



Janvier 2010

Version finale pour consultation (20.01.2010)

Rapport explicatif en vue de la consultation sur le projet de modification de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et de la loi sur la santé publique (LSP) visant à mettre en œuvre les révisions LAMal sur le financement hospitalier et le financement des soins de longue durée

1. INTRODUCTION

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 ainsi que de la LSP. Ces modifications offrent en outre l'opportunité d'adapter la LPFES aux exigences posées par la loi sur les subventions et de toiler la LPFES dans la mesure du possible. 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.

Sous l'angle financier, ces deux réformes présentent le risque d'un transfert de charges important sur l'Etat et les communes. Aussi, dans le cadre des travaux de mise en œuvre, la volonté du Conseil d'Etat est de limiter ce transfert et de contenir la croissance des charges à un niveau normal compte tenu de l'évolution du coût des dépenses de santé (principe de neutralité des coûts).

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

La révision LAMal 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 l'obligation de contracter et un régime conventionné, soumis à la concurrence et 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

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

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.

Sous l'angle du financement, un hôpital conventionné ne bénéficie d'aucune subvention du canton. 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.

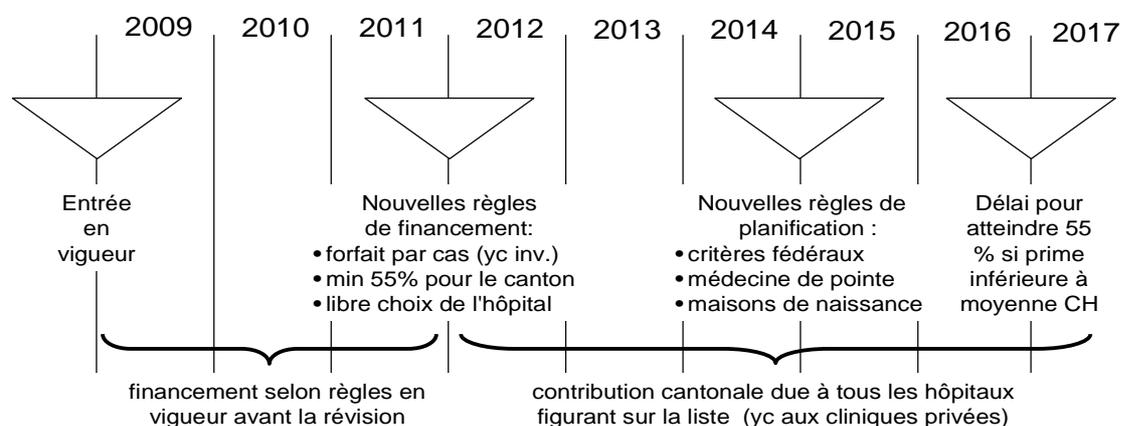
2.1.3 Autres dispositions à l'endroit des cantons

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. C'est donc pour cette échéance que le canton de Vaud devra édicter une nouvelle liste LAMal.

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.

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.

S'agissant des conditions à respecter pour bénéficier d'une telle reconnaissance, le projet mis en consultation prévoit deux variantes :

Variante A

Cette variante introduit pour les hôpitaux l'exigence d'être exploités sous une forme à but idéal (v. art. 4 al. 1ter). Une telle exigence se fonde sur le principe que la poursuite d'un but commercial est en contradiction avec la mission régionale et les obligations assignées à un établissement répondant à un intérêt public ainsi qu'avec la garantie de pérennité que demande un financement social. Pour satisfaire à cette condition, une clinique privée qui entendrait à la fois maintenir une activité lucrative et être reconnue d'intérêt public pourrait constituer deux sociétés distinctes (v. art. 4f), l'une poursuivant un but commercial, l'autre un but idéal. Par ailleurs, le statut juridique en la forme idéale permet d'assouplir les règles relatives au contrôle de l'Etat sur les infrastructures et les équipements et d'alléger les garanties dont l'Etat doit disposer en cas de cessation d'activité d'une clinique.

Variante B

La variante B ne pose pas comme condition supplémentaire à l'octroi de la reconnaissance d'intérêt public la nécessité d'être exploité sous un but idéal (v. art. 4 al. 1eter). En revanche, cette variante prévoit un contrôle strict de l'Etat sur les ressources perçues par les entités hospitalières au titre du financement de leurs charges d'investissement (v. art. 4g et 32f), afin de s'assurer que des montants soient provisionnés pour garantir la pérennité des équipements hospitaliers d'intérêt public et que les fonds constitués soient affectés conformément à l'intérêt général. De plus, elle introduit des règles visant à garantir la continuité de l'approvisionnement en soins ainsi que la sauvegarde des montants provisionnés pour des investissements futurs en cas de cessation d'activité d'un établissement exploité en la forme commerciale (v. art. 4 al. 4bis et 25 al. 5).

En outre, dans les deux variantes, quatre nouvelles conditions pour obtenir la reconnaissance d'intérêt public sont posées :

- se soumettre aux décisions du canton relatives aux infrastructures et aux équipements,
- 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 non médicales de la santé,
- adhérer à l'éventuelle convention passée entre le département et la (ou les) organisation(s) représentative(s) des hôpitaux en matière de redistribution des ressources provenant des tarifs hospitaliers.

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, via un dispositif ad hoc.

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. La future liste LAMal sera donc établie à partir de l'offre des hôpitaux d'intérêt public existants et complétée, en cas de besoins insuffisamment couverts, par les capacités des cliniques privées qui auront accepté les conditions arrêtées en contrepartie du financement public. 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'autre terme, 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. Il entend cependant garder la possibilité de mettre en place par convention un dispositif visant à éviter que la viabilité économique, voire l'existence d'hôpitaux indispensables à la couverture des besoins soient tributaires de la seule régulation économique, via un tarif unique valable pour tous les hôpitaux. En d'autres termes, les parts respectives de l'Etat et des assureurs-maladie seront versées sous forme de tarif par prestation, mais l'Etat pourra signer avec la (ou les) organisation(s) faîtière(s) représentative(s) des hôpitaux privés reconnus d'intérêt public une convention destinée, d'une part, à 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, à redistribuer les recettes d'investissement entre les hôpitaux, tant que les tarifs en la matière ne correspondent pas aux coûts.

De plus, en application de l'article 51 LAMAL visant la maîtrise des dépenses hospitalières, le DSAS propose de maintenir la notion de « budget global » déjà ancrée dans la LPFES. Ainsi, en fonction de l'évolution de la situation, le département aura 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 été le cas depuis 1980.

3. FINANCEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE

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).

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 (55%-45%).

Conformément à la décision du Conseil fédéral, ce nouveau régime devrait entrer 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.

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%). En fonction du résultat de la consultation, le Conseil d'Etat pourrait renoncer à cette option et privilégier un transfert d'une partie des coûts d'infrastructure sur les résidents.

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 pour être reconnus d'intérêt public.

S'agissant des organisations de soins à domicile (OSAD), le Conseil d'Etat propose de modifier la loi sur la santé publique afin de bien distinguer deux catégories d'OSAD :

- les OSAD « de base » qui doivent uniquement remplir les conditions de police sanitaire et qui peuvent facturer à la charge de l'AOS, mais qui ne bénéficient pas d'un mandat particulier de l'Etat et ne peuvent donc pas prétendre au versement de subventions des pouvoirs publics ;
- les OSAD qui sont au bénéfice d'un mandat particulier de l'Etat (obligation de prise en charge, champ d'intervention, permanence, ...) et, partant, qui peuvent non seulement facturer à la charge de l'AOS, mais bénéficient également des subventions des pouvoirs publics pour les soins fournis.

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.

b) Etablissements de soins intégrés

Les deux révisions LAMal dont il est question dans le présent EMPL renforcent le financement à la prestation et confortent par là l'autonomie institutionnelle. Elles n'incitent par conséquent pas à développer les collaborations entre les prestataires de soins et risquent d'aller à l'encontre de la coordination et de la continuité des soins nécessaires à la prise en charge des malades chroniques. 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 une telle hypothèse, 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 de prises en charge globales des patients.

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 entend en substance maintenir le catalogue de conditions actuelles, en se contentant de le toiletter si nécessaire, et ajouter les conditions qui lui paraissent indispensables pour tenir compte des changements opérés au niveau fédéral. Ainsi, trois nouvelles conditions générales sont posées, tant pour les hôpitaux que pour les EMS : se soumettre au contrôle du DSAS sur les infrastructures et les équipements (art. 4 al. 1^{er} lettre i), ainsi qu'aux règles édictées en matière d'échange électronique de données sur le patient (art. 4 al. 1^{er} lettre j) et appliquer les dispositions fixées par le Conseil d'Etat en matière de formation des professions non médicales de la santé. L'ajout de la première de ces trois conditions découle directement de la suppression du financement direct des investissements des hôpitaux par l'Etat et de son intégration dans les tarifs à la prestation (v. art. 4g ci-dessous). La seconde 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 qu'ils adoptent des standards communs en matière de système d'information. Quant à la troisième condition, elle tient compte du fait que dans les recettes des hôpitaux et des EMS figurent des montants relatifs à la formation des professions non médicales de la santé.

Au-delà de ces trois nouvelles conditions générales, le projet prévoit dans les deux variantes d'ajouter une nouvelle condition pour les EMS (art. 4 al. 1bis lettre e) et une autre 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. 4h).
2. En ce qui concerne les hôpitaux, une stricte application du financement à la prestation débouche sur un tarif unique pour tous les hôpitaux quelles que soient leurs missions ou leur taille et qu'ils soient spécialisés ou non. Elle risque par conséquent de déboucher sur une allocation de ressources inéquitable entre hôpitaux au vu des différences de charges financières que génèrent de telles caractéristiques. En d'autres termes, il pourrait arriver que, du fait des tarifs, un hôpital bénéficie d'une sorte de « rente de situation », alors que d'autres seraient objectivement pénalisés. Dans un tel cas de figure, où les écarts de coûts entre hôpitaux ne résulteraient pas d'une différence d'efficacité ou de productivité, il est important que le département puisse, par convention, mettre en place des règles de réallocation entre tous les hôpitaux reconnus d'intérêt public, y compris le CHUV. De même, cette convention pourra instituer une gestion des ressources d'investissement partagée entre l'Etat et les hôpitaux si la libre gestion par chaque établissement des recettes perçues en la matière soulève des difficultés, notamment parce qu'elle engendre de trop grosses inégalités entre les établissements. De tels mécanismes de réallocation seront indispensables au moment de l'entrée en vigueur du nouveau système de financement hospitalier LAMal, le 1^{er} janvier 2012, puisque les montants intégrés dans les tarifs au titre de la couverture des charges d'infrastructure consisteront en des montants forfaitaires identiques pour tous les hôpitaux, indépendamment de la nature et de l'importance des équipements requis pour fournir une prestation. Il en résultera des inégalités entre les établissements, certains touchant à ce titre des montants supérieurs à leurs charges, alors que, pour d'autres, ce sera

l'inverse, les recettes perçues ne leur permettant pas de couvrir leurs charges. Des mécanismes de redistribution s'avèrent donc indispensables durant une phase transitoire, en attendant que les règles fixées au niveau fédéral (SwissDRG) permettent d'assurer pour tous les hôpitaux une couverture adéquate et équitable de leurs charges d'infrastructure.

En outre, dans la variante A, le projet impose aux hôpitaux l'exigence d'une exploitation sous une forme juridique à but idéal. Une telle condition se fonde sur le principe que la poursuite d'un but commercial est en contradiction avec la mission régionale et les obligations assignées à un établissement répondant à un intérêt public ainsi qu'avec la garantie de pérennité que demande un financement social. De plus, une telle exigence permet également de garantir que les montants provisionnés par les hôpitaux seront utilisés conformément au but d'intérêt général poursuivi par l'entité. Les règles relatives au contrôle de l'Etat sur les infrastructures et les équipements peuvent dès lors être assouplies.

La modification proposée à l'alinéa 4 de l'article 4 introduit expressément la possibilité pour le département 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 l'intégralité des 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 à but idéal (variante A) ou non (variante B) pour les activités relevant du mandat de prestations octroyé par l'Etat.

De plus, l'article 4 alinéa 4 LPFES précise la notion de reconnaissance d'intérêt public limitée dans le temps, en fixant une période maximum d'un an, renouvelable une fois. 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 département, compétent pour octroyer la reconnaissance, pourra adapter les conditions à respecter par l'établissement. En effet, si, par exemple, un EMS 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.

Quant au nouvel alinéa 4bis, il constitue une simple reprise d'une phrase figurant aujourd'hui à l'alinéa 4, par souci de clarté. De plus, dans la variante B, ce nouvel alinéa précise qu'une des charges ou conditions qui peut être posée consiste à obliger l'établissement sanitaire 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.

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. 1^{er} lettre d : appellation du Département simplifiées et adaptée aux normes de technique législative ;
- art. 4 al. 3 : 2^{ème} phrase reprise de la version actuelle de l'article 4 par souci de cohérence.

Enfin, il est possible que la modification fondamentale des règles relatives au financement hospitalier conduise à 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.

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 souhaitaient 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, en particulier la possibilité

pour le département de reconnaître d'intérêt public un hôpital pour une partie seulement de son activité (cf. ci-dessus), conduisent à étendre ce dispositif aux hôpitaux.

Art. 4g

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. Même si la situation n'évolue pas de la même manière au niveau fédéral pour les EMS, le Conseil d'Etat estime judicieux qu'ils soient soumis au même dispositif légal. Pour cette raison, le nouvel article 4g s'applique à tous les établissements sanitaires d'intérêt public.

L'article 4g repose sur le principe de la responsabilité des établissements sanitaires à l'égard de leurs infrastructures et de leurs équipements. Ce principe découle de leur responsabilité 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, l'Etat assumant une responsabilité générale quant à l'approvisionnement en soins de la population et la mise à disposition des capacités de prise en charge. A ce titre, il lui appartient d'exercer un contrôle sur les décisions prises par les établissements (al. 1^{er}). Ce contrôle porte en particulier sur la mise à dispositions des infrastructures et des équipements, sur leur répartition territoriale, ainsi que sur leur évolution et renouvellement (al. 2). Il incombera au Conseil d'Etat de fixer les règles applicables en la matière, notamment afin d'assurer le renouvellement et l'entretien des infrastructures et des équipements (al. 3). Enfin, les établissements devront transmettre au département toutes les informations nécessaires à l'exercice de son contrôle (al. 4).

Malgré les dispositions des alinéas 1 à 4 et le contrôle effectué sur cette base par le département, on ne peut pas exclure que des problèmes surgissent. S'il ressort ainsi du contrôle effectué par le département qu'un établissement ne respecte pas les principes arrêtés, le Conseil d'Etat devra définir les mesures à prendre (al. 5). Il pourra notamment infliger une sanction au sens du chapitre IVbis, Section II de la LPFES. En outre, dans la variante B, le Conseil d'Etat pourra, si le problème est plus général, introduire une « clause du besoin » et soumettre ainsi à autorisation la création de nouvelles infrastructures ou la mise en exploitation de nouveaux équipements (al. 5 in fine). On relèvera qu'il ne s'agit pas ici d'une clause du besoin générale applicable aux hôpitaux, aux cliniques et aux polycliniques, mais d'une disposition ne concernant que les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, en lien avec le mandat de prestations qui leur est octroyé. Une telle clause du besoin se justifie pour des équipements de haute technologie, dont l'acquisition et l'exploitation représentent des coûts élevés pour l'Etat et l'AOS et qui doivent être répartis de manière à assurer la couverture des besoins de l'ensemble de la population.

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

Art. 4h

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

Le premier alinéa définit la sous-traitance et en limite le volume à 15% 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). Elle tient toutefois également compte du fait que la sous-traitance est parfois rendue nécessaire par des circonstances indépendantes de la gestion de l'établissement. C'est le cas notamment du recours au personnel intérimaire lorsque l'établissement doit adapter le volume des soins fournis, de la livraison de repas ou de la blanchisserie lorsque il ne dispose pas de l'infrastructure adaptée ou encore de la sous-traitance de l'administration et de la comptabilité lorsque sa petite taille ne lui permet pas de se doter de personnel spécialisé. 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 n'excéderait pas en moyenne annuelle 15% du total des charges d'exploitations.

La sous-traitance dans certains domaines techniques comme la blanchisserie ou la livraison de repas répond à une rationalité économique. Il n'y aurait pas lieu par exemple d'empêcher les établissements qui disposent d'une infrastructure de l'exploiter en confectionnant des repas pour d'autres établissements ou collectifs (repas à domicile, garderie, autre EMS). Pour cette raison, le 2ème alinéa prévoit que la limite posée par l'alinéa 1^{er} en matière de sous-traitance peut faire l'objet de dérogations octroyée par le département, à condition que les conditions de travail applicables aux EMS soient garanties.

Le 3ème 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 4ème 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. 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 750 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 département, dans la limite ainsi fixée, d'accorder concrètement la garantie de l'Etat, sur préavis de la Commission thématique de santé publique du Grand Conseil (v. art. 9 al. 1^{er} chiffre 6 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 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 établissements sanitaires 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.

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, 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.

Vu la compétence accordée au département par l'article 9 chiffre 7 nouveau, le chiffre 2bis de l'article 8 peut être supprimé. En substance, il appartiendra donc au département de décider de la participation de l'Etat au financement des charges d'infrastructure des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public, dans le respect des moyens alloués par le Grand Conseil dans le cadre du budget. L'exercice de cette compétence nécessitera toutefois le préavis de la Commission thématique de santé publique (v. art. 9 al. 2).

Adaptation terminologique au chiffre 4.

Les chiffres 5 à 8 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.

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.

Comme on l'a vu ci-dessus (art. 6 ch. 6), l'Etat a des responsabilités en matière de qualité et d'économicité des prestations. Ces responsabilités relèvent de la compétence du département conformément à l'article 9 chiffre 5.

Le chiffre 6 nouveau est lié à la simplification de la procédure d'octroi de la garantie de l'Etat. Il attribue au DSAS 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. 6). 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 7, il appartiendra au DSAS de décider de la participation de l'Etat au financement des charges d'infrastructure des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public, dans le respect des moyens alloués par le Grand Conseil dans le cadre du budget.

Ces deux nouvelles compétences octroyées au département nécessiteront le préavis de la Commission thématique de santé publique du Grand Conseil, afin d'asseoir la légitimité démocratique des décisions prises (art. 9 al. 2).

Pour le surplus, les chiffres 8 à 11 énumèrent les nouvelles compétences attribuées au département et qui ont été introduites dans la LPFES essentiellement en raison de la révision de la LAMal.

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.

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 et 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. 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.

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 déduire, 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 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 », mais uniquement dans des situations particulières (engorgement, surcharge momentanée, ...) et pour une période limitée de 6 mois maximum, renouvelable une fois. Une telle délégation sera 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. Cas échéant, si l'hôpital sous-traitant envisage de facturer directement à la charge de l'AOS, il devra être mis au bénéfice d'une reconnaissance d'intérêt public limitée dans le temps (cf. art. 4 al. 4) et inscrit sur la liste LAMal, toujours pour une durée limitée.

Toujours en vertu de cette disposition, si un hôpital entend déléguer une de ses prestations en dehors d'une situation particulière et/ou pour une longue durée, cette délégation ne pourra être effectuée que moyennant une modification de la liste LAMal et des mandats des hôpitaux concernés.

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. 4g 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 aux trois catégories de mandats actuellement reconnues, à savoir la gériatrie, la psychogériatrie et la psychiatrie (al. 1^{er}).

L'alinéa 2 quant à lui 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.

La variante B prévoit l'introduction d'un alinéa 5 nouveau, 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 LFPES 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.

Art. 25i

Reprise dans les dispositions générales de l'actuel article 31.

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.

Dans la variante B, 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 LPMal 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.
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 :

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 10.80 dégage pour l'Etat une marge de manœuvre de l'ordre de 5 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.

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. Le Conseil d'Etat se réserve toutefois la faculté de revenir sur cette option sur la base des résultats de la consultation.

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

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. 26i

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.

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.

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.).

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 renoncer au financement à la prestation et 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. A cette fin, 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).

En ce qui concerne les activités LAMal stationnaires, le budget de l'ensemble des hôpitaux est réparti entre les assureurs-maladie et l'Etat conformément aux règles posées par l'article 28 évoqué plus haut (répartition 45% - 55%). Le département peut sur cette base fixer les tarifs à la charge de l'Etat et de l'AOS (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.

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 26g, 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.

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.

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).

Dans la variante B, comme on l'a vu plus haut (v. art. 4g), les établissements sanitaires, en particulier les hôpitaux devront provisionner les moyens reçus au titre du renouvellement des infrastructures et des 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.

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.

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

Les alinéas 2 et 3 nouveaux consacrent la volonté du Conseil d'Etat de distinguer deux catégories d'OSAD :

- les OSAD qui remplissent les conditions posées par l'alinéa 1^{er} et, cas échéant, par l'article 143f alinéa 3 nouveau et qui peuvent dès lors facturer à la charge de l'AOS conformément à la LAMal ;
- les OSAD qui non seulement remplissent les exigences de l'alinéa 1^{er}, mais qui disposent en outre d'un mandat du département et respectent les conditions posées par la LPFES pour bénéficier de la reconnaissance d'intérêt public et qui peuvent prétendre à l'octroi par le département d'une subvention destinée à couvrir la part du coût des soins non couverte par l'assurance obligatoire.

Les lettres a à c de la fin de l'alinéa 3 précisent la portée du mandat dont il est question.