

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux (LHC)

La commission s'est réunie deux fois.

Membres présents lors de la séance du 16.09.2011 : Mmes Catherine Roulet (présidence), Catherine Aellen (remplaçant de Jean Christophe Schwaab), Christa Calpini, Jacqueline Rostan (remplaçant François Payot). MM. Maximilien Bernhard, Bernard Borel, Michel Desmeules, Félix Glutz (remplaçant Philippe Jobin), Pierre Grandjean, Philippe Martinet, Philippe Modoux, Nicolas Rochat (remplaçant Stéphane Montangero), Claude Schwab (remplaçant Filip Uffer), Philippe Vuillemin, Pierre Zwahlen.

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Prof. Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, M. Oliver Peters, Directeur administratif et financier du CHUV, M. Marc Weber, Chef adjoint du Service de la santé publique.

Discussion générale

Le chef du DSAS donne un aperçu des nouveautés apportées au projet depuis la consultation :

- introduction, conformément au souhait de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), d'une disposition prévoyant la possibilité pour l'Etat de financer les prestations dites d'intérêt général des hôpitaux, en complément des recettes que ces mêmes hôpitaux percevront, à travers les tarifs DRG, au titre du financement des investissements. En effet, au vu des discussions en cours au niveau fédéral, la part des tarifs dévolue au financement des investissements pourrait ne pas s'avérer suffisante ;
- instauration d'un système permettant la différenciation entre investissements laissés à la libre gestion des hôpitaux et les investissements stratégiques faisant l'objet d'un contrôle du Conseil d'Etat et, dans une certaine mesure, du Grand Conseil. Ce système, d'une part, fait la distinction entre les investissements portant sur l'infrastructure immobilière et les investissements portant sur les équipements. D'autre part, ce système prévoit un traitement proportionnel en fonction du volume d'activité des établissements. Ainsi, il est envisagé que les dispositions règlementaires liées au contrôle des investissements soumettent à l'examen du Conseil d'Etat les investissements hospitaliers :
 - portant sur l'infrastructure immobilière et dont le montant, par objet, est supérieur à 2 millions pour les grands hôpitaux, 1 million pour les moyens et 0,5 million pour les petits ;
 - portant sur des appareils et équipements techniques médicaux (fixes ou mobiles) dont le montant dépasse un million par objet.

Les investissements portant sur des appareils et équipements techniques médicaux (fixes ou mobiles) d'un montant supérieur à CHF 100'000.- mais inférieur à un million par objet feraient pour leur part l'objet d'un contrôle du département. La réflexion intègre l'idée que, si l'autonomie des hôpitaux privés subventionnés s'accroît en matière de gestion des investissements, il convient d'en faire de même pour le CHUV par l'inscription, dans la loi sur les Hospices cantonaux, d'une marge de liberté fixée à 8 millions par objet pour les rénovations et transformations d'immeubles, ceci compte tenu de la taille de l'institution, et dans le cadre l'enveloppe budgétaire globale allouée par l'Etat au CHUV.

A la question de savoir si le dispositif prévu permet véritablement d'empêcher d'éventuels suréquipements, le chef du DSAS rétorque que le surcroît d'autonomie accordé (en réponse à l'appel appuyé en ce sens) implique nécessairement un abaissement de la surveillance. La baisse de contrôle consentie permet toutefois, selon le chef du DSAS, d'éviter des excès en matière d'équipement. Il reste que, maintenant déjà, il est possible pour un hôpital de procéder, grâce à ses fonds propres, à des investissements peu raisonnables (cf. la problématique des positions tarifaires parfois trop généreuses, poussant certains établissements à effectuer des investissements guère justifiés du point de vue de l'offre sanitaire mais hautement rémunérateurs).

Lecture de l'exposé des motifs

1 – Introduction générale

Le projet de modification de plus grande ampleur de la LPFES que le Conseil d'Etat entend éventuellement soumettre ultérieurement au Grand Conseil vise à tenir compte des différentes positions exprimées au moment des débats ayant finalement aboutis au refus d'entrer en matière sur le premier projet de modification de la LPFES lié la mise en œuvre des révisions de la LAMal, et exprimées à l'occasion des discussions tenues à tous les niveaux depuis lors. Selon le chef du DSAS, ce projet pourrait consister en une révision complète de la LPFES entérinant le fait qu'hôpitaux reconnus d'intérêt public et hôpitaux constitués en entreprises commerciales peuvent figurer sur la liste LAMal cantonale et obtenir, à ce titre, les subventions de l'Etat, les tâches de service public déficitaires effectuées donnant toutefois lieu à un dédommagement particulier. Ce subside spécifique pourrait être financé à travers une redevance perçue auprès de chaque établissement sur les activités rentables qu'il réalise. Il reste qu'un consensus devra être trouvé quant à l'instauration d'un tel dispositif, et qu'une éventuelle révision en profondeur de la LPFES ne pourra dès lors intervenir qu'en 2013 ou en 2014 au plus tôt.

Compte tenu de ce qui précède, de l'incertitude entourant pour l'instant l'interprétation des dispositions de la LAMal, des recours pendants ou à venir et de la possibilité pour les cantons d'attendre 2015 pour se conformer aux nouvelles règles relatives à la planification et à la liste LAMal, plusieurs commissaires énoncent leur gêne à entrer en matière sur le projet qui leur est présentement soumis. Le chef du DSAS affirme alors que :

- les éléments contestés du dossier ne concernent pas le projet présenté ici, le Centre patronal et le groupe Hirslanden souhaitant en fait l'abrogation de la LPFES ;
- le présent projet (comme celui qui a été refusé par le Grand Conseil en janvier 2011) représente un gain d'autonomie pour les établissements hospitaliers dans la gestion de leurs investissements. Aussi il apparaît tout à fait inapproprié de refuser une amélioration saluée par tous les établissements sous prétexte d'une opposition fondamentale de certains à la LPFES. Ceux qui désirent la suppression de la LPFES seraient dès lors mieux inspirés de trouver des relais au Grand Conseil en vue du dépôt d'une motion ou d'une initiative parlementaire allant clairement dans ce sens ;
- la législation cantonale actuelle (l'Etat finance la totalité des investissements hospitaliers d'intérêt public) se trouve en contradiction avec le nouveau mode de financement hospitalier

introduit par la LAMal (l'Etat finance le 55% des coûts via les tarifs), ce qui implique une adaptation d'ordre juridique ;

- le débat s'est apaisé depuis janvier 2011 : la possibilité de souscrire à un régime conventionné (donc hors liste LAMal cantonale) s'avère désormais envisagée par les cliniques privées avec plus de confiance ; le groupe Hirslanden indique avoir déposé un recours dans le but de préserver ses droits tout en s'annonçant prêt à un compromis ;
- une liste LAMal cantonale non révisée et incluant toutes les cliniques privées signifierait des charges supplémentaires pour l'Etat allant jusqu'à 70 millions. En cas de stagnation des comptes du Canton, des coupes budgétaires devraient alors être effectuées aux dépens des hôpitaux de zone et du CHUV. A noter par ailleurs que l'appel pour inscription sur la liste LAMal s'est effectué selon une procédure transparente et équitable. Faute de respect des critères établis, le groupe Hirslanden s'est vu refuser le mandat d'hôpital régional de base alors qu'il aurait pu briguer d'autres types de mandat plus à sa portée. Si le besoin s'en fait sentir, une révision de la liste LAMal cantonale 2012 reste toutefois possible à fin 2011.

Une commissaire insiste sur l'importance pour les patients à pouvoir être opéré et suivi par leur médecin traitant quel que soit le statut de l'hôpital dans lequel ce dernier exerce. Le chef du DSAS et le directeur général du CHUV indiquent que des arrangements existent à ce sujet. En outre, suite à une question de la même commissaire, le chef du DSAS précise que les maisons de naissance peuvent être inscrites dans la liste LAMal cantonale mais que les positions tarifaires les concernant sont insuffisantes et ne leur permettent pas de survivre. Une piste pourrait consister dans le rapprochement des maisons de naissance avec l'hôpital (forme de sous-traitance réalisée pour les hôpitaux par les maisons de naissance).

Après discussion, la commission décide d'auditionner à nouveau, lors de la séance du 29 septembre 2011, un représentant du Centre patronal/Association vaudoise des cliniques privées ainsi qu'un représentant de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), afin de connaître leur avis sur le dossier et saisir d'éventuelles modifications de leur position depuis leur dernier passage devant la commission.

Membres présents lors de la séance du 29.09.2011 : Mmes Catherine Roulet (présidence), Verena Berseth Hadedg (remplaçant Bernard Borel), Christa Calpini, Jacqueline Rostan (remplaçant François Payot). MM. Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Jacques-André Haury (remplaçant Maximilien Bernhard), Philippe Jobin, Philippe Martinet, Philippe Modoux, Stéphane Montangero, Nicolas Rochat (remplaçant Pierre Zwahlen), Jean Christophe Schwaab, Filip Uffer, Philippe Vuillemin.

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Prof. Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, M. Marc Weber, Chef adjoint du Service de la santé publique.

Participent également à la séance : M. Pierre-Antoine Hildbrand, Secrétaire général de l'Association des cliniques privées (Vaud Cliniques), M. Robert Meier, Secrétaire général de la FHV, Mme Patricia Albisetti, Secrétaire générale de la FHV dès le 01.10.2011.

Audition conjointe de la FHV et de Vaud Cliniques

Le secrétaire général de la FHV exprime le soutien total de la FHV au projet présenté, pour les raisons suivantes :

- la nécessité d'adapter le dispositif existant en matière d'investissement des hôpitaux au nouveau système introduit par la LAMal dès 2012 (financement des investissements via les tarifs DRG) ;
- le juste équilibre réalisé entre la large autonomie souhaitée par les hôpitaux de la FHV en matière de gestion des investissements et l'indispensable contrôle étatique des investissements dits stratégiques (investissements pouvant modifier la localisation, la dimension ou la nature de l'offre hospitalière) ;
- l'importance pour les hôpitaux de la FHV de disposer rapidement d'un cadre clair et adéquat pour 2012 en matière d'investissements.

Le secrétaire général de Vaud Cliniques rappelle d'abord le fait que le volet « financement des soins de longue durée » de la LPFES, volet accepté par le Grand Conseil, se trouve contesté en justice et que la liste LAMal cantonale établie pour 2012 donne de même lieu à recours. Il critique ensuite, concernant le projet proposé :

- la reprise de la notion pourtant contestée de reconnaissance d'intérêt public ;
- les « plans quinquennaux » que les établissements figurant sur la liste LAMal seront contraints de présenter ;
- l'absence, engendrant une insécurité du droit, de montants précis (excepté pour le CHUV) à partir desquels les investissements sont considérés comme stratégiques et nécessitent en conséquence un contrôle étatique ;
- le fait qu'un seul prestataire de services informatiques soit agréé par le département.

En conclusion et compte tenu de l'annonce d'une future révision plus en profondeur de la LPFES, le secrétaire général de Vaud Cliniques juge inopportun tout empressement concernant le dossier.

A la question cruciale de la compatibilité de la LPFES avec la nouvelle LAMal, le secrétaire général de la FHV répond que la révision de la LAMal a été acceptée par le Parlement fédéral et doit donc s'appliquer, et que l'entrée en vigueur de cette révision implique une adaptation de la LPFES, du moins pour les investissements des hôpitaux. Aux dires du secrétaire de la FHV, le travail d'adaptation, nécessaire pour disposer dès 2012 d'un cadre clair en matière d'investissements, fut fort discuté mais a abouti à un consensus satisfaisant. De son côté, le secrétaire général de Vaud Cliniques rétorque que la question de l'adéquation de la LPFES par rapport à la nouvelle LAMal, adéquation que Vaud Cliniques et d'autres contestent, sera *in fine* tranchée par les tribunaux. Il se dit en outre certain que, si d'aventure l'adaptation proposée de la LPFES n'intervenait pas pour le début 2012, l'argent à disposition des hôpitaux pour leurs investissements ne serait pas dilapidé.

Le chef du DSAS souligne la divergence entre le Conseil d'Etat et le Centre patronal/Vaud Cliniques quant à la compatibilité de la LPFES, de la philosophie de cette loi et en particulier de la notion de reconnaissance d'intérêt public, avec la nouvelle LAMal. Selon le chef du DSAS, deux options s'offrent dès lors aux opposants à la LPFES :

- 1) faire recours contre la liste LAMal établie, ceci dans l'espoir que les juges décrètent une nécessaire refonte du cadre régissant l'organisation hospitalière du canton ;
- 2) ou déposer au Grand Conseil une motion demandant le changement complet de ladite organisation hospitalière ou encore déposer une initiative parlementaire allant dans ce sens.

Mais, au vu du succès du système hospitalier vaudois (coût annuel du secteur stationnaire par assuré vaudois inférieur à la moyenne suisse), le Conseil d'Etat, lui, se refuse à tout chambouler et ne propose en conséquence qu'une simple adaptation de la LPFES. En effet, indépendamment du débat

de fond, le système actuel de financement des investissements hospitaliers (l'Etat finance la totalité des investissements hospitaliers d'intérêt public) se révèle clairement incompatible avec la nouvelle LAMal (l'Etat finance le 55% des coûts via les tarifs). Aussi, et dans la seule optique de procéder à l'adaptation nécessaire, le Conseil d'Etat invite à entrer en matière sur le projet proposé et se dit prêt à négocier, cas échéant, la marge d'autonomie des hôpitaux en matière d'investissements, sachant que tout surcroît d'indépendance signifie en corollaire une perte de contrôle du gouvernement et du Grand Conseil.

Concernant les recours formés contre la liste LAMal établie, le chef du DSAS indique que le Conseil d'Etat se dit d'accord de revoir ladite liste, pour autant que la couverture des besoins l'exige et que la stabilité juridique du dispositif soit établie (retrait des recours déposés).

S'agissant des limites à partir desquelles le contrôle étatique des investissements doit s'effectuer, le chef du DSAS rappelle la logique mise en œuvre dans le projet : pour les investissements portant sur l'infrastructure immobilière, fixation d'un étalon (8 millions) pour le plus gros hôpital du canton (le CHUV) puis, à partir de cette base, pour les autres hôpitaux, chiffrage par établissement en fonction de leur volume d'activité. En ce qui concerne les investissements portant sur les appareils techniques médicaux, la limite est fixée à 1 million au-delà de laquelle s'exerce le contrôle du Conseil d'Etat (CHF 500'000.- pour le CHUV, pas de changement) et la barre à CHF 100'000.- au-delà de laquelle s'exerce, pour les hôpitaux reconnus d'intérêt public, la seule surveillance du département. Pour le chef du DSAS, il apparaît plus pertinent d'introduire le raisonnement général dans la loi pour réserver l'échelonnage fin au règlement d'application. Toutefois, si le Grand Conseil estime indiqué, pour des raisons de sûreté du droit ou de simplification des procédures, de fixer dans la loi les différents montants considérés, le chef du DSAS s'y dit prêt. Le secrétaire général de Vaud Cliniques parle, en la matière, d'une distorsion en faveur du CHUV, du fait que l'Etat à la fois fixe le cadre réglementaire pour tous concernant les investissements et possède le CHUV. Le secrétaire de la FHV insiste quant à lui sur le surplus d'autonomie que confère le projet par rapport à la situation actuelle. Pour lui, que cette autonomie soit encore revue à la hausse ne poserait pas de problème particulier. Refuser le projet reviendrait quoi qu'il en soit à renoncer à un assouplissement du cadre existant, la modification proposée de la LPFES ne portant que sur l'aspect des investissements et pas sur la question fondamentale de l'adéquation de la LPFES à la nouvelle LAMal.

Au terme de l'audition, il apparaît en conclusion :

- 1) une acceptation sans réserve du projet par la FHV ;
- 2) un désaccord de fond de Vaud Cliniques sur l'architecture du système (remise en cause fondamentale d'un dispositif basé sur la reconnaissance d'intérêt public) ;
- 3) mais une préférence de Vaud Clinique pour le projet proposé par rapport au statu quo, vu que ledit projet représente un gain d'autonomie pour les établissements hospitaliers en matière d'investissements et qu'il consacre clairement un financement étatique (hors tarifs DRG) des prestations d'intérêt général des hôpitaux (cf. article 6 du projet de modification de la LPFES).

Délibérations

Mis à part un débat sur les vices et vertus du refus du Grand Conseil d'entrer en matière sur le premier projet de modification de la LPFES et du temps que la Commission thématique de la santé publique prend à examiner un deuxième projet proche de la solution initialement envisagée, la suite de la lecture de l'exposé des motifs n'est pas demandée.

Lecture du projet de loi modifiant la LPFES

Article 4 – Reconnaissance d'intérêt public

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

Article 4h – Contrôle des investissements

Le principe de proportionnalité, en fonction du volume d'activité des établissements, en matière de contrôle des investissements ne s'applique qu'aux investissements portant sur l'infrastructure immobilière et non pas aux investissements portant sur l'achat d'équipement, le coût d'un appareil (fixe ou mobile) étant le même quelle que soit la taille de l'hôpital.

Concernant les investissements relatifs à l'infrastructure immobilière, le règlement d'application prévoit de soumettre au Conseil d'Etat, conformément au principe de proportionnalité, les investissements dont le montant, par objet, dépasse 2 millions pour les grands hôpitaux, 1 million pour les moyens et 0,5 million pour les petites. Par grands hôpitaux, il faut comprendre des établissements comme ceux d'Yverdon, de la Riviera, de Morges ou de Nyon, par hôpital moyen un établissement comme celui de Payerne et par petits hôpitaux des établissements comme ceux de Château-d'Oex ou de Sainte-Croix. Les critères de catégorisation, encore à améliorer, se basent en particulier sur le volume des facturations DRG établies par les hôpitaux.

Le contrôle des investissements mis en place ne concerne que les investissements financés par les tarifs DRG ou par des subventions étatiques spécifiques (investissements consentis dans le cadre de la LAMal) et pas les investissements financés par les fonds propres des hôpitaux privés par exemple. Une surveillance de l'utilisation des fonds privés nécessiterait l'introduction d'une véritable clause du besoin qui dépasse la portée de l'article. Jusqu'à fin 2011, le droit fédéral donne la possibilité aux cantons de limiter l'admission des nouveaux médecins spécialistes, y compris des médecins exerçant à titre dépendant dans les hôpitaux et cliniques, ce qui a permis un contrôle général indirect des investissements en équipements (l'utilisation d'un appareillage nécessitant généralement la supervision d'un praticien). Passé cette date, il n'y a pas de base légale permettant la limitation de l'offre ambulatoire ou hors du cadre de la LAMal.

Après discussion, la commission estime que l'article s'avère suffisamment clair et complet, et notamment que le libellé de l'alinéa 2 montre bien que le contrôle des investissements mis en œuvre vise à éviter les surcapacités (équipements répondant à une logique de rentabilité économique plutôt qu'à un besoin en termes de santé publique). Il est toutefois entendu que **l'évaluation des besoins et de l'offre qui y répond doit s'effectuer selon une vision globale** au niveau régional/cantonal et pas uniquement en fonction du volume d'activité des hôpitaux pris un à un. Les programmes pluriannuels des investissements que les hôpitaux soumettront tous les 5 ans au Conseil d'Etat et au Grand Conseil devraient permettre cette vision consolidée.

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

Article 6 – Répartition des compétences

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

Article 7 – Le Grand Conseil

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

Article 8 – Le Conseil d'Etat

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

Article 25 – Principes

L'alinéa 5 se montre indispensable dans la mesure où il permet d'éviter, en cas de cessation d'activité d'un établissement sanitaire exploité en la forme commerciale et inscrit sur la liste LAMal, que le fonds de rénovation lourde (financé au travers des tarifs DRG à 55% par l'Etat et à 45% par l'assurance obligatoire de soins) soit entièrement distribué aux propriétaires de l'établissement. En effet, une telle distribution empêcherait la création d'une offre, pourtant déjà pré-financée, comblant le manque occasionné par l'établissement qui cesse son activité.

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

Article 26 – Investissement des EMS

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

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

Le nouveau système de financement des investissements hospitaliers (financement au travers des tarifs DRG à la place du financement étatique direct et des investissements périodiques notamment) implique que, les premières années de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif, les fonds de rénovation que les établissements devront constituer risquent de se révéler dangereusement vides. Pour pallier cet écueil, les établissements qui devront procéder à des investissements tout de suite pourront demander une garantie de l'Etat, emprunter auprès d'une banque grâce à la garantie obtenue et assumer le paiement des intérêts et de l'amortissement de la dette avec les recettes encaissées, à travers les tarifs DRG, au titre du financement des investissements. Les établissements bénéficieront aussi de la possibilité, si leurs demandes s'avèrent justifiées, de passer par le truchement du financement étatique complémentaire (assumé à 100% par l'Etat) des prestations dites d'intérêt général. Ce subventionnement additionnel devra intervenir selon des critères empêchant toute distorsion de la concurrence.

A l'unanimité, la commission accepte l'abrogation de l'article.

Article 32f – Obligation de restitution et révocation

L'alinéa 1bis ne vise que les montants accumulés grâce aux versements de l'Etat et de l'assurance obligatoire des soins, et pas les sommes relevant des fonds propres des établissements.

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

A l'unanimité, la commission recommande au Grand Conseil d'entrer en matière sur le projet de loi.

Lecture du projet de loi modifiant la LHC

Article 14 – Immobilisations

Le directeur général du CHUV récapitule brièvement la teneur du projet : pas de changement dans le système actuel d'octroi des crédits relatifs aux constructions nouvelles du CHUV ; élévation, de 1 million à 8 millions par objet, des investissements en matière de rénovation/transformation qui relèvent de la seule compétence du CHUV. Ce rehaussement vise, compte tenu des besoins actuels du CHUV et de ses multiples projets de mise à niveau et de réaménagement, à accélérer une procédure lourde et lente.

A la question de savoir si la limite de 8 millions ne s'avère pas, à terme, trop basse, le directeur général du CHUV indique qu'une autonomie jusqu'à 10 millions avait été initialement demandée, le Conseil d'Etat optant finalement pour une barre fixée à 8 millions.

Le chef du DSAS retrace les éléments à l'origine de toute la démarche :

- 1) usage par le CHUV, à un moment donné, de son fonds d'entretien pour réaliser des projets de rénovation et de transformation dépassant le simple entretien, la limite de 1 million évoquée précédemment se révélant dans les faits intenable ;
- 2) critique, voir interdiction par le Contrôle cantonal des finances (CCF), de cette pratique dans la mesure où elle participe d'un défaut de contrôle démocratique des investissements consentis de rénovation et/ou de transformation ;
- 3) multiplication consécutive des demandes de crédits adressées au Grand Conseil au risque d'engorger et de ralentir le processus décisionnel. D'où le projet d'accroître l'autonomie du CHUV en matière d'investissements de rénovation et de transformation.

Au demeurant, le chef du DSAS précise que le Comité d'audit du CHUV (dans lequel siège, entre autres, le CCF) veille au respect de la définition de la notion d'objet, ceci afin d'empêcher tout saucissonnage intempestif des objets qui viserait à éviter le contrôle politique des investissements consentis. Le directeur général du CHUV ajoute qu'il est de plus prévu que le CHUV informe chaque année le Conseil d'Etat, la Commission de gestion et la Commission des finances du Grand Conseil sur les investissements de rénovation et de transformation entre 1 et 8 millions décidés et effectués au cours de l'année écoulée, ainsi que sur les investissements envisagés au cours des 5 prochaines années.

A noter que les investissements du CHUV sont gérés à l'instar de tout investissement effectué par l'Etat au bénéfice de ses départements et services : allocation au DSAS d'une tranche annuelle du budget d'investissement de l'Etat, tranche dans laquelle sont prélevés les montants nécessaires au CHUV. En conséquence, les recettes que le CHUV encaissera, à travers les tarifs DRG, au titre du financement des investissements seront reversées au Service d'analyse et de gestion financières (SAGEFI) en compensation des dépenses d'amortissement et d'intérêt consenties en faveur du CHUV.

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

Et c'est à l'unanimité que la commission recommande au Grand Conseil d'entrer en matière sur le projet de loi.

Le Mont, le 30 octobre 2011

La présidente :
(signé) *Catherine Roulet*