concernant l'affectation conforme des ressources allouées et l'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 143f.

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 9 mars 2011.

Le président :

Le chancelier :

P. Broulis

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

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

du 9 mars 2011

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 modifiée 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.

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.

Texte actuel

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

³ Sans changement.

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 l'objet d'une convention entre le département et les EMS, respectivement les

Texte actuel

Projet

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 9 mars 2011.

Le président :

Le chancelier :

P. Broulis

V. Grandjean