Entrée en vigueur dès le 01.01.2026 (Actuelle)

Document généré le : 10.03.2026

LOI 810.01
sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES)

du 5 décembre 1978

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Objet et but de la loi [6]

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

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

Art. 2 Etablissement sanitaire [2, 4]

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

[2] ...

[A] *Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (BLV 800.01)*

Art. 2a ... [6, 13]

Art. 3 Catégories d'établissements sanitaires [6, 14, 21]

[1] Les établissements sanitaires se divisent en quatre catégories :

1. les établissements sanitaires cantonaux exploités directement par l'Etat;

6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
2 Modifié par la loi du 11.09.1989 entrée en vigueur le 01.12.1989
4 Modifié par la loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
13 Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
14 Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
21 Modifié par la loi du 03.06.2025 entrée en vigueur le 01.09.2025

2. les établissements sanitaires constitués en institutions de droit public;

3. les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public;

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

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

[3] Les établissements sanitaires nommés sous chiffre 4 ne bénéficient pas de subventions de l'Etat et ne sont pas soumis à la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 9, alinéa 1, chiffre 6, alinéas 2, lettres a à g et alinéa 3, 22, alinéa 1, chiffres 8 et 9, 23a, 25, alinéa 1, 26g et 32b.

Art. 3a Types d'établissements [4, 6, 14, 18]

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

a. Hôpitaux

- Les hôpitaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits des types A, B et C, avec ou sans caractère universitaire. Les règlements relevant de la planification cantonale des établissements sanitaires (ci-après : la planification cantonale, art.18ss) précisent leurs missions.

b. Etablissements médico -sociaux (EMS)

- Les établissements médico-sociaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de type C. Ils sont également des lieux de vie où les résidents peuvent maintenir ou développer une vie sociale satisfaisante.

- Les établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM) sont une catégorie particulière d'EMS accueillant une population adulte souffrant de manière prépondérante de troubles psychiques.

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

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

- Dans la mesure où ils exploitent des divisions de lits de type C (divisions C), les hôpitaux sont, pour ces divisions, assimilés à des EMS au sens de la présente loi.

[2] Les établissements sanitaires peuvent s'organiser entre eux sur une base volontaire sous la forme d'établissements de soins intégrés pour assumer plusieurs des missions définies dans l'alinéa premier.

---

[4] Modifié par la loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[14] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[18] Modifié par la loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

Art. 3b Types de lits [4]

[1] Les types de lits sont les suivants :

- Type A
  - Lits destinés à des personnes atteintes d'affections aiguës nécessitant la mise en oeuvre de mesures médicales continues et intensives. Les moyens d'investigation, d'intervention et de traitement qui en découlent sont importants en termes d'équipement et de personnel.
  - Le séjour est en règle générale de courte durée.
- Type B
  - Lits destinés à des personnes atteintes d'affections aiguës ou non stabilisées, nécessitant la mise en oeuvre de traitements médicaux, de mesures de réadaptation ou de soins palliatifs. Les moyens d'investigation et de traitement qui en découlent sont moins importants en termes d'équipement et de personnel que pour les lits A.
  - Le séjour est en règle générale de moyenne durée.
- Type C
  - Lits destinés à des personnes atteintes d'affections chroniques nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte de leur autonomie et, dans la mesure du possible, à la maintenir, voire à la récupérer.
  - Le séjour peut être de courte ou de longue durée.
  - Les établissements médico-sociaux doivent assurer la qualité de la vie quotidienne aux pensionnaires hébergés pour une longue durée.

Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public [4, 6, 9, 13, 14, 15, 18]

[1] Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit remplir cumulativement les conditions suivantes :

a. être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [B] ;

b. accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation, tout malade que son équipement et sa mission lui permettent de soigner ;

c. se soumettre à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement, notamment à leurs exigences en matière de restructuration de l'offre hospitalière et d'hébergement, et de qualité ;

---

4 Modifié par la loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
9 Modifié par la loi du 16.12.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
13 Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
14 Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
15 Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
18 Modifié par la loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

d. recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour la gestion de son système d'information;

e. appliquer les dispositions d'une convention collective de travail de force obligatoire existante ou à défaut les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail selon l'article 4b ;

f. ...

g. se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution du bénéfice selon l'article 4d ;

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

[1bis] S'il s'agit d'un EMS, il doit en outre remplir les conditions suivantes :

a. se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations de soins et socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat ; les prestations socio-hôtelières sont fixées dans le standard officiel établi par le Conseil d'Etat, après consultation des associations faîtières, et qui constitue la base du tarif journalier ;

b. appliquer un contrat d'hébergement établi conformément à l'article 4e ;

c. respecter les dispositions édictées par le Conseil d'Etat {B}, après consultation des associations faîtières, sur les catégories et les prix maximaux de prestations supplémentaires à usage personnel non comprises dans le standard des prestations socio-hôtelières ;

d. créer une structure juridique indépendante pour la fourniture de prestations non couvertes par la présente loi conformément à l'article 4f ;

e. se soumettre aux dispositions prévues par l'article 4g en matière de sous-traitance d'activité ;

f. en outre, pour les EPSM, se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations socio-éducatives ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat. Les outils d'évaluation des prestations socio-éducatives requises et les prestations standard à offrir en la matière sont définis par le Conseil d'Etat.

[1ter] S'il s'agit d'un hôpital, il doit, outre les conditions posées par l'alinéa 1, se soumettre au contrôle de l'Etat sur ses investissements, ainsi qu'aux dispositions édictées en la matière par le Conseil d'Etat conformément à l'article 4h.

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

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

[4] La reconnaissance peut être accordée pour une durée limitée et assortie de conditions ou de charges. La liste des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public est à disposition des tiers intéressés.

[5] ...

[6] Le Conseil d'Etat peut, par règlement, adapter les conditions posées par la lettre d) de l'alinéa premier en ce qui concerne les EMS reconnus d'intérêt public et pour les hôpitaux rattachés à une institution qui consacre une proportion significative de son activité à la prise en charge de cas relevant de l'assurance invalidité.

[7] Pour ces établissements, le Conseil d'Etat peut limiter, voire supprimer la participation financière de l'Etat à la prise en charge des coûts de leurs investissements informatiques.

[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

Art. 4a … [6]

Art. 4b Conditions d'engagement et de travail

[1] En l'absence de conventions collectives de travail de force obligatoire, le Conseil d'Etat peut poser des exigences en matière de conditions d'engagement et de travail pour l'ensemble du personnel travaillant dans les établissements sanitaires d'intérêt public.

[2] Dans tous les cas, après consultation des associations faîtières, il fixe un barème de rémunération pour les fonctions directoriales et administratives de ces établissements, qui tient compte de leurs spécificités, en particulier de leur taille, de leurs missions et des responsabilités dévolues à ces fonctions.

Art. 4c Achat de biens et de services

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

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

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

[4] La législation sur les marchés publics [C] est réservée.

[C] Voir la section BLV 726

Art. 4d Distribution du bénéfice

[1] Le Conseil d'Etat peut poser des limites à la distribution du bénéfice réalisé par les établissements sanitaires d'intérêt public. Ces limites garantissent un rendement suffisant des fonds propres investis et tiennent compte, notamment, des montants perçus, cas échéant, au titre de la rémunération d'une fonction au sein de l'établissement concerné.

Art. 4e Contrat d'hébergement

[1] Les EMS reconnus d'intérêt public doivent appliquer un contrat d'hébergement, qui énonce les droits et obligations des établissements comme ceux des résidents et de leurs proches ou de leurs représentants.

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

---

6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998

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

[D] Voir contrat-type d'hébergement (FAO 27.03.2018)

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

[1] Si un EMS reconnu d'intérêt public entend développer une activité commerciale visant à fournir des prestations non couvertes par la présente loi à des bénéficiaires autres que ses résidents et que celle-ci lui fait encourir des risques économiques, ou génère des profits ne lui revenant pas intégralement, il doit créer à cet effet une structure juridique indépendante.

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

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

Art. 4g Sous-traitance [14]

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

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

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

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

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

Art. 4h Contrôle des investissements [15]

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

---

[14] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[15] Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012

[2] Pour contribuer à assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses, les décisions d'investissement structurel ou en grands appareils qui ont un effet sur la localisation, la dimension et la nature de l'offre hospitalière, sont soumises au contrôle du Conseil d'Etat. Celui-ci fixe les critères qui déterminent les investissements concernés. Ces critères tiennent notamment compte du volume d'activité des hôpitaux et sont différenciés selon que l'investissement porte sur l'achat d'équipements ou sur l'infrastructure immobilière.

[3] Sous réserve d'un accord partenarial conclu entre le département et les hôpitaux, le contrôle du Conseil d'Etat sur ces investissements s'exerce selon les modalités suivantes :

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

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

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

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

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

Art. 5 Les partenaires de l'Etat [6]

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

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

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

---

[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998

Art. 6 Répartition des compétences : [6, 12, 13, 15]

a) Etat

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

a. il participe au financement des charges d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi, à ses dispositions d'application et aux dispositions fédérales applicables. Cette participation s'étend au financement des prestations d'intérêt général des hopitaux ;

b. ...

c. ...

d. il définit les modalités de sa participation financière aux établissements sanitaires d'intérêt public ;

e. il passe des contrats de prestations avec les établissements sanitaires d'intérêt public, qui définissent les objectifs à atteindre par ceux-ci et qui servent de base au calcul de sa participation financière ;

f. il garantit la fourniture d'une information suffisante à la population ;

g. il établit la planification cantonale sous la forme de règlements d'application de la présente loi et promulgue les listes des hôpitaux et des EMS, conformément à l'article 39 LAMal.

[2] ...

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

Art. 6a b) Etablissements sanitaires d'intérêt public [6, 13]

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

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

[3] La loi sur les Hospices cantonaux [E] est réservée.

[E] Loi du 16.11.1993 sur les Hospices cantonaux (BLV 810.11)

Art. 6b Informations statistiques [6, 13]

[1] Tous les établissements sanitaires définis à l'article 3 doivent fournir au département les informations statistiques nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton, à l'information de la population et à la négociation et au contrôle des contrats de prestations.

---

6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
12 Modifié par la loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
13 Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
15 Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012

Chapitre II Autorités et commissions: compétences

Art. 7 Le Grand Conseil [5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 22]

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

a. en accordant, par voie de décret, les crédits d'ouvrage ou la garantie de l'Etat pour les investissements des établissements sanitaires cantonaux et des établissements sanitaires constitués en institution de droit public, dans les limites prévues par les dispositions légales régissant ces établissements ;

b. en déterminant chaque année, par voie de décret, le montant maximum des garanties que le Conseil d'Etat peut octroyer au nom de l'Etat pour les emprunts contractés par des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public afin de financer leurs investissements, le total des engagements de l'Etat sous cette forme ne pouvant dépasser 1 milliard et 350 millions de francs pour les EMS, et 540 millions de francs pour les hôpitaux.

c. ...

d. en accordant, par la voie du budget ordinaire, les moyens destinés à financer la participation de l'Etat aux dépenses d'exploitation et d'investissement des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi et aux dispositions fédérales applicables, cette participation s'étendant au financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux ;

e. ...

f. ...

g. ...

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

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

---

[5] Modifié par la loi du 23.09.1997 entrée en vigueur le 21.11.1997
[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[7] Modifié par la loi du 17.12.2002 entrée en vigueur le 01.01.2003
[9] Modifié par la loi du 16.12.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[12] Modifié par la loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[13] Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[14] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[15] Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[17] Modifié par la loi du 08.12.2015 entrée en vigueur le 01.01.2016
[20] Modifié par la loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.01.2019
[22] Modifié par la loi du 17.12.2025 entrée en vigueur le 01.01.2026

Art. 8 Le Conseil d'Etat [5, 6, 12, 13, 14, 15, 16]

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

a. édicte les règlements d'application de la présente loi, après consultation des partenaires, de la Faculté de médecine et des communes intéressées ;

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

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

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

e. ...

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

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

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

[2] Les décisions relevant de l'alinéa 1, chiffres c et d sont prises par le Conseil d'Etat sur préavis de la Commission thématique du Grand Conseil en charge de la santé publique. La Commission des finances est régulièrement informée par le département des projets soumis à la Commission thématique du Grand Conseil en charge de la santé publique.

Art. 9 Le département [6, 13, 21]

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

1. assure l'exécution de la présente loi et des règlements d'application qui en découlent et veille au respect de ces derniers, en particulier de ceux relevant de la planification cantonale et du financement ; il peut, à cet effet, ordonner des expertises financières des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ;

2. exploite les établissements sanitaires cantonaux ;

---

5 Modifié par la loi du 23.09.1997 entrée en vigueur le 21.11.1997
6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
12 Modifié par la loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
13 Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
14 Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
15 Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
16 Modifié par la loi du 11.12.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
21 Modifié par la loi du 03.06.2025 entrée en vigueur le 01.09.2025

3. répartit le budget global entre les hôpitaux d'intérêt public ;

4. passe les contrats de prestations avec les établissements sanitaires d'intérêt public ;

5. prend les dispositions nécessaires pour assurer l'information de la population.

6. décide, en cas de besoins avérés, de l'opportunité de conclure des conventions d'hébergement d'une durée limitée avec des exploitants d'EMS non reconnus d'intérêt public.

[2] Les conventions conclues sur la base du chiffre 6 de l'alinéa 1 se fondent sur un modèle ratifié par le Conseil d'Etat, qui porte notamment sur :

a. l'obligation d'admission;

b. les exigences en matière de qualité et de sécurité ;

c. le contrôle des prestations fournies ;

d. le coût des prestations ;

e. les conséquences en cas de violation des conditions fixées par la convention et le règlement des litiges ;

f. les conditions d'engagement et de travail, par analogie à l'article 4b, alinéa 1er de la loi ;

g. l'obligation d'appliquer un contrat d'hébergement qui énonce les droits et obligations des établissements comme ceux des résidents et de leurs proches ou de leurs représentants, par analogie à l'article 4e, alinéa 1er de la loi ;

[3] Les conventions conclues sur la base du chiffre 6 de l'alinéa 1 ne prévoient pas de participation ou de garantie de l'Etat, concernant les charges d'investissement ou de location immobilières des EMS signataires.

Art. 10 Commission cantonale de politique sanitaire [6]

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

[F] *Loi du 11.02.1970 sur l'organisation du Conseil d'Etat (BLV 172.115)*

Art. 11 Procédure de nomination [6, 11]

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

---

6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
11 Modifié par la loi du 21.03.2006 entrée en vigueur le 01.07.2006

Art. 12 Composition [6, 13, 18]

[1] La Commission de politique sanitaire comprend :

- le chef du département, président ;
- le secrétaire général du département, vice-président ;
- le médecin cantonal ;
- le chef du Service de la santé publique ;
- le chef du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation ;
- un représentant supplémentaire de l'Etat, issu du département chargé de l'action sociale si celui-ci est distinct du département de la santé ;
- un représentant du Service des hospices cantonaux ;
- un représentant et un suppléant de la SVM ;
- un représentant et un suppléant de la FVAM ;

un représentant et un suppléant de la GHRV ;

- un représentant et un suppléant de l'AVDEMS ;
- un représentant et un suppléant de l'OMSV ;
- un représentant et un suppléant de l'AVCP ;
- un représentant et un suppléant de l'ASI-VD ;
- un représentant de la Commission cantonale de mesures sanitaires d'urgence (CMSU) ;
- un représentant et un suppléant des associations de travailleurs ;
- un ou plusieurs représentants d'associations de consommateurs ou de patients désignés par le département au titre de l'article 5 ;
- un ou deux membres choisis en dehors des milieux de la santé publique ;
- un représentant et un suppléant de l'instance de coordination des réseaux de soins.

[1bis] Le Conseil d'Etat peut compléter la liste par d'autres représentants des milieux intéressés en matière de politique sanitaire.

[2] ...

[3] ...

---

[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[18] Modifié par la loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

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

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

Art. 13 Rôle de la commission de politique sanitaire [6]

[1] La Commission de politique sanitaire :

1. collabore à l'élaboration de la politique de l'Etat en ce qui concerne les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins et, à la demande du département, à l'organisation sanitaire cantonale, sous réserve des attributions du Conseil de santé;

2. préavise sur les projets de lois et règlements qui concernent la planification et le financement des investissements des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins;

3. propose au département et, le cas échéant, au département dont relève l'action sociale, des directives concernant la construction et l'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins.

[2] ...

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

Art. 14 ... [1]

Art. 15 ... [1]

Art. 16 ... [1]

Art. 17 ... [1]

Chapitre III Planification

Art. 18 But [6]

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

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

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

---

[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[1] Modifié par la loi du 17.11.1986 entrée en vigueur le 20.01.1987

Art. 19 … [6]

Art. 20 … [6]

Art. 21 … [2, 6]

Art. 22 Portée [6]

[1] Les règlements constituant la planification cantonale portent notamment sur :

1. la carte des zones et des secteurs sanitaires et l'implantation des établissements sanitaires d'intérêt public ;
2. les différentes missions des établissements sanitaires d'intérêt public, compte tenu notamment de leur appartenance à un réseau de soins ;
3. ...
4. les instructions relatives à l'information statistique nécessaire à la définition de la politique sanitaire du canton et à l'information de la population ;
5. la procédure de construction ;
6. les programmes d'économie et de restructuration du réseau des établissements sanitaires d'intérêt public ;
7. les modalités types des plans stratégiques de développement ;
8. les dispositions d'application relatives à l'admission sur les listes au sens de l'article 39 LAMal [B] ;
9. les exigences en matière de promotion et de contrôle de la qualité ;
10. les modalités d'encadrement de l'offre et des dépenses du secteur d'intérêt public.

[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

Art. 23 Missions des hôpitaux d'intérêt public [6]

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

- de la qualité requise des soins;
- de la sécurité des patients;
- du coût des prestations fournies;
- de la proximité des autres établissements sanitaires;
- des possibilités de collaboration dans le cadre d'un réseau de soins;

---

6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
2 Modifié par la loi du 11.09.1989 entrée en vigueur le 01.12.1989

- des besoins régionaux et de la situation géographique;
- de la situation existante à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 23a Mandat des EMS d'intérêt public [14]

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

- gériatrie
- psychiatrie de l'âge avancé
- psychiatrie
- toute pathologie nécessitant un hébergement et la mise en place d'un suivi médical et infirmier.

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

[A] Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (BLV 800.01)

[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

Art. 24 … [6]

Chapitre IV Financement

Section I Dispositions générales

Art. 25 Principes [6, 12, 13, 15]

[1] L'Etat participe au financement des charges d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi et à ses dispositions d'application ainsi qu'aux dispositions fédérales applicables. Cette participation s'étend au financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux.

[1bis] …

[1ter] Sa participation s'étend au financement des prestations dont un établissement sanitaire d'intérêt public délègue la fourniture, avec l'accord du département, à un établissement sanitaire privé qui ne bénéficie pas de la reconnaissance d'intérêt public ; cette participation s'inscrit dans le cadre de l'exécution du contrat de prestations passé avec l'Etat.

[2] L'Etat subordonne sa participation financière à l'application des dispositions de la présente loi et des règlements relevant de la planification cantonale et du financement.

---

[14] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[12] Modifié par la loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[13] Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[15] Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012

[3] Il peut tenir compte de la situation particulière des établissements sanitaires d'intérêt public, notamment de l'état du bâtiment et des conditions d'exploitation.

[4] La participation financière versée par l'Etat est en principe acquise aux établissements sanitaires d'intérêt public. L'article 32f est réservé.

[5] Pour les établissements sanitaires d'intérêt public exploités en la forme commerciale, l'Etat peut conditionner sa participation financière à la fourniture, par l'établissement concerné, de garanties, notamment sous forme hypothécaire. Ces dernières ne peuvent porter que sur l'équivalent de la valeur des montants provisionnés en vue d'investissements futurs.

Art. 25a Modalités [6, 13]

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

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

1. les règles de financement ;

2. les règles de comptabilité, y compris celles relatives à la production des pièces comptables nécessaires à la compréhension de la gestion et à la justification de l'utilisation des subventions et des aides individuelles de l'Etat, ainsi que les règles relatives au contrôle de l'utilisation de ces subventions, en particulier les modalités des expertises financières ordonnées par l'Etat ;

3. les modalités types des contrats de prestations ;

4. les instructions relatives à l'information statistique nécessaire à la négociation et au contrôle des contrats de prestations.

---

[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008

Art. 25b … [6, 8, 13]

Art. 25c … [6, 13]

Art. 25d … [6, 13]

Art. 25e … [6, 13]

Section II Dépenses d'investissement

Art. 26 Investissement des EMS [4, 5, 6, 7, 12, 15, 18]

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

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

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

[4] ...

[5] ...

[6] ...

---

[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[8] Modifié par la loi du 11.02.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[13] Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[4] Modifié par la loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
[5] Modifié par la loi du 23.09.1997 entrée en vigueur le 21.11.1997
[7] Modifié par la loi du 17.12.2002 entrée en vigueur le 01.01.2003
[12] Modifié par la loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[15] Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[18] Modifié par la loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

Art. 26a … [2, 6, 8]

Art. 26b … [2, 6, 8]

Art. 26c … [2, 6, 8]

Art. 26d … [2, 6, 8]

Art. 26e … [7, 9, 15]

Art. 26f Charges d'entretien et mobilières des EMS [12]

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

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

Art. 26g Coûts des soins [14, 20]

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

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

a. la part du coût des soins à la charge du résident, cette part ne pouvant pas dépasser le 20% de la contribution maximale de l'assurance-maladie;

b. le financement résiduel à la charge de l'Etat et des régimes sociaux, compte tenu du nombre de journées effectuées, de l'évaluation des soins requis et des normes en matière de dotation.

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

a. répondent à la couverture des besoins et figurent sur la liste LAMal ;

b. ...

c. ...

---

[2] Modifié par la loi du 11.09.1989 entrée en vigueur le 01.12.1989
[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[8] Modifié par la loi du 11.02.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[7] Modifié par la loi du 17.12.2002 entrée en vigueur le 01.01.2003
[9] Modifié par la loi du 16.12.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[15] Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[12] Modifié par la loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[14] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[20] Modifié par la loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.01.2019

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

[G] Voir RS section 832

Art. 26h Structures de soins de jour ou de nuit [14, 18]

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

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

a. les centres d'accueil temporaire (CAT) au sens de la LAPRAMS [H] .

b. les lieux qui permettent aux patients :

1. de résider durablement et en communauté

2. de disposer de soins en tout temps, immédiatement et sur appel et

3. de bénéficier de soins assimilables, par leur fréquence et leur intensité, à ceux qui seraient fournis en EMS.

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

[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

[H] Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)

Art. 26i Coûts socio-hôteliers et socio-éducatifs [14, 18]

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

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

Art. 26j Charges exceptionnelles d'exploitation [14]

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

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

---

[14] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[18] Modifié par la loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

Art. 27 Dépenses d'exploitation [4]

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

[2] ...

Art. 28 Participation de l'Etat à une Convention

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

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

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

Art. 29 Règles budgétaires

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

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

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

Art. 29b ... [14]

Art. 30 Responsabilité [6, 13]

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

[2] ...

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

---

[4] Modifié par la loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
[14] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[6] Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008

[E] *Loi du 16.11.1993 sur les Hospices cantonaux (BLV 810.11)*

Art. 31 Dons, legs, autres recettes [6, 13]

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

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

[3] ...

Art. 32 ... [6]

Chapitre IVbis Surveillance et sanctions

Section I Surveillance

Art. 32a Surveillance financière

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

[2] Le Conseil d'Etat, après évaluations faites lors des contrôles antérieurs, détermine la portée et les modalités de ce contrôle, y compris en ce qui concerne les sous-traitants qui délivrent régulièrement des prestations couvertes par la présente loi. Le règlement [I] définit les modalités, en particulier les principes comptables à respecter et les règles relatives à la mission, à la qualification et à l'indépendance des organes de révision.

[I] *Règlement du 07.10.1998 sur le Fonds d'innovation et d'appui à la constitution des réseaux de soins (BLV 810.01.5). Abrogé le 01.01.2008*

Art. 32b Informations requises et qualité

[1] Les établissements sanitaires et les réseaux de soins fournissent au département toutes les informations statistiques ainsi que, s'ils sont reconnus d'intérêt public, comptables et financières, nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton, à la mise en oeuvre de la présente loi et de ses dispositions d'application, ainsi qu'au contrôle de leur respect.

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

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

6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
13 Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008

Section II Sanctions

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

[1] En cas de violation de la présente loi ou de ses dispositions d'application ou encore d'autres dispositions légales auxquelles l'établissement sanitaire ou le réseau de soins est soumis, le département peut retirer la reconnaissance d'intérêt public.

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

Art. 32d Mise sous administration provisoire

[1] Le département peut désigner une administration provisoire chargée de gérer l'établissement sanitaire d'intérêt public ou le réseau de soins en lieu et place des organes dirigeants statutaires lorsque les manquements à la présente loi ou à ses dispositions d'application ou encore à d'autres dispositions légales auxquelles il est soumis :

- mettent en péril la sécurité et la santé des patients, des résidents ou du personnel,
- menacent la qualité des prestations fournies,
- mettent en danger la situation financière de l'établissement ou du réseau de soins,
- conduisent à ce que tout ou partie des montants encaissés, cas échéant auprès des résidents, soient détournés de leur affectation conforme.

[2] Le Conseil d'Etat fixe la procédure applicable.

Art. 32e Sanction pénale

[1] Le département peut infliger une amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.- aux organes de l'établissement sanitaire d'intérêt public ou du réseau de soins qui auront violé les devoirs que leur imposent la présente loi et ses dispositions d'application, notamment en matière de conditions d'engagement et de travail, d'achats de biens et services et de contrat d'hébergement.

[2] L'amende est cumulable avec les autres sanctions.

Art. 32f Obligation de restitution et révocation [15, 19, 20]

[1] Le département peut exiger la restitution de tout ou partie de la participation financière accordée à un établissement sanitaire d'intérêt public ou à un réseau de soins dans les cas suivants :

1. inobservation de la présente loi ou de ses dispositions d'application ou encore d'autres dispositions légales auxquelles il est soumis ;
2. retrait de la reconnaissance d'intérêt public ou renonciation à celle-ci ;
3. désaffectation ou aliénation d'un bien immobilier subventionné par l'Etat sous la forme d'une garantie d'emprunt ou d'une prise en charge du service de la dette.

---

[15] Modifié par la loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[19] Modifié par la loi du 13.12.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018
[20] Modifié par la loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.01.2019

[1bis] Dans les cas mentionnés à l'alinéa 1, chiffres 1 et 3, ou en cas de retrait de la reconnaissance d'intérêt public, le département peut également exiger la restitution de tout ou partie des montants provisionnés par un établissement pour le renouvellement de ses infrastructures et de ses équipements.

[2] Dans les cas particulièrement graves de violation de la loi, de ses dispositions d'application ou d'autres dispositions légales auxquelles l'établissement sanitaire d'intérêt public ou le réseau de soins est soumis, le département peut suspendre tout ou partie du versement de sa participation financière.

[3] Le montant et les modalités de la suspension ou de la restitution font l'objet d'une décision prise par le département. La décision de restitution est définitive et exécutoire et vaut titre de mainlevée au sens de la législation sur la poursuite pour dettes et la faillite [J] .

[4] La loi sur les Hospices cantonaux [E] est réservée.

[5] La créance découlant de l'alinéa 1, chiffre 3, est garantie par une hypothèque légale privilégiée sur les immeubles concernés. Celle-ci s'éteint dix ans après que la décision fixant le montant de la créance est devenue définitive. Elle subsiste cependant au-delà de ce terme si la poursuite en réalisation de gage est restée annotée au registre foncier ou si la faillite du propriétaire est prononcée avant l'expiration du délai.

[E] Loi du 16.11.1993 sur les Hospices cantonaux (BLV 810.11)

[J] Loi fédérale du 11.04.1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite, RS 281.1

Chapitre V Dispositions finales

Art. 33 …[6]

Art. 34 …[3]

Art. 35 Rétribution[1, 6]

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

[F] Loi du 11.02.1970 sur l'organisation du Conseil d'Etat (BLV 172.115)

Chapitre VI Dispositions transitoires et finales

Art. 35a Contribution des communes[8]

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

---

6 Modifié par la loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
3 Modifié par la loi du 27.02.1991 entrée en vigueur le 01.07.1991
1 Modifié par la loi du 17.11.1986 entrée en vigueur le 20.01.1987
8 Modifié par la loi du 11.02.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004

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

Art. 35b Dispositions transitoires de la loi modifiante du 07.11.2017

[1] Les EPSM qui requièrent la reconnaissance d'un statut d'intérêt public disposent d'un délai de 5 ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi pour se mettre en conformité avec les dispositions les concernant.

Art. 36 Exécution et entrée en vigueur

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