

MESSAGE N° 251 *13 mars 2006*
du Conseil d'Etat au Grand Conseil
accompagnant le projet de loi
concernant le Réseau hospitalier fribourgeois

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après: RHF).

1. Introduction
2. Portée et objectifs du projet de loi
3. Forme juridique retenue pour le Réseau hospitalier fribourgeois
4. Nouveau système de gestion et de financement des hôpitaux
5. Reprise des biens par le Réseau hospitalier fribourgeois
6. Incidences financières
7. Entrée en vigueur de la loi
8. Commentaires de détail de la nouvelle loi
9. Conclusion

1. INTRODUCTION

A la suite du postulat Françoise Morel et Antoinette Romanens sur la cantonalisation des structures sanitaires, le Conseil d'Etat a chargé un groupe de travail de procéder à une analyse exhaustive de l'ensemble des structures sanitaires cantonales et de formuler des propositions en vue d'en améliorer l'efficacité. Le Conseil d'Etat avait déjà eu l'occasion de s'exprimer sur ce sujet, tout au moins partiellement, dans sa réponse à la motion transformée en postulat Jean-Louis Aubry et consorts concernant la révision de la loi sur les hôpitaux et de la loi sur le subventionnement des soins spéciaux dans les établissements pour personnes âgées, ainsi que dans son rapport d'août 1997 sur la planification hospitalière (cf. Rapport d'août 1997, p. 59 ss.).

Sur la base de l'étude précitée, le Conseil d'Etat a adopté un premier rapport en date du 16 avril 2003. Ce rapport conclut à la nécessité de procéder, en priorité, à la réforme du système hospitalier afin de répondre rapidement aux exigences suivantes:

- mieux utiliser les ressources, pour pouvoir continuer à offrir à tous les patients fribourgeois l'accès à des soins de qualité dans les hôpitaux;
- mettre en place une gestion hospitalière plus performante, plus transparente, et surtout mieux coordonnée sur le plan cantonal, dans le cadre d'une vision globale passant par la mise en réseau des hôpitaux entre eux, en étroite relation avec les établissements ou institutions de soins (EMS, Centres médico-sociaux, services d'aide et de soins à domicile et secteur ambulatoire);
- combler les lacunes constatées sur le plan du financement des hôpitaux pour satisfaire aux contraintes qui se posent à l'ensemble des cantons.

Les échos de la large consultation, à laquelle a procédé le Conseil d'Etat, se sont avérés très positifs. Le principe de la réforme des structures hospitalières et de la création d'un réseau hospitalier fribourgeois a ainsi été approuvé

par tous les partis politiques à l'exception de l'UDC, par l'Association des communes fribourgeoises et de manière quasi unanime par les communes qui se sont exprimées.

Le Conseil d'Etat a ensuite chargé un groupe de travail élargi d'élaborer un avant-projet de loi instituant le réseau hospitalier fribourgeois, instaurant un nouveau régime de financement des hôpitaux et impliquant le transfert de propriété des biens hospitaliers de leur propriétaire actuel, à savoir des associations de communes au nouveau réseau.

L'avant-projet de loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (RHF) a été mis en consultation de fin août à fin octobre 2005. S'agissant des grandes lignes de la réforme hospitalière envisagée (principe de la mise en réseau des hôpitaux publics gérés par une seule entité), la quasi-totalité des organismes consultés ont exprimé leur soutien de principe à la réforme projetée. Concernant le mode de compensation financière du transfert de charge, de nombreux organismes consultés sont favorables sans conditions au mode de compensation financière retenu (modification des ressources fiscales), alors que la plupart des autres organismes consultés y sont en principe favorables, mais avec des réserves dont il a été tenu compte pour autant que possible; quelques organismes y sont défavorables. Sur la question de la procédure de reprise en principe gratuite des biens (immeubles et équipements), plusieurs organismes sont favorables à la procédure proposée. D'autres ont déclaré qu'ils pourraient être favorables à un transfert des biens à titre gratuit à certaines conditions.

Les avis recueillis dans le cadre de la consultation ont conduit le groupe de pilotage à apporter des modifications au projet de loi.

2. PORTÉE ET OBJECTIFS DU PROJET DE LOI

2.1 Défauts du système actuel

Le système d'organisation et de financement actuellement en vigueur, selon les dispositions de la Loi sur les hôpitaux du 23 février 1984, repose sur le principe de la responsabilité partagée entre le canton et les communes. Ce système n'est assurément plus adapté à la situation. Il a atteint les limites de son organisation; la dispersion des pouvoirs entre de multiples organes, ainsi que l'inadéquation entre le cercle des payeurs et des décideurs, constituent des obstacles à la bonne gestion des établissements hospitaliers.

Le fait que les hôpitaux régionaux offrent déjà aujourd'hui des prestations cantonales constitue une raison supplémentaire de modifier le système actuel.

La nouvelle loi proposée vise à éliminer les défauts ainsi constatés et porte sur les points essentiels suivants:

- création d'un établissement autonome de droit public, dénommé le Réseau hospitalier fribourgeois (RHF), chargé de gérer l'ensemble du système hospitalier;
- suppression de la participation financière des communes aux dépenses des hôpitaux;
- mise à disposition des structures hospitalières au RHF pour lui permettre d'accomplir sa mission.

2.2 Objectifs

2.2.1 Objectifs financiers

Les objectifs financiers de la constitution du RHF sont décrits sous chiffre 6.2. ci-dessous.

2.2.2 Objectifs médicaux

Si la répartition des missions de chacun des sites hospitaliers reste, dans le cadre de la planification, une prérogative du Conseil d'Etat, l'application dans le terrain est de nature essentiellement opérationnelle.

Les hôpitaux fribourgeois n'ont pas pour mission de concurrencer les centres universitaires. Il est toutefois impératif de promouvoir des établissements présentant un volume d'activités intéressant.

La mise en réseau du système hospitalier constitue un bon moyen d'y parvenir. Elle représente donc un élément important pour le maintien et le développement des compétences du personnel et, partant, de la qualité des soins.

Des départements médicaux devront être créés et organisés au niveau de l'ensemble des sites, c'est-à-dire au plan cantonal, pour pouvoir atteindre une masse critique suffisante et être reconnus pour la formation du personnel médical et infirmier.

Aussi, la mise en place du nouveau système hospitalier servira-t-elle avant tout à améliorer la qualité des soins, ainsi que la sécurité des patients, comme cela sera encore souligné au chiffre 4.1.3. ci-dessous.

2.3 Limites du projet

2.3.1 Dispositions législatives complémentaires

Pour importante qu'elle soit, cette nouvelle loi ne régit pas tous les leviers de la politique hospitalière. La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi du 16 novembre 1999 sur la santé contiennent déjà des dispositions essentielles sur cet objet. Ces 2 textes posent le fondement de la planification des soins. Ainsi, sur la base de l'évolution des besoins, le canton dresse la liste des hôpitaux sur laquelle figurent aussi bien les établissements publics (à l'avenir le Réseau hospitalier fribourgeois) que les prestataires privés qui contribuent à assurer la couverture des besoins. A noter que l'inscription des cliniques privées sur la liste des hôpitaux leur permet de fournir leurs prestations à la charge des assurances sociales. La loi sur la santé traite également, de manière exhaustive, du système d'autorisation et de surveillance qui s'applique intégralement aux cliniques privées.

2.3.2 Traitement séparé de l'organisation des soins en santé mentale

La question de l'opportunité d'inclure les hôpitaux psychiatriques dans le projet d'établissement hospitalier unique s'est également posée. Ce secteur se trouve aussi, actuellement, en pleine restructuration. L'objectif étant de mieux valoriser le secteur ambulatoire et de centrer le système de santé psychique sur des filières de soins intégrés et non sur les institutions. Cela consiste à favoriser les traitements ambulatoires par rapport à la prise en charge stationnaire.

Une intégration des institutions psychiatriques dans le réseau permettrait une approche plus globale de la médecine avec tous les avantages que cela représente.

Dans un premier temps, la mise en réseau des structures hospitalières s'opérera sans y intégrer celle des soins psychiatriques. Cette solution a été retenue pour les raisons suivantes:

- le secteur psychiatrique n'est pas constitué que d'hôpitaux. Une intégration de toutes les structures actuelles et de celles à développer dans un seul réseau complexifierait sa gestion de manière disproportionnée.
- En augmentant la taille du réseau et en multipliant ses missions dès sa mise en place, on prend le risque de rendre le système difficilement gérable du point de vue opérationnel.
- Les solutions retenues aussi bien pour le secteur hospitalier somatique que pour celui des soins psychiatriques doivent s'inscrire dans un système flexible et évolutif.

A terme, une fusion est parfaitement envisageable et sera plus facilement réalisable qu'actuellement. Les deux réseaux disposent en effet d'un support juridique identique, ce qui simplifiera les opérations.

Dans l'intervalle, les deux réseaux ont l'obligation de collaborer et chacun d'eux aura la possibilité de donner des mandats de prestations à l'autre.

2.3.3 Réserve pour le HIB

L'hôpital d'Estavayer-le-Lac constitue, avec celui de Payerne, l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB). Cette institution repose sur une convention intercantionale, dont les dispositions priment sur le droit cantonal. Il n'en reste pas moins que des solutions compatibles avec la nature particulière de cette institution et susceptibles d'instituer une identité de régime entre les différentes régions du canton devront être aménagées, qu'il s'agisse de la propriété des infrastructures hospitalières et du financement de la part fribourgeoise aux frais d'exploitation de l'HIB.

3. FORME JURIDIQUE RETENUE POUR LE RÉSEAU HOSPITALIER FRIBOURGEOIS

C'est la forme de l'établissement autonome de droit public qui a finalement été retenue, plutôt qu'un autre modèle d'organisation, comme, par exemple, la constitution d'une société anonyme, que certains ont appelé de leurs vœux dans le cadre de la consultation.

Les avantages et inconvénients que présente l'une ou l'autre des structures juridiques envisageables ont fait l'objet d'une analyse approfondie, notamment dans le cadre de la mise en place du réseau hospitalier tessinois. Il y a lieu, pour résumer, de rappeler que la formule retenue, à savoir, la mise en place d'un établissement autonome de droit public doté de la personnalité juridique est déjà connue et pratiquée dans le canton de Fribourg pour l'Hôpital cantonal. Elle a été retenue dans d'autres cantons pour gérer l'ensemble du système hospitalier cantonal (TI, VS, NE, JU). Cette structure est appropriée et il ne fait pas de doute que la forme d'entreprise autonome de droit public est tout à fait adéquate pour assurer une gestion performante du secteur hospitalier, à la condition de lui attribuer de larges compétences et de définir clairement les responsabilités de ses organes.

En optant pour l'établissement de droit public, le Conseil d'Etat a encore voulu affirmer le caractère d'intérêt public que revêt l'organisation du système hospitalier.

L'établissement de droit public est créé par une loi qui lui donne sa légitimité démocratique. Ses structures fondamentales ne peuvent être modifiées que par le processus de modification législative ordinaire permettant ainsi son évolution harmonieuse, sous contrôle parlementaire. Par le biais de la création d'un établissement autonome de droit public, il est possible de mettre en place des structures souples efficaces et fonctionnelles. Les auteurs du projet de loi se sont d'ailleurs inspirés de l'organisation de la société anonyme pour procéder à la répartition rigoureuse des compétences entre les différents organes de l'établissement sans être contraints par le cadre normatif rigide que posent les règles du Code des obligations en matière de société anonyme.

La création d'une société anonyme de droit public permettrait certes aux actionnaires que seraient les communes et le canton de modeler de manière spécifique, par le biais de dispositions légales particulières, les relations avec cette entreprise et définir un dispositif de gestion qui peut s'écartier des dispositions du Code des obligations. Une telle structure juridique irait toutefois à l'encontre d'un des objectifs principaux du projet, à savoir le transfert des tâches et des charges du domaine hospitalier des communes vers le seul canton, sans compter avec la difficulté de définir la part d'influence à attribuer à chacun des partenaires dans une telle entité.

S'agissant d'une institution non orientée vers le profit et fortement subventionnée l'établissement de droit public est donc, à maints égards, la solution la plus appropriée. Ainsi, le canton de Fribourg disposera, avec cette forme d'organisation, d'un instrument de pilotage efficace pour aménager et gérer le secteur hospitalier, avec les moyens susceptibles de mieux maîtriser les ressources et les augmentations de dépenses dans ce domaine.

4. NOUVEAU SYSTÈME DE GESTION ET DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

4.1 Arguments en faveur de la mise en place d'un réseau hospitalier

4.1.1 Meilleure allocation et utilisation des ressources

La mise en réseau des différents sites hospitaliers sous une seule entité juridique doit permettre une meilleure utilisation des ressources pour la prise en charge des patients tout en garantissant des soins de qualité. La gestion de l'ensemble du système par un seul organisme améliorera la transparence entre les sites et assurera une meilleure coordination des soins entre services. Elle limitera le risque d'une concurrence inflationniste en matière d'équipements et de développement de prestations des différents sites. Par ailleurs, avec un organe de décision unique, des mesures internes pourront être prises plus facilement pour améliorer les performances des établissements ou services plus coûteux. La mise en place de ce réseau doit ainsi aboutir à une utilisation plus rationnelle des équipements et garantir une cohérence en matière d'investissements.

4.1.2 Harmonisation du système d'information et de gestion

Le regroupement des sites hospitaliers au sein d'un seul établissement multi-sites permettra de mettre en place un système d'information unique à l'image de ce qui a déjà pu être réalisé à l'Hôpital du Sud Fribourgeois ou à l'Hô-

pital intercantonal de Broye. Un suivi constant de l'ensemble du réseau pourra ainsi être opéré sur la base de ces informations centralisées. Cette mise en réseau facilitera aussi l'échange d'informations entre les sites, les services, les différents professionnels de santé, mais sera également utile au personnel des services hôtelier, logistique et administratif. En particulier, dans le domaine médical, en cas de transfert d'un patient ou d'exams complémentaires sur un autre site, l'accès au dossier antérieur du patient permettra une prise en charge plus rationnelle. Par ailleurs, le recueil et la mise à disposition d'informations statistiques harmonisées et établies sur une base unique permettront l'établissement des comparaisons fiables entre unités, outil indispensable à une gestion performante.

4.1.3 Coordination et économies d'échelle

Par la mise en place d'une seule organisation administrative et par l'application d'une politique commune en matière de salaires, d'achats, de transports, d'informatique, de formation continue, de facturation, etc., des économies d'échelle sont attendues (regroupement des fonctions transversales, augmentation de la masse de négociation). Par ailleurs, par leur répartition dûment coordonnée, les services médicaux complémentaires bénéficieront d'une «masse critique» plus importante de patients avec pour conséquence une utilisation plus adéquate des équipements. La mise en réseau des sites et des services devrait ainsi assurer un développement harmonisé à long terme du système hospitalier tout en garantissant la sécurité des malades et la qualité des prestations.

4.1.4 Effet incitatif financier

La forme juridique retenue, à savoir celle d'un établissement autonome de droit public, assure une autonomie de gestion suffisante au réseau hospitalier pour lui permettre de développer une gestion publique efficiente, orientée vers l'innovation et la performance. Le développement de cet esprit d'entreprise se traduit notamment par l'implication financière de l'établissement au résultat d'exploitation. Ainsi, si le budget global ne suffit pas pour couvrir les dépenses annuelles de l'établissement, l'établissement doit assumer la moitié du déficit. Si au contraire le budget global n'a pas été utilisé totalement, l'établissement et l'Etat acquièrent chacun la moitié de l'excédent non utilisé. Il s'agit là d'un effet incitatif important pour une meilleure maîtrise des coûts hospitaliers et du système de santé en général.

4.1.5 Vers un financement à la prestation

Le réseau hospitalier, sous la forme d'un établissement unique, facilitera la mise en œuvre des nouvelles orientations de financement à la prestation prévues à terme au niveau fédéral. Une gestion centralisée du codage des prestations pour l'ensemble du réseau assurera l'uniformité du relevé et une qualité irréprochable des données, conditions indispensables et impératives à l'introduction d'un tel système. Par ailleurs, une entité plus grande qui regroupe l'ensemble des sites, pourra plus facilement faire face aux éventuelles conséquences financières découlant de ce nouveau mode de rémunération fondé exclusivement sur les prestations effectives réalisées. A défaut de mise en place d'un réseau hospitalier, ce nouveau mode de rémunération devrait entraîner une nouvelle redistribution des moyens entre hôpitaux en fonction des

pathologies traitées avec, de toute évidence, plus de difficultés pour les petites unités hospitalières pour y répondre.

4.1.6 Tâches de contrôle et de surveillance de la Direction compétente en matière de santé

La Direction compétente en matière de santé, par le Service de la santé publique et le Service du médecin cantonal, veille à la bonne exécution du mandat de prestations confié au RHF. Ainsi par exemple, elle émet les directives nécessaires à l'établissement du budget et des comptes, elle examine les causes et la nature d'un éventuel dépassement ou d'un excédent du budget global et donne son préavis en la matière au Conseil d'Etat, elle préavise les projets d'investissement et elle recueille les statistiques établies conformément à ses directives.

Elle veillera en outre à la mise en œuvre du nouveau mode de rémunération fondé sur les prestations élaboré au niveau fédéral.

4.2 Modification de la répartition des ressources fiscales: déplacement des coefficients d'impôts

La suppression de la participation financière des communes aux dépenses hospitalières aura pour conséquence, pour l'Etat, la prise en charge des frais de fonctionnement supplémentaires, à savoir la part actuellement assumée par les communes pour les hôpitaux de district ainsi que celle assumée par les communes du district de la Sarine pour l'Hôpital cantonal. Concernant les dépenses hospitalières, il est utile de rappeler que les frais de fonctionnement de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens et de la Centrale d'appels d'urgence sanitaire 144, ainsi que la participation fribourgeoise aux coûts des hospitalisations hors canton sont déjà actuellement en totalité à charge de l'Etat.

Afin de compenser les conséquences financières de cette réforme (charges supplémentaires pour le canton, charges en moins pour les communes), deux variantes de mesures compensatoires accompagnant la mise en place du RHF ont été plus particulièrement étudiées dans le cadre du rapport du 16 avril 2003 du Conseil d'Etat:

- une nouvelle répartition des tâches et des charges, notamment la reprise par les communes des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile (**variante A** ci-après);
- un financement exclusif du secteur hospitalier par l'Etat, avec transfert aux communes de l'intégralité du financement des prestations complémentaires AVS et AI, et le maintien d'une participation financière conjointe (Etat/communes) dans les secteurs EMS et soins à domicile (**variante B** ci-après).

Il faut relever qu'opérant une séparation nette des tâches, la **variante A** permet certes d'éviter les imbrications de compétences et de respecter le principe du maintien, voire du renforcement de l'autonomie communale. Si, lors de la consultation du rapport du 16 avril 2003 du Conseil d'Etat, elle a été soutenue par une majorité de communes, elle a cependant été massivement rejetée par les milieux professionnels et les assureurs consultés, ce notamment pour les motifs suivants:

Il est difficilement imaginable que les différents éléments du réseau soient placés sous des compétences décisionnelles et financières strictement séparées. Avec une telle

solution, la fluidité d'un système global permettant de diriger le patient vers la structure de prise en charge la plus adéquate n'est plus garantie et les objectifs d'efficacité et de maîtrise des coûts ne peuvent pas être atteints. Pour les hôpitaux, la réduction de la durée moyenne des séjours n'est possible qu'avec un système adéquat de prise en charge à domicile et dans des institutions pour personnes âgées. Or, tant les services d'aide de soins à domicile que les EMS invoquent le manque de moyens pour optimiser leur intervention. La situation actuelle indique que l'implication de l'Etat dans l'organisation des EMS et celle de l'aide et des soins à domicile ne suffit pas encore à assurer une utilisation optimale du réseau des soins, de la même façon qu'une responsabilisation accrue des communes ne peut pas non plus la garantir. En l'absence d'un réseau homogène, cette situation peut être préjudiciable pour bon nombre de patients qui risquent alors d'être balancés entre les différentes structures, sans garantie d'une prise en charge adéquate.

Par ailleurs, les EMS sont des établissements de soins. A ce titre, et en application de la LAMal, le canton dispose de compétences bien précises, à savoir:

- planification et reconnaissance des établissements prodiguant des soins;
- assistance médicale et mesures de réadaptation à des patients de longue durée (liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg);
- contrôle de la qualité des prestations.

De plus, le canton répartit entre les communes la moitié des subventions versées au titre de frais d'accompagnement. La répartition s'opère au prorata de la population dite légale, pondérée par l'indice de la capacité financière. Cette manière de procéder assure un effet de péréquation entre les communes et cela indépendamment du nombre de personnes bénéficiant des subventions. Une démobilisation du canton dans le système de financement des EMS présente ainsi des risques non négligeables pour la planification des soins, qui vise une répartition équitable des EMS dans les différentes régions du canton et qui doit assurer une bonne répartition des lits entre les établissements de réadaptation et les homes médicalisés. La mise à l'écart du canton, dans la participation aux charges financières liées à l'exploitation des EMS, pourrait également présenter quelques inconvénients quant à la liberté du choix de l'EMS réservé à la personne âgée et sur le plan de l'égalité de traitement.

La **variante B** a obtenu l'appui de la quasi-totalité des milieux professionnels et des assureurs consultés, mais a été écartée par une majorité de communes (qui lui a préféré la variante A), principalement par rejet du mode de compensation financière prévu, l'octroi de PC AVS et AI étant décidé sur la base de dispositions légales qui relèvent du droit fédéral et sur lesquelles ni le canton ni les communes ne peuvent avoir d'influence, ni sur le principe ni sur le montant. En outre, la «péréquation financière Confédération/cantons», qui sera prochainement mise en œuvre, affectant notamment les prestations complémentaires et le financement de l'AI, il aurait été encore indispensable de procéder ultérieurement, sur le plan de la répartition des charges Etat/Communes, aux adaptations propres à sauvegarder l'équilibre qu'implique une telle mesure.

Aussi, pour les motifs exposés ci-dessus, mais également en raison du fait que la variante A implique aussi la prise

en charge par les communes d'une part du financement des prestations complémentaires AVS et AI pour parvenir à une opération neutre, les variantes A et B ont-elles été toutes deux écartées.

La **nouvelle variante** développée et finalement retenue par le Comité de pilotage élargi, – solution la plus convaincante – consiste en une modification de la répartition des ressources fiscales (déplacement des coefficients d'impôts).

Cette solution implique la modification de la répartition des ressources fiscales, par une augmentation des coefficients annuels des impôts cantonaux sur les personnes physiques et sur les personnes morales et une réduction correspondante des coefficients d'impôts communaux.

Pour la bascule d'impôts, il s'agit de se référer à l'année la plus proche possible concernant les données utilisées. La première analyse se basait sur l'année 2003, dont toutes les données statistiques nécessaires existaient. Cependant, considérant que l'entrée en vigueur de la loi concernant le RHF devrait intervenir au 1^{er} janvier 2007, le décalage de quatre années quant aux données financières connues paraissait inacceptable. Ont alors été retenus pour l'analyse:

a) Budget 2006 des dépenses hospitalières

Compte tenu d'éléments particuliers intervenus après la détermination des budgets 2006 des hôpitaux approuvés par le Grand Conseil, ceux-ci peuvent être réévalués à la hausse. Pour cette augmentation, le manque probable de recettes de la part des assureurs-maladie ont été pris en compte et peut être expliqué pour les raisons suivantes:

- la baisse de la valeur du point TARMED;
- la baisse de la valeur du point pour les analyses de laboratoire.

Ainsi la réévaluation de la part des communes aux dépenses hospitalières pour le budget 2006 est de 1,8 million de francs (de 60,2 millions de francs budgétisé à 62 millions de francs estimé).

b) Estimation du rendement fiscal 2006 des personnes physiques

Ne disposant pas de statistiques fiscales, le rendement 2006 du canton et des communes a été estimé en fonction de l'évolution du rendement fiscal constatée entre 2001 à 2003. Pour l'estimation du rendement des communes, sont pris en compte, d'une part, l'évolution fiscale communale et d'autre part l'évolution fiscale du canton. Il est à relever deux cas particuliers, Ferpicloz et Siviriez, dont les rendements fiscaux ont plus que doublé en une année et pour lesquels cette méthode d'estimation est inapplicable. Des montants «forfaitaires» leur sont alors attribués pour 2006.

c) Estimation du rendement fiscal 2006 des personnes morales

Le rendement fiscal des personnes morales évolue de manière plus aléatoire. Pour le potentiel 2006, la moyenne des années 2001, 2002 et 2003 est prise en compte. A relever plusieurs cas particuliers: pour Romont et Villars-sur-Glâne, une diminution importante est constatée; pour Bulle, Fribourg, Givisiez et Düdingen, on peut prévoir des montants plus conséquents que la moyenne calculée.

d) Coefficients d'impôts 2006

En ce qui concerne les coefficients d'impôts communaux, l'analyse se base sur les données effectives à ce jour ainsi que des informations fournies par les communes pour les éventuelles modifications intervenant au 1^{er} janvier 2006. Ces données devront encore faire l'objet d'un contrôle du Service des communes dans le courant du printemps.

Suite à la consultation, la bascule d'impôts concernant les coefficients d'impôts sur les personnes physiques et sur les personnes morales a été retenue. Bien que, concrètement, seuls les individus personnes physiques bénéficient des prestations hospitalières, on pourrait lui opposer le fait que, par ces prestations, la société en général et les entreprises personnes morales en particulier bénéficient aussi des avantages d'un système sanitaire de qualité (soins appropriés apportés aux employés).

4.2.1 Analyse en points d'impôts des nouveaux coefficients pour le canton et pour les communes

Pour le canton, en 2006, le report du total des participations communales aux dépenses hospitalières est de 61 971 332 francs, soit 20 827 803 francs représentant leurs participations au pot commun et 41 143 529 francs représentant leurs contributions directes au déficit des hôpitaux de district. La charge supplémentaire implique ainsi pour le canton une augmentation de ses coefficients annuels d'impôts sur les personnes physiques et morales, actuellement fixés à 100% (cf. décret du 16 novembre 2005 fixant le coefficient annuel des impôts cantonaux directs de la période fiscale 2006; RSF 631.12) de 8,88 points, soit des nouveaux coefficients annuels d'impôts de 108,88%.

Pour les communes, la charge en moins doit être soustraite du rendement de l'impôt communal (montant de l'impôt cantonal multiplié par le coefficient d'impôts communal actuel); le résultat comparé au montant de l'impôt cantonal permet de calculer un coefficient d'impôts idéal pour chaque commune afin de lui assurer une opération blanche. Le calcul de ces modifications tient compte de la masse des impôts des personnes physiques et des personnes morales. Pour l'ensemble des communes, la diminution correspondante des coefficients se situe dans une fourchette de - 0,93 à - 14,96 points d'impôts pour les personnes physiques, de - 0,93 à - 14,38 points pour les personnes morales.

4.2.2 Analyse en francs de l'incidence fiscale pour les contribuables

Une analyse a été effectuée sur l'incidence fiscale, à savoir le montant d'impôts à payer en plus ou en moins, pour les contribuables personnes physiques et personnes morales.

Globalement, les variations de la charge fiscale pour les contribuables personnes physiques se situent dans la fourchette + 6,12% et - 2,90%. De manière plus précise, on constate que 107 communes connaissent une baisse d'impôts, cantonaux et communaux additionnés, pour leurs contribuables, alors que 61 communes connaissent une augmentation. Il faut souligner toutefois que dans 157 communes, les incidences fiscales sont très faibles ou favorables pour les contribuables personnes physiques, la variation de la charge fiscale se situe entre + 1,37% et - 2,90% (environ plus de 90% des contribuables).

Pour les contribuables personnes morales, la fourchette est assez similaire, entre + 6,12% et - 2,76%. Dans 108 communes, la charge fiscale diminue, dans 60 communes elle augmente. Les contribuables personnes morales de 157 communes connaissent une incidence faible ou favorable, à savoir une variation entre + 1,30% et - 2,76% (également plus de 90% des contribuables).

4.3 Incidence de la réforme sur le système cantonal de péréquation financière intercommunale

La reprise des hôpitaux – et leurs charges y relatives – par le canton aura pour conséquence la disparition des mécanismes de péréquation indirecte qui sont actuellement utilisés, par les associations de communes pour la répartition des dépenses des hôpitaux de district, par les communes du district de la Sarine pour leur part directe à l'Hôpital cantonal, ainsi que pour la répartition entre les communes de six districts (sauf Sarine) du pot commun relatif aux excédents des dépenses de l'Hôpital cantonal.

La réforme du financement des structures hospitalières va dans le sens des travaux actuels de la réforme du système cantonal de péréquation financière intercommunale. En remplacement du système de péréquation indirecte, où la classification et l'indice de capacité financière des communes sont utilisés dans le calcul de la répartition des dépenses cantonales et l'octroi de subventions, un projet de péréquation directe est à l'étude; il implique l'abandon de tous les éléments péréquatifs utilisés dans les clés de répartition, que ce soit au niveau du canton ou des associations intercommunales.

4.4 Incidence de la modification des ressources fiscales sur la péréquation financière intercantionale et le classement des cantons

4.4.1 Incidence sur l'indicateur de capacité financière du canton de Fribourg

La question s'est posée de l'incidence d'une augmentation des ressources fiscales cantonales sur l'indicateur de capacité financière du canton de Fribourg dans le système de péréquation financière intercantionale.

A partir du 1^{er} janvier 2008, le système de péréquation financière intercantionale sera modifié: il ne prendra plus en considération ni le critère de la charge fiscale, ni celui des recettes fiscales (force fiscale), mais celui de l'assiette fiscale agrégée (Steuersubstanz). Dès lors, il est sans importance que la charge fiscale de l'Etat se modifie en ce qui concerne la péréquation financière fédérale étant donné que celle des communes le sera dans le sens d'un allègement correspondant.

Pour fixer l'indicateur de capacité financière, pour les années 2006/2007, l'administration fédérale se fondera sur les statistiques disponibles des années antérieures, c'est-à-dire sur les statistiques des années 2003 et 2004, années au cours desquelles aucune modification des ressources fiscales n'aura été opérée.

Dans l'hypothèse où les nouvelles normes de péréquation financière ne pourraient entrer en vigueur avant 2009/2010, l'application du nouveau système cantonal de financement des dépenses hospitalières n'aurait aucune incidence non plus sur l'indicateur de capacité financière du canton, car l'administration fédérale se fondera sur les statistiques disponibles des années 2005 et 2006 et la mo-

dification des ressources fiscales proposée dans la présente loi ne sera pas encore entrée en vigueur.

Dès lors, dans tous les cas de figure, aucune incidence sur l'indicateur de capacité financière du canton n'est à craindre si l'on choisit de décharger les communes des charges hospitalières, avec pour corollaire l'augmentation des impôts cantonaux et la diminution des impôts communaux.

4.4.2 Incidence sur l'indice de la charge fiscale du canton de Fribourg

Au plan de la statistique fédérale de la charge fiscale (comparaisons intercantonales), pour calculer l'indice, en plus du canton seules certaines communes parmi les plus importantes (jusqu'à ce que le 50% de la population du canton soit atteint) sont prises en compte. L'opération «augmentation du coefficient cantonal/diminution des coefficients communaux» n'est alors pas nécessairement neutre étant donné qu'elle ne concerne qu'un panel et non l'ensemble des communes.

Il n'est pas possible, en l'état, d'analyser l'incidence de la modification des ressources fiscales sur l'indice de la charge fiscale du canton sachant que le calcul des éventuelles modifications ne se fait pas individuellement pour chaque canton, mais bien en comparant les données de l'ensemble des cantons, données non encore disponibles.

Cependant, de l'avis des experts, il est certain que l'incidence de la mesure compensatoire choisie pour le projet ne sera pas significative sur l'indice de la charge fiscale et ne modifiera pas la position du canton de Fribourg.

5. REPRISE DES BIENS PAR LE RÉSEAU HOSPITALIER FRIBOURGEOIS

5.1 Le statut des biens hospitaliers

Par biens hospitaliers, on entend les biens immobiliers et mobiliers affectés à l'exploitation d'un hôpital de district soumis à la législation cantonale et susceptible d'être rattaché au RHF.

Les supports juridiques actuels des établissements sont des associations de communes organisées selon le droit public cantonal, plus précisément les articles 109 ss de la loi du 25 septembre 1980 sur les communes (RSF 140.1; ci-après: LCo).

Sous le régime actuel, plusieurs communes s'étaient réunies pour constituer une association de droit public en vue d'exploiter un hôpital; les biens affectés à cette tâche font partie du patrimoine administratif de cette association, qui est une personne morale de droit public.

En revanche, les biens d'une personne morale de droit privé ne relèvent pas de la catégorie du patrimoine administratif, alors même qu'ils serviraient à la réalisation d'une tâche publique que l'Etat lui aurait confiée (ATF 107 II 44, Regionalspital St. Maria, Viège; Pierre Moor, Droit administratif, vol. III, Berne 1992, ch. 6.6.1, p. 321). Il n'est toutefois pas nécessaire de s'arrêter plus longuement sur une telle hypothèse car aucun hôpital susceptible d'être rattaché au RHF n'est organisé selon les règles du droit privé.

Se définissent comme patrimoine administratif les biens des collectivités publiques directement affectés à la réalisation d'une tâche publique; ces biens sont soit utilisés par les agents de l'Etat, soit servent de moyens matériels

(meubles et immeubles) à la fourniture de prestations aux administrés (Moor, op. cit., ch. 6.6.1, p. 321). Le patrimoine financier comprend quant à lui les biens des collectivités publiques qui, n'étant pas affectés à une fin d'intérêt public, ont la valeur d'un capital et peuvent produire à ce titre un revenu, voire être réalisés (Moor, ch. 6.6.2, p. 325).

5.2 Affectation du patrimoine administratif

Dans la mesure où les biens hospitaliers font partie du patrimoine administratif, ils sont affectés à l'usage public et ne peuvent être désaffectés qu'avec l'accord de l'autorité cantonale compétente (à cause du financement cantonal ayant servi à l'investissement initial constitutif des biens hospitaliers).

Les biens du patrimoine administratif n'ont pas de valeur marchande et sont en principe inaliénables tant qu'ils restent affectés. L'aliénation est possible si elle est précédée ou accompagnée d'une désaffectation (Moor, op. cit., N° 2953s., p. 608). Ces biens sont également insaisissables.

Dans le cas du RHF, les biens hospitaliers propriété d'une association de droit public constituée par les communes ne peuvent pas être «vendus» au RHF tant qu'ils restent affectés à l'utilisation hospitalière. En revanche, ils peuvent être mis à disposition du RHF sur la base d'une loi, sans indemnité (voir chiffre 5.4 ci-après).

5.3 Mise à disposition des biens hospitaliers au RHF

La mise à disposition des biens hospitaliers au RHF accompagne le transfert des tâches assumées auparavant par les hôpitaux appelés à rejoindre le RHF. Un tel transfert doit être décidé par le législateur (Blaise Knapp, *Précis de droit administratif*, 4^e édition, Bâle 1992, N° 785; Ulrich Häfelin et Georg Müller, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 4^e édition, Zurich 2002, N° 827, p. 173). La loi devra concrétiser ce principe pour les biens hospitaliers à transférer au RHF.

L'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), dont une partie des biens (le site d'Estavayer-le-Lac) appartient encore à l'Association des communes de la Broye fribourgeoise, constitue un cas particulier qu'il faudra traiter spécialement.

5.4 Le caractère non onéreux de la reprise des biens hospitaliers

Pour ce qui est de la nature onéreuse ou non onéreuse de la reprise des biens par le RHF, il conviendra, comme précisé ci-dessus, de distinguer entre les biens hospitaliers faisant partie du patrimoine administratif d'une entité de droit public communal ou intercommunal et des biens hospitaliers propriété d'une personne morale de droit privé dominée majoritairement par des communes; seul le premier cas nous intéresse dans le présent contexte. On peut relever en marge que, si le RHF était une société anonyme, la procédure de reprise ne serait pas possible parce qu'il s'agirait d'une entité privée. Seule une collectivité de droit public peut opérer une reprise. Il faudrait alors passer par un processus de fusion par absorption, ce qui changerait notamment la manière d'évaluer les biens de l'entité reprise (ici: les biens hospitaliers de l'association de communes).

La reprise des biens du patrimoine administratif s'opère sans indemnité, parce que le patrimoine administratif n'a

pas de valeur marchande et parce que son affectation ne change pas. Il s'agit seulement d'un changement du support juridique: le RHF prend la place des hôpitaux intégrés dans le réseau. Le caractère non onéreux découle en dernier lieu du principe de la nécessité de la contribution publique qui empêche la collectivité de prélever des impôts pour des opérations purement financières (p. ex. achat de terrains dits «de réserve»). Si un hôpital pouvait «vendre» ses biens au RHF, cela signifierait qu'il pourrait les désaffecter auparavant et les aliéner comme biens du patrimoine financier; l'Etat – par le RHF – devrait, de son côté, affecter des ressources fiscales au financement de l'acquisition des biens hospitaliers en les réaffectant ainsi au patrimoine administratif. Une telle désaffectation suivie d'une réaffectation des biens hospitaliers qui ne changent en réalité jamais d'affectation n'est pas compatible avec le principe de l'utilisation parcimonieuse des moyens financiers; on peut pas exiger de la part des contribuables qu'ils refinancent tous les vingt ou trente ans des pans entiers du patrimoine administratif de l'Etat ou des communes uniquement parce que la collectivité décide de transférer les biens au patrimoine financier afin de gagner de l'argent.

Le principe de la gratuité de l'opération de reprise des biens par le RHF est donc pleinement justifié; il peut encore être documenté à la faveur des arguments suivants:

1. Les infrastructures hospitalières continueront à servir les patients/habitants des districts fribourgeois, à l'instar de la situation actuelle;
2. Dans le cadre de la nouvelle répartition des tâches avec les communes, le canton reprend l'entièrale responsabilité financière pour le secteur hospitalier et les communes sont totalement libérées de ces charges;
3. Il s'agit d'infrastructures qui servent à des tâches fortement déficitaires; leur rendement est donc nul et même négatif.

Le tableau des investissements consentis par les communes ci-dessous recense les investissements liés à la nouvelle planification hospitalière. Il comprend également les futurs projets de transformation de l'Hôpital de Meyriez (montant à charge des communes estimé à environ frs 9 millions) et de mise aux normes et de rénovation de l'Hôpital cantonal (montant à charge des communes estimé à environ frs 6 millions), projets qui doivent encore faire l'objet d'un subventionnement de la part des communes.

Participation communale aux dépenses de constructions en lien avec la planification hospitalière (dépenses cumulées de 1996 à 2006)

	Dépenses totales Fr.	Dépenses Fr./habitant *
Sarine	18 838 765	238
Singine	18 244 262	493
Gruyère	23 378 705	641
Lac	9 372 895	355
Glâne	9 043 729	522
Broye	8 275 500	403
Veveyse	1 435 500	119
Canton	88 589 355	387

* Population moyenne: de 1990 à 2004

Ce tableau montre que les dépenses par habitant et par district varient entre 119 francs pour le district de la Veveyse à 641 francs pour le district de la Gruyère. Ces différences sont en partie le reflet des montants consentis pour l'entretien dans les dépenses d'exploitation et l'envergure des projets de transformation décidés par les communes pour leur hôpital. Ainsi, si le coût par habitant diffère d'un district à l'autre, l'offre varie également.

En ce qui concerne les excédents de dépenses d'exploitation, l'estimation pour l'année 2006 représente une charge moyenne par habitant s'élevant à 248 francs. Certains districts tels que le Lac, la Singine et la Sarine se trouvent en dessous de cette moyenne alors que les autres districts se situent en dessus. Soulignons que ces différences auraient été encore plus prononcées sans l'existence du pot commun qui arrive à échéance le 31 décembre 2006. Ces écarts sont en partie expliqués par des taux de couverture des soins de la population qui sont différents pour chaque hôpital de district; ce taux de couverture est plus faible dans le Lac et la Singine que dans les districts du Sud et de la Broye. Il y a lieu de relever que la dépense moyenne par habitant n'est pas l'indicateur adéquat pour juger des coûts d'un hôpital. En effet, les coûts de production d'un établissement doivent être mis en relation avec la quantité et la nature des cas pris en charge. Ainsi, l'Hôpital de la Broye, qui a une dépense par habitant plus élevée que la moyenne, a, pour certains services, les coûts de production les plus bas.

Participation communale aux excédents de dépenses d'exploitation des hôpitaux (en francs)

	Dépenses 2003	Dépenses par hab. 2003	Dépenses 2004	Dépenses par hab. 2004	Dépenses 2005	Dépenses par hab. 2005	Dépenses 2006	Dépenses par hab. 2006
Sarine	17 946 596	217	17 619 246	209	19 961 842	234	20 315 726	238
Singine	7 795 365	201	8 047 243	207	8 233 447	210	8 749 749	223
Gruyère	9 928 286	253	10 558 334	264	10 771 016	264	11 688 004	286
Lac	5 800 659	200	6 220 009	210	6 379 665	212	6 485 453	216
Glâne	4 233 211	237	4 535 150	247	4 523 580	243	4 883 322	263
Broye	5 160 454	234	5 123 425	229	5 698 397	251	6 000 351	264
Veveyse	3 151 502	246	3 391 749	256	3 570 897	262	3 848 728	282
Canton	54 016 073	223	55 495 156	225	59 138 843	236	61 971 333	248

5.5 Procédé

Du point de vue formel, les entités qui seront englobées et remplacées par le RHF devront procéder à une mise à disposition de leurs biens, selon les modalités et aux conditions fixées par la loi, afin de permettre au RHF d'accomplir sa mission. Initialement, il était prévu un transfert global et gratuit de la propriété de tous les biens hospitaliers au RHF. Cette solution a suscité des résistances, notamment de la part de l'Association des communes fribourgeoises et de bon nombre de communes. Leur argument est que les associations de communes et les communes ne peuvent pas s'accommoder de l'abandon de la propriété des biens au RHF, sans que les dettes les affectant ne soient parallèlement et simultanément reprises par le nouveau propriétaire. La proposition de reprise des dettes par le RHF n'est toutefois pas compatible avec le principe de l'égalité de traitement entre les communes, dont certaines n'ont plus de dettes pour ces objets ou ont amorti leurs dettes hospitalières davantage et plus rapidement que d'autres. On ne peut toutefois imposer aux communes d'amortir ces dettes à bref délai. Pour

pouvoir subsister, les emprunts y relatifs doivent pouvoir continuer à bénéficier d'une garantie hypothécaire.

Ce sont les raisons pour lesquelles la solution initiale a été modifiée. Il est dorénavant prévu que la propriété des biens hospitaliers passe au RHF, à l'exception des terrains pour lesquels un droit de superficie devra être gracieusement concédé. Ainsi, l'exigence de la gratuité de la mise à disposition des biens hospitaliers au profit du RHF et le principe de l'égalité de traitement seront respectés.

Une solution qui a également fait l'objet d'un examen spécifique consisterait dans le maintien, pour les associations de communes, de la propriété des bâtiments et des équipements hospitaliers et leur mise à disposition gratuite au RHF, moyennant la prise en charge par l'Etat des coûts d'investissements liés à des transformations ou à des constructions ultérieures. Après analyse, il s'est avéré qu'une telle solution n'est ni souhaitable ni envisageable; elle n'est d'ailleurs pas nécessaire pour les communes. Pour toutes les communes qui gèrent directement leur part à l'emprunt relatif aux investissements nécessités par l'hôpital de leur district (notamment toutes les communes de la Sarine et de la Singine), l'emprunt est inscrit dans le passif du bilan (compte intitulé *Emprunt à long terme*) et une contrepartie est inscrite à l'actif (compte intitulé *Prêts et participations permanentes*). Ces communes individuellement ne sont toutefois pas propriétaires de l'infrastructure. Par ailleurs, il faut relever que les banques n'exigent pas de la part des associations ou des communes de «gage» (p.ex. cédule hypothécaire) pour la dette contractée pour des infrastructures hospitalières. La seule «garantie» exigée pour des emprunts relatifs à des investissements du patrimoine administratif est l'autorisation d'emprunt octroyée par le Service des communes.

La question comptable de la reprise des hôpitaux de districts par le RHF concerne les associations qui gèrent la dette y relative. Actuellement l'emprunt apparaît au passif du bilan de l'association sous le compte 220 *Emprunt à long terme*, emprunt directement associé à l'objet inscrit à l'actif sous le compte 143 *Hôpital de district* dont elle est propriétaire. D'un point de vue comptable, lors de la reprise des infrastructures, l'association devra procéder au transfert de la valeur inscrite à l'actif du bilan du compte 143 *Hôpital de district* au compte 151 *Prêts et participations permanentes (canton)*.

Les commentaires de détail de la loi indiquent, de manière précise, quel sera le mécanisme et les conditions de reprise des biens hospitaliers par le nouvel établissement de droit public.

6. INCIDENCES FINANCIÈRES

6.1 Conséquences sur le personnel et sur les investissements pour des équipements

Actuellement, l'Hôpital cantonal mis à part, le personnel, médecins et cadres compris, est lié contractuellement avec les associations de communes. Ces contrats seront repris par le RHF et soumis aux dispositions du statut du personnel de l'Etat, moyennant quelques aménagements commandés par la spécificité des activités hospitalières.

Pour la grande majorité du personnel, l'activité professionnelle ne devrait pas changer sous la nouvelle organisation. Toutefois, une uniformisation des conditions de travail devra permettre de simplifier et de favoriser les processus de mobilité interne.

Il ne faut pas s'attendre à des opérations de restructuration drastiques; les effectifs actuels de personnel ne devraient subir des modifications qu'à la faveur de mutations naturelles.

Dans un premier temps, le personnel en place sera confirmé dans ses fonctions avec, pour certains d'entre eux, une modification de leur cahier des charges, dans la mesure où ils devront assumer, surtout au niveau des cadres, des responsabilités sur l'ensemble du réseau et non plus seulement sur un site.

Au fur et à mesure que les unités d'exploitation se constitueront et s'affirmeront, les fonctions et les tâches de gestion des différents sites se modifieront. Le passage progressif vers ce nouveau type d'organisation devra être réalisé par les organes du RHF, à savoir le Conseil d'administration et la Direction générale.

En tout état de cause, les ressources humaines, actuellement disponibles pour les hôpitaux, devraient suffire et il n'est prévu aucune augmentation d'effectif. Au contraire, la mise en réseau, favorisant le regroupement des personnes et des compétences dans des domaines spécifiques, devrait conduire à une stabilisation et, à terme, à une diminution des effectifs. Les expériences faites dans d'autres cantons, ainsi qu'à l'HIB et à l'HSF, sont là pour en attester.

Il est prévu que le Service du personnel et d'organisation (SPO) soit chargé du versement des traitements pour l'ensemble du réseau hospitalier fribourgeois, alors que la gestion du personnel sera confiée à une unité centralisée du RHF (cf. ch. 8, ad art. 38 ci-après). Au besoin, du personnel en charge des traitements sera transféré des hôpitaux de district au SPO pour lui permettre d'assumer cette tâche supplémentaire.

Il faut relever par ailleurs qu'aucun investissement de «rattrapage» en matière d'équipement (par ex.: informatique) n'est à prévoir suite à la mise en place du RHF.

6.2 Objectifs financiers

La mise en réseau du secteur hospitalier fribourgeois devra permettre de l'aménager et de le gérer avec des moyens susceptibles de mieux maîtriser les ressources et de juguler les augmentations de dépenses dans ce domaine. Le but final est donc la maîtrise de l'évolution des coûts, de sorte que les montants investis dans le domaine hospitalier le soient avec le maximum d'efficacité et que la qualité de la prise en charge des patients soit optimale.

Il n'est pas aisé, sur le plan financier, de définir des objectifs chiffrés. Les cantons de Berne, du Valais et de Neuchâtel, qui procèdent à une opération identique à celle en cours dans le canton de Fribourg, ne se sont pas risqués à fournir des données précises sur les économies qui pourront être réalisées à court terme.

La mise en place du Réseau Santé Valais a tout de même permis de casser la courbe des dépenses hospitalières. Celles-ci enregistraient des progressions de l'ordre de 5% par an, elles ont été ramenées à 2% après deux premières années de fonctionnement du RSV.

La solution proposée doit être axée sur une gestion économique. Il s'agit donc:

- d'augmenter la responsabilité des organes de gestion des hôpitaux et de leur donner les moyens de leur mission;

- de leur donner une plus grande liberté de gestion;
- de systématiser la collaboration entre les différents sites hospitaliers;
- de réaliser les prestations à un coût adéquat, tout en garantissant l'accès à des soins de qualité à toute la population fribourgeoise;
- de garantir une médecine hospitalière de proximité.

Le nouveau système a été conçu de telle sorte qu'il puisse s'adapter à l'évolution future, en particulier aux éléments annoncés de la 2^e révision de la LAMal.

6.3 Referendum financier

Le projet entraîne pour l'Etat une dépense nouvelle au sens de l'article 23 de la loi sur les finances de l'Etat (LFE) et est donc en principe soumis au référendum financier selon les articles 45 et 46 Cst. L'article 23 LFE prescrit en effet qu'une dépense est nouvelle notamment lorsqu'elle permet de remplir une tâche publique de façon nouvelle, ce qui entraîne un supplément de frais important (cf. art. 23 let. c LFE). Du point de vue global il faut le souligner, la constitution du RHF va permettre de créer des synergies, de mieux maîtriser les ressources et ainsi de juguler les augmentations de dépenses dans le domaine hospitalier; elle ne va donc pas augmenter les coûts des hôpitaux par rapport à l'organisation actuelle. La dépense nouvelle pour l'Etat est créée par le transfert de charges des communes vers le canton. Même si ces nouvelles charges sont équilibrées pour le moment par une nouvelle répartition des impôts, les coûts hospitaliers vont probablement augmenter dans une mesure plus importante que les recettes fiscales cantonales. La dépense nouvelle pour l'Etat est donc uniquement constituée par la différence estimée entre l'augmentation des coûts hospitaliers et l'augmentation des recettes fiscales.

Selon l'article 25 LFE, les dépenses soumises au référendum financier peuvent être uniques ou périodiques (al. 1). Le montant déterminant d'une dépense périodique correspond au total des dépenses estimées pour les cinq premières années d'application de la loi ou du décret (al. 2).

Le tableau ci-dessous présente les simulations mettant en parallèle l'évolution de l'excédent de charge repris par l'Etat et l'évolution des recettes fiscales supplémentaires encaissées à cet effet. Avec des variations annuelles extrêmes situées entre + 0.0% et + 5.0% pour chacun de ces deux éléments, le bon ou le surplus se situe entre – Fr. 32,6 millions et + Fr. 32,6 millions. La limite du référendum obligatoire (Fr. 25,7 millions) n'est cependant atteinte qu'avec les écarts extrêmes et peut raisonnablement être écartée.

D'une évolution annuelle de l'excédent de charges hospitalières située entre + 2.5% et + 3.5% et une évolution des recettes supplémentaires située entre + 1.5% et + 2.5%, évolutions qui semblent toutes deux réalisables, il résultera une dépense nette supplémentaire, cumulée sur les cinq premières années d'application de la loi, estimée entre Fr. 0 et Fr. 13 millions. Sur la base de cette évolution, la loi doit ainsi, au moins par mesure de prudence, être soumise au référendum financier facultatif, dont la limite est de Fr. 6,4 millions.

Tableau: Estimation des dépenses nettes (en plus ou en moins) pour les 5 premières années

	Evolution annuelle des recettes supplémentaires encaissées par l'Etat											
	0.0%	0.5%	1.0%	1.5%	2.0%	2.5%	3.0%	3.5%	4.0%	4.5%	5.0%	
Evolution annuelle de l'excédent de charges repis par l'Etat	0.0%	-	-3 114 098	-6 259 415	-9 436 184	-12 644 641	-15 885 020	-19 157 558	-22 462 493	-25 800 064	-29 170 509	-32 574 069
	0.5%	3 114 098	-	-3 145 317	-6 322 086	-9 530 542	-12 770 922	-16 043 460	-19 348 395	-22 685 966	-26 056 411	-29 459 971
	1.0%	6 259 415	3 145 317	-	-3 176 769	-6 385 226	-9 625 605	-12 898 143	-16 203 078	-19 540 649	-22 911 094	-26 314 654
	1.5%	9 436 184	6 322 086	3 176 769	-	-3 208 456	-6 448 835	-9 721 374	-13 026 309	-16 363 880	-19 734 325	-23 137 885
	2.0%	12 644 641	9 530 542	6 385 226	3 208 456	-	-3 240 379	-6 512 918	-9 817 853	-13 155 423	-16 525 868	-19 929 429
	2.5%	15 885 020	12 770 922	9 625 605	6 448 835	3 240 379	-	-3 272 538	-6 577 474	-9 915 044	-13 285 489	-16 689 049
	3.0%	19 157 558	16 043 460	12 898 143	9 721 374	6 512 918	3 272 538	-	-3 304 935	-6 642 506	-10 012 951	-13 416 511
	3.5%	22 462 493	19 348 395	16 203 078	13 026 309	9 817 853	6 577 474	3 304 935	-	-3 337 571	-6 708 016	-10 111 576
	4.0%	25 800 064	22 685 966	19 540 649	16 363 880	13 155 423	9 915 044	6 642 506	3 337 571	-	-3 370 445	-6 774 005
	4.5%	29 170 509	26 056 411	22 911 094	19 734 325	16 525 868	13 285 489	10 012 951	6 708 016	3 370 445	-	-3 403 560
	5.0%	32 574 069	29 459 971	26 314 654	23 137 885	19 929 429	16 689 049	13 416 511	10 111 576	6 774 005	3 403 560	-

: Valeurs soumises au referendum financier facultatif

: Valeurs attendues

7. ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI

Le Conseil d'Etat est chargé de fixer l'entrée en vigueur de la loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois. Cette entrée en vigueur devrait intervenir le 1^{er} janvier 2007, date à laquelle il est prévu que la pratique du pot commun, instaurée en 1998 par une modification de la loi sur les hôpitaux, disparaîsse. (cf. également ci-dessous ch. 8, ad art. 67).

8. COMMENTAIRES DE DÉTAIL DE LA NOUVELLE LOI

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Art. 1 But

La disposition indique tout d'abord l'objectif général de la création d'un seul établissement hospitalier pour le canton en précisant que l'Hôpital psychiatrique cantonal ne fera pas partie de ce nouvel établissement.

Elle crée ensuite la base légale de l'existence du RHF tout en précisant que la loi règle son organisation, son fonctionnement et son financement.

Art. 2 Champ d'application

La loi s'applique au RHF, à ses sites, ainsi qu'à l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), sous réserve des dispositions de la convention intercantionale passée entre les cantons de Fribourg et de Vaud, étant entendu que ces dispositions l'emporteraient si elles devaient entrer en conflit avec les règles du droit interne cantonal.

La nouvelle loi doit également s'appliquer à l'HIB, en particulier pour que subsiste une base légale en vue de régler le financement de la part fribourgeoise aux frais d'investissement et de fonctionnement de cet établissement, car la loi actuelle sur les hôpitaux sera abrogée.

La référence à l'HIB est aussi rendue nécessaire pour régler la question de la reprise des biens de l'association de commune de la Broye fribourgeoise.

Art. 3 Réserve

La réglementation de la nouvelle loi n'est pas exhaustive puisque la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan) traite en son chapitre 6 (art. 99ss) des institutions de santé dont les hôpitaux font partie. Le RHF est soumis à ces dispositions.

Art. 4 Institution du RHF

a) Statut et siège

L'article 4 indique la nature juridique de l'établissement qui est doté de l'autonomie nécessaire au vu des tâches qui lui sont confiées.

Pour ce qui est de cette autonomie, il y a lieu d'insister sur le fait que le RHF sera rattaché principalement par cinq liens à l'Etat, ces liens représentant également des restrictions à son autonomie. Il s'agit des instruments de planification (plan sanitaire et plan hospitalier) qui restent de la compétence du Conseil d'Etat, du mandat de prestations, du budget global, de la surveillance institutionnelle (législatif et exécutif) et du statut du personnel qui correspond pour l'essentiel à celui de l'Etat. On retrouvera ces cinq liens dans les dispositions qui suivent.

Le siège du RHF est aussi précisé dans cette disposition.

Art. 5 b) Activités

Cet article s'inspire de l'article 3 al. 1 de la loi du 2 mars 1999 sur l'Hôpital cantonal (ci-après: LHC) qui définit actuellement les activités de l'Hôpital cantonal. Comme cette loi, le projet prévoit que le Conseil d'Etat définit les activités du RHF (al. 2) et de l'HIB (al. 3) dans un mandat de prestations.

A l'alinéa 1 let. f, il faut préciser que, du moins pour l'instant, la recherche ne concerne que la recherche clinique.

L'alinéa 3 réserve la possibilité de confier d'autres activités à l'établissement, ce qui presuppose que le Conseil d'Etat les inscrira dans le mandat de prestations.

Art. 6 Devoirs envers les patients et patientes

L'article 6 reprend, pour l'essentiel, dans une version modifiée quant à la forme, la disposition de l'article 2 LHC.

L’alinéa 3 reprend la disposition de l’article 2 al. 3 LHC.

L’alinéa 4 correspond à l’article 2 al. 4 LHC.

L’alinéa 5 rappelle le droit à l’information des patients et des patientes.

Art. 7 Relations avec d’autres institutions

Le premier alinéa de l’article 7 correspond à l’article 3 al. 4 LHC.

Le deuxième alinéa limite l’autonomie de l’établissement quant à la compétence de passer des conventions de collaboration hospitalière. De telles conventions relèvent, ne serait-ce qu’à cause de leurs incidences sur les finances cantonales et les instruments de planification et de gestion, de la compétence du Conseil d’Etat, voire du Grand Conseil.

Le troisième alinéa délimite la compétence de l’établissement en matière de collaboration avec les institutions de santé.

Art. 8 Relations avec les patients et patientes

Le premier alinéa renvoie aux normes très détaillées de la LSAn, qui règlent les droits et les devoirs des patients (art. 39ss LSAn).

Le deuxième alinéa prévoit la possibilité de compléter ces normes par des règles d’organisation de détail spécifiques au contexte hospitalier (p. ex. heures de visite, interdiction de fumer, comportement des patients dans les locaux communautaires, etc.).

CHAPITRE 2 Organes du RHF

Art. 9 En général

La disposition rappelle que les organes du RHF énumérés doivent se conformer à la planification hospitalière établie par le Conseil d’Etat.

Art. 10 Conseil d’administration a) Composition

Cette disposition s’inspire de l’article 6 LHC pour ce qui concerne les al. 1 et 2.

L’alinéa 3 prévoit une représentation obligatoire de la ou du responsable de la Direction compétente en matière de santé au sein du conseil d’administration. Par ailleurs, la composition de ce conseil d’administration doit tenir compte d’une représentation des régions. Quant au personnel, il sera représenté aux séances du Conseil par deux représentants avec voix consultative; Il en est de même des médecins (cf. art. 14 al. 2 let. b et c).

Art. 11 b) Nomination, durée du mandat et rétribution

Il incombe au Conseil d’Etat de nommer le président et les membres du conseil d’administration, et d’en fixer la rétribution. La loi réglant la durée des fonctions publiques accessoires est applicable à la durée du mandat et la rééligibilité des membres; compte tenu de la charge de travail et des responsabilités des membres, leur rétribution est fixée par le Conseil d’Etat.

Art. 12 c) Attributions

L’alinéa 1 reprend la disposition de l’article 9 al. 1 LHC.

La liste des attributions figurant à l’alinéa 2 s’inspire de l’énumération des attributions du conseil d’administration actuel de l’Hôpital cantonal (art. 9 al. 2 LHC). Elle appelle les commentaires suivants:

- la lettre a précise la tâche du RHF consistant à répartir ses activités sur les sites (cf. art. 24 al. 1 ci-après);
- la lettre b correspond à l’article 9 al. 2 let. a LHC;
- la lettre c reprend et adapte l’idée figurant à l’article 9 al. 2 let. b LHC;
- la lettre d correspond à l’article 9 al. 2 let. c LHC;
- la lettre e correspond à l’article 9 al. 2 let. d LHC;
- la lettre f est nouvelle, elle consacre la responsabilité financière du conseil d’administration pour le bon fonctionnement des sites et pour la coordination entre les sites;
- la lettre g correspond à l’article 9 al. 2 let. e LHC;
- la lettre h est étroitement liée au fait que le personnel du RHF sera soumis à la loi sur le personnel de l’Etat (RSF 122.70.1; LPers). L’autonomie du conseil d’administration s’en trouve limitée, car il incombera au Conseil d’Etat d’approuver le règlement qui définira les normes spécifiques applicables au personnel hospitalier (voir art. 36 ci-après);
- la lettre i prévoit que le conseil d’administration engage le directeur général ou la directrice générale, sous réserve de l’approbation de cette décision par le Conseil d’Etat (cf. art. 17 ci-après);
- la lettre j a trait à la nomination du directeur médical ou de la directrice médicale;
- la lettre k prévoit que le directeur engage les responsables administratifs, médicaux et soignants;
- la lettre l correspond à l’article 9 al. 2 let. g LHC;
- la lettre m reprend la disposition de l’article 9 al. 2 let. h LHC;
- la lettre n’est reprise de l’article 9 al. 2 let. i LHC;
- la lettre o finallement réserve de manière générale la compétence subsidiaire du conseil d’administration par rapport aux compétences des autorités cantonales, d’une part, et des autres organes de l’établissement, d’autre part.

Art. 13 d) Séances

La disposition définit, dans les grandes lignes, les règles qui entourent les séances du conseil d’administration. Les détails figureront dans un règlement interne (cf. art. 15 ci-après).

L’alinéa 4 accorde la préférence à la majorité des voix des membres présents. Il ne paraît guère souhaitable que les membres du conseil d’administration soient tentés de s’abstenir lors des votes.

Art. 14 e) Participation aux séances

L’article 14 prévoit qu’une délégation de personnes représentant la direction et le personnel du RHF assiste aux séances du conseil d’administration. Cette délégation existe déjà au sein de l’Hôpital cantonal.

L’alinéa 1 s’inspire de l’article 7 al. 1 LHC.

Afin de promouvoir la participation des médecins et du personnel, il est envisagé que les représentants des médecins et du personnel soient élus (al. 3), selon une procédure à définir par le conseil d’administration. Le fait que les médecins aient 2 représentants au conseil d’administration permettra de mieux tenir compte de la diversité des sites et de leurs missions, notamment du rôle d’hôpital de référence de l’Hôpital cantonal. Quant au personnel, le personnel soignant d’une part et les autres catégories de personnel pourront être représentés au sein du conseil d’administration.

L’alinéa 4 permet au conseil d’administration d’inviter d’autres personnes à ses séances.

L’alinéa 5 finalement autorise le conseil d’administration à siéger en l’absence de la délégation des représentants, ce qui devrait rester une exception.

Art. 15 Règlement interne

L’article 15 prévoit un règlement interne portant sur le fonctionnement du conseil d’administration. La forme du règlement permet de rester souple et de s’adapter facilement à l’évolution de l’organisation interne et aux exigences posées au conseil d’administration.

Art. 16 Direction du RHF

a) Organisation

Le premier alinéa définit le mandat du directeur général ou de la directrice générale.

Le deuxième alinéa précise qu’il peut compter sur un conseil de direction.

Art. 17 b) Directeur ou directrice général-e aa) Approbation de l’engagement

L’article 17 prévoit que le conseil d’administration engage le directeur général ou la directrice générale et que cet engagement est soumis à l’approbation du Conseil d’Etat.

Art. 18 bb) Tâches

L’article 18 reprend le contenu de l’article 11 al. 2 à 4 LHC, tout en procédant aux adaptations nécessaires découlant du rôle important accordé au conseil d’administration.

Art. 19 c) Directeur ou directrice médical-e

Le directeur médical ou la directrice médicale est principalement chargé-e d’assurer la coordination des activités médicales du RHF, afin de garantir une prise en charge optimale des patients et des patientes. Il ou elle doit également garantir la qualité et la sécurité des prestations médicales offertes par le RHF.

Art. 20 d) Conseil de direction

Le premier alinéa de l’article 20 correspond à l’article 12 al. 1 LHC. Les personnes responsables des différents départements du RHF (soins, finances, ressources humaines, etc.) ainsi que le directeur médical ou la directrice médicale feront assurément partie du conseil de direction nommé par le conseil d’administration.

La description de la tâche est nouvelle, elle ne correspond que partiellement à celle assignée au conseil de direction de l’Hôpital cantonal (art. 12 al. 2 LHC).

Art. 21 e) Règlement

Le recours au règlement paraît approprié pour régler les détails de l’organisation et du fonctionnement de la direction du RHF.

Art. 22 Organe de révision

a) Désignation, rapport

Les alinéas 1 et 2 de l’article 22 correspondent en partie à l’article 13 al. 1 et 2 LHC. A l’alinéa 1, il a été rappelé que les révisions se pratiquent selon les standards de révision généralement reconnus.

Art. 23 b) Inspection des finances

Le premier alinéa confirme le droit de l’inspection des finances de procéder au contrôle de la gestion et des comptes de l’établissement (voir aussi art. 13 al. 3 LHC).

Le deuxième alinéa rappelle l’obligation de l’organe de révision de collaborer avec l’inspection des finances; ce rappel paraît utile parce que la révision sera confiée à un organe externe (art. 22 al. 1 ci-dessus).

CHAPITRE 3 Organisation des activités hospitalières

Art. 24 Principe

L’article 24 précise d’abord que l’établissement dispose de plusieurs sites pour exercer ses activités.

Les organes du réseau hospitalier fribourgeois et en particulier le conseil d’administration ne dispose pas d’une autonomie totale pour l’organisation des sites. Le Conseil d’Etat, à travers la planification hospitalière, conserve la compétence de fixer la localisation et la mission des sites. Ainsi, l’Hôpital de Bertigny continuera à remplir une fonction d’hôpital de référence pour les autres établissements de soins aigus et de réadaptation.

L’alinéa 2 définit le statut des sites, en précisant qu’ils ne sont pas dotés de la personnalité juridique et qu’ils peuvent être organisés en unité d’exploitation.

Cela peut expliquer le fait que ce n’est pas la loi, mais le conseil d’administration qui définit, sous réserve de la question de la localisation et de la mission, l’organisation et l’autonomie de gestion des sites.

A l’alinéa 3, il est précisé que les exigences qu’impliquent les deux langues officielles doivent être respectées pour l’organisation du RHF en général et spécialement pour les services auxquels la planification a conféré une mission spécifique répondant aux besoins de l’ensemble du canton.

Art. 25 Organisation et gestion des unités d’exploitation

L’alinéa 1 précise qu’il revient au conseil d’administration de définir l’organisation et la gestion des unités d’exploitation.

L’alinéa 2 précise que la dotation en personnel des unités d’exploitation est fixée par le conseil d’administration, dans le cadre de la dotation totale fixée par le budget global.

CHAPITRE 4

Financement

Art. 26 Principles de financement

L’alinéa 1 définit, dans les grandes lignes, le financement du RHF. Il institue une hiérarchie des ressources dans ce sens que l’établissement doit d’abord utiliser ses propres ressources avant de recourir au financement de l’Etat.

Les ressources de l’établissement sont les prestations financières des patients et de leurs assureurs, le rendement de sa fortune, les dons et legs en faveur de l’établissement ainsi que les subsides publics.

L’alinéa 2 renvoie aux dispositions transitoires afin de signaler que le financement des frais d’investissement du RHF sera soumis, dans un premier temps et à titre passager, pour certains de ses sites à un régime financier particulier impliquant encore les communes.

Art. 27 Financement des frais d’investissement

a) Frais de construction

Le premier alinéa indique les différents types de frais qui font partie des frais d’investissement; il y assimile notamment les équipements initiaux d’une nouvelle construction ou d’un agrandissement (voir aussi art. 23 al. 1 LH).

L’alinéa 2 reprend la disposition de l’article 24 al. 2 LH.

L’alinéa 3 correspond à l’article 24 al. 3 LH.

Art. 28 b) Investissements de remplacement

L’article 28 vise à éviter que des investissements de remplacement soient soumis à la procédure plus lourde du financement des frais d’investissement (art. 27 ci-dessus) en précisant qu’ils sont financés au moyen d’une partie du budget global annuel (art. 30 ci-après).

Il appartiendra au conseil d’Etat de définir la notion d’investissement de remplacement.

Art. 29 c) Investissements de l’Hôpital intercantonal de la Broye

L’Etat financera désormais seul les investissements de l’Hôpital intercantonal de la Broye, ce conformément aux dispositions de la convention intercantionale passée entre les cantons de Fribourg et de Vaud.

Art. 30 Financement des frais de fonctionnement

a) Principe

L’article 30 reprend le contenu de l’article 29a LH en l’adaptant à la structure du nouvel établissement.

L’alinéa 2 précise que le budget global fixe définitivement la participation maximale de l’Etat aux frais de fonctionnement.

Les alinéas 3 et 4 traitent de la problématique de l’écart entre le montant du budget global et le résultat annuel réalisé par l’établissement. Deux cas de figure peuvent se présenter:

- le budget global ne suffit pas pour couvrir les dépenses annuelles de l’établissement: dans ce cas, l’établissement doit en assumer au moins le 50%, le solde étant pris en charge par l’Etat, sous réserve de l’examen des causes et de la nature du dépassement (al. 3);

- le budget global n’a pas été utilisé totalement: dans ce cas, la moitié de la part non utilisée du budget global reste acquise au RHF en augmentation de ses fonds propres, l’autre moitié étant restituée à l’Etat (al. 4). Il est clair que ces réserves devront servir avant tout à absorber des dettes passées ou des déficits futurs.

L’alinéa 5 précise que, sur proposition de la Direction compétente en matière de santé, le Conseil d’Etat arrête le montant supplémentaire pris en charge par l’Etat selon l’alinéa 3 ou le montant restitué à l’Etat selon l’alinéa 4.

Art. 31 b) Critères de calcul

L’article 31 reprend la disposition de l’article 29b LH en structurant différemment la matière:

- l’alinéa 1 s’inspire de la première phrase de l’article 29b LH en adaptant son texte aux particularités du RHF;
- l’alinéa 2 transforme la fin de la première phrase de l’article 29b LH en une disposition autonome;
- l’alinéa 3 correspond à la dernière phrase de l’article 29b LH. Ainsi, la Direction du Conseil d’Etat compétente en matière de santé émettra les directives nécessaires au sujet de l’élaboration et de la présentation du budget global; à cet effet, elle collaborera avec la Direction en charge de finances, pour les éléments qui relèvent de son domaine de compétence.

Art. 32 c) Participation aux frais de fonctionnement du HIB

Cette disposition prévoit de quelle manière la part fribourgeoise aux frais de fonctionnement de l’HIB est réglée.

CHAPITRE 5

Gestion

Art. 33 Principes de gestion

a) Gestion économique

L’article 33 fait obligation à la direction et aux responsables de site d’assurer une gestion économique et une exploitation rationnelle des ressources.

Art. 34 b) Budget, comptes et plan financier

L’article 34 détermine, en son alinéa 1, les paramètres principaux qui déterminent l’établissement du budget, des comptes et du plan financier. Ce dernier doit être établi sur une période de 5 ans.

L’alinéa 2 rappelle la nécessité imposée par le droit fédéral de présenter des comptes permettant d’effectuer des comparaisons entre les hôpitaux au plan national.

Art. 35 c) Outils de gestion

L’article 35 indique les principaux outils de gestion qui seront utilisés par les organes du RHF. Il s’agit des rapports adressés par la direction au Conseil d’administration (al. 1), des moyens d’évaluation des activités (al. 2) et des statistiques (al. 3).

Art. 36 Statut du personnel

a) Statut général

La loi sur le personnel de l’Etat (RSF 122.70.1; LPers) s’appliquera également aux rapports de travail qui lient

l'établissement et son personnel (al. 1). En tant qu'établissement autonome, le RHF tombe sous le champ d'application de la LPers (art. 2 al. 2 LPers).

Afin de tenir compte des particularités liées à la gestion et à l'exploitation d'un hôpital, il est prévu de déroger à certaines dispositions de la LPers, en se basant sur son article 3 al. 6, qui dit que «les lois spéciales sont en outre réservées». L'alinéa 2 de l'article 36 assume cette fonction de «lex specialis» en énumérant les domaines dans lesquels le statut du personnel de l'établissement pourra diverger du statut général institué par la LPers (les chiffres entre parenthèses renvoient à l'article topique de la LPers).

L'alinéa 2 délègue en outre au conseil d'administration la compétence d'adopter les règles dérogatoires, tout en réservant l'approbation par le Conseil d'Etat. Cette approbation – qui fait partie du dispositif de surveillance de l'établissement – se justifie du fait que certaines dispositions auront une incidence sur le budget global à allouer à l'établissement. Parmi les dérogations auxquelles pourra procéder le conseil d'administration, l'on peut par exemple mentionner la gestion des compétences professionnelles (let. a) qui concerne essentiellement la formation continue, l'encouragement aux inventions (let. b) et le délai de résiliation des rapports de service pour le personnel (let. f); il faut préciser que, pour le personnel administratif, les règles seront en principe celles appliquées à l'ensemble du personnel de l'administration cantonale. A noter enfin que la compétence d'arrêter la classification des emplois et les conditions salariales appartient au Conseil d'Etat (art. 17 al. 3 LPers) comme le relève par ailleurs l'article 12 let. h ci-dessus.

Art. 37 b) Conditions particulières

Les règles de la LPers ne seront pas applicables au directeur général ou à la directrice générale et au directeur médical ou à la directrice médicale, ainsi qu'aux médecins. Leurs conditions de travail et de salaire seront fixées par des règlements adoptés par le conseil d'administration et approuvés par le Conseil d'Etat.

Art. 38 c) Gestion du personnel

La gestion du personnel devra être confiée à une unité centralisée du réseau hospitalier fribourgeois, qui s'occupera notamment des questions liées aux «mutations» (engagements, départs, ...) du personnel. Toutefois, pour des raisons d'économie de moyens, il est prévu que le Service du personnel et d'organisation (SPO) assume le versement des traitements pour l'ensemble du réseau hospitalier fribourgeois.

Art. 39 d) Régime transitoire

Lors de la reprise des activités par le RHF, les rapports de travail qui lient les hôpitaux repris à leurs employés passeront également à l'établissement. De ce fait, le RHF ne pourra pas immédiatement appliquer le nouveau statut à ces employés, de sorte qu'il sera nécessaire de maintenir, dans un premier temps, les anciennes conditions de travail et de salaire, à l'exception des adaptations immédiatement nécessaires qui sont imposées par le fonctionnement des sites (il s'agit essentiellement des questions liées aux horaires de travail dans les services qui assurent un fonctionnement permanent pendant toute l'année). Il se justifie dès lors de consacrer une disposition transitoire

à ce régime intermédiaire qui suit immédiatement la reprise des activités par le nouvel établissement.

CHAPITRE 6 Responsabilité

Art. 40 Principles

L'article 40 renvoie tout simplement aux dispositions de la loi du 16 septembre 1986 sur la responsabilité civile des collectivités publiques et de leurs agents (RSF 16.1; art. 2 al. 2 de cette loi).

Art. 41 Assurance

Il incombe au conseil d'administration de conclure une assurance responsabilité civile pour certaines activités présentant des risques particuliers pour les patients.

CHAPITRE 7 Surveillance

Art. 42 Grand Conseil

La compétence du Grand Conseil découle de son pouvoir inaliénable d'assumer la haute surveillance sur le gouvernement et les tribunaux (cf. art. 104 Cst FR). La haute surveillance sur le gouvernement s'étend non seulement à l'administration centrale, mais également à l'administration décentralisée dont le RHF fait partie.

Cette compétence est en outre le corollaire du pouvoir budgétaire, donc du pouvoir d'allouer le budget annuel au RHF.

Art. 43 Direction compétente en matière de santé

L'article 43 rappelle le pouvoir de surveillance du Conseil d'Etat et de la Direction compétente en matière de santé (voir art. 6 et 7 LSan).

Art. 44 Renvoi

L'article 44 renvoie aux dispositions de la LSAn pour ce qui concerne les modalités d'exercice de la surveillance.

CHAPITRE 8 Dispositions transitoires

Art. 45 Régime financier transitoire concernant les frais d'investissement

Pour assurer l'égalité de traitement entre les districts, il est prévu que chaque association de commune engage, en accord avec le Conseil d'Etat et au plus tard dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la loi, les investissements nécessaires pour que son hôpital puisse assumer la mission que lui assigne la planification hospitalière. Dans ce cas, le régime actuel de répartition des charges d'investissement, à raison de 45% à charge de l'association et de 55% à charge de l'Etat, sera prolongé.

Cette solution a été inspirée par ce qui s'est pratiqué lorsqu'il s'est agi de réunir les hôpitaux du district de la Gruyère, de la Glâne et de la Veveyse dans l'Hôpital sud fribourgeois (HSF). Cette mesure transitoire ne concerne que le district du Lac, pour les transformations nécessaires de l'Hôpital de Meyriez, et le district de la Sarine,

ce uniquement pour un crédit d'investissement relatif à des transformations de l'Hôpital cantonal de Bertigny (projet appelé Bertigny III) qui sera transmis au Grand Conseil en 2006. Pour le district de la Sarine, les investissements devront être financés à un taux de 21,48%, correspondant à ce qui est pratiqué pour l'Hôpital cantonal de Bertigny. Il faut enfin relever qu'en raison de la récente décision du Conseil Fédéral concernant la planification hospitalière, les travaux de transformation de Meyriez seront retardés d'un an et demi.

L'alinéa 4 renvoie à la législation sur les communes. Ainsi, si une association de district refusait d'engager les dépenses concernant la mise en place des infrastructures nécessaires pour remplir les missions qui lui sont fixées par la planification hospitalière cantonale, le préfet, respectivement le Service des communes puis la Direction en charge des communes doit l'inviter à remédier à la situation. En cas de refus définitif, le Conseil d'Etat pourrait retirer les missions confiées au site concerné ou alors se substituer à l'association en réalisant les investissements, une décision du Grand Conseil demeurant réservée (art. 151c ss de la loi sur les communes).

[NDR: Ces dispositions nouvelles font l'objet du projet de modifications de la loi sur les communes actuellement en examen auprès du Grand Conseil (état au 13.02.2006)]

Art. 46 Conditions de travail et de rémunération du personnel

La succession du RHF aux hôpitaux repris implique notamment un changement d'employeur. Pour les employés touchés par ce changement, il paraît important de fixer les principes applicables à ce changement dans une disposition transitoire.

L'alinéa 1 de l'article 46 rappelle le principe du changement d'employeur.

L'alinéa 2 précise d'abord que les employés seront, dans un premier temps, engagés aux conditions antérieures avant de passer aux nouvelles conditions. Il ne sera pas possible de leur garantir le maintien intégral de leurs conditions de travail et de salaire pour la simple raison que les employés des hôpitaux repris ne bénéficient pas tous du même statut. La situation de départ est donc inégale et le but consiste à offrir à tous les employés, par souci d'égalité de traitement, les mêmes conditions.

L'alinéa 3 garantit à tout employé le maintien de son salaire nominal; par salaire nominal, il faut entendre le salaire de base versé à l'entrée en vigueur de la présente loi, salaire qui ne fera pas l'objet de l'octroi du renchérissement ni d'échelons supplémentaires. Par contre, les autres paramètres de son statut changeront plus ou moins lors de l'introduction des nouvelles conditions qui seront applicables à tous les employés. Les paramètres susceptibles de se modifier lors du passage aux nouvelles conditions de travail et de salaire sont en particuliers les suivants: les prestations salariales accessoires, les droits d'expectatives en matière de salaires, les régimes de rétrocession d'honoraria, les horaires de travail, de garde et de piquet ainsi que les règles régissant les vacances et les congés.

L'échéance de ce passage devra être fixé par le Conseil d'Etat. Voir aussi ad art. 67 ci-dessous.

Art. 47 Prévoyance professionnelle

Il se justifie de traiter la problématique de la prévoyance professionnelle dans une disposition particulière. L'article 47 repose sur trois idées directrices:

- à la suite du changement d'employeur (art. 48 al. 1 ci-après), les rapports d'assurance passent à l'institution de prévoyance du Réseau hospitalier fribourgeois; le Réseau hospitalier fribourgeois est ainsi affilié, au même titre que les agents de la fonction publique, à la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat;
- le passage a lieu selon les dispositions fédérales en la matière (libre passage) et les règles statutaires des différentes institutions de prévoyance, étant entendu que le capital destiné à financer la partie dite «surobligatoire» des prestations de prévoyance devrait – sous réserve de dispositions impératives des statuts – passer également à la nouvelle institution de prévoyance.

Art. 48 Reprise de l'exploitation des hôpitaux existants

Les articles 48ss traitent de la reprise de l'exploitation des différents hôpitaux existants. Il s'agit de l'Hôpital cantonal et des hôpitaux exploités par les associations de communes.

L'alinéa 3 de l'article 48 prévoit que le RHF se substitue à l'association des communes de la Broye pour l'exploitation de l'Hôpital intercantonal de la Broye. Ainsi, les représentants de cette association seront remplacés au Conseil d'administration de l'Hôpital intercantonal de la Broye par des représentants du RHF.

Art. 49 Reprise des biens des hôpitaux existants

a) Reprise des biens de l'Hôpital cantonal

L'Hôpital cantonal est un établissement cantonal. La reprise des biens ne devrait donc pas poser des problèmes majeurs. L'article 49 pose les règles essentielles et renvoie, pour les détails, à une convention à passer entre l'Hôpital cantonal et le RHF, convention soumise à l'approbation du Conseil d'Etat.

Art. 50 b) Entrée en possession des biens hospitaliers des associations de communes

La reprise des biens des associations de communes exploitant les hôpitaux de district se passe en deux temps. Les associations mettent tout d'abord leurs biens immobiliers et mobiliers qui servent à l'exploitation de leurs hôpitaux gratuitement à disposition du RHF (al. 1).

En même temps, le RHF succède aux contrats passés entre les hôpitaux repris et des tiers (al. 2), ce qui veut dire qu'il reprend les droits et obligations qui y figurent.

Art. 51 c) Reprise des biens hospitaliers des associations de communes

Dans la mesure où le RHF reprend les activités des hôpitaux, il lui appartient de reprendre la propriété des biens destinés aux activités hospitalières actuelles et futures. Une exception a été faite pour ce qui concerne la propriété des terrains. Celle-ci est maintenue en faveur des communes, qui devront concéder un droit de superficie au RHF. L'article 55 prévoit que les associations de communes peuvent, en tout temps, renoncer à leur droit de propriété sur les terrains au profit du RHF.

Les raisons des choix opérés pour la reprise des biens sont exposées de manière détaillée dans la partie générale de ce message (cf chap. 5 ci-dessus: reprise des biens par le RHF).

L’alinéa 3 règle la question du retour anticipé, avant l’expiration du droit de superficie, des constructions sises sur des terrains qui ne seraient plus affectés aux activités hospitalières.

Art. 52 d) Reprise de la part fribourgeoise de l'Hôpital intercantonal de la Broye

L’article 52 prévoit la reprise par le RHF de la part fribourgeoise de l’Hôpital intercantonal de la Broye et en règle les modalités. Ainsi, dans le délai fixée à l’article 51 al. 1, le RHF reprend la propriété de la part fribourgeoise de l’Hôpital intercantonal de la Broye, à l’exception des terrains qui restent propriété de l’association des communes de la Broye pour l’exploitation de l’hôpital conformément à ce même article 51 al. 1.

Art. 53 e) Conventions réglant la reprise des biens et l’usage en commun de biens

Des conventions entre les RHF et les associations de communes devront être passées. Ces conventions auront pour but de dresser la liste des biens repris, ainsi que les modalités d’octroi du droit de superficie concédé par les associations au RHF. De plus, il est possible que le RHF doive exploiter en commun certains biens qui sont destinés à la fois à un usage hospitalier et à la prise en charge de personnes âgées (EMS).

Cet article prévoit la conclusion de conventions qui devront être approuvées par le Conseil d’Etat.

Art. 54 f) Modalités de transfert

Cette disposition consacre le principe du transfert des biens sans indemnité. Cette question a fait l’objet d’un développement détaillé dans la première partie du Message.

Art. 55 g) Transfert de la propriété des terrains au RHF

Il est possible qu’une association de communes, après le transfert des activités hospitalières au RHF, ait encore une autre tâche publique à accomplir, par exemple l’exploitation d’un home pour personnes âgées. Dans ce cas, cette association continuera à assumer cette tâche en utilisant, dans certains cas, des biens en commun avec le RHF. Dans la plupart des cas, l’association de communes n’aura plus aucune tâche publique à accomplir mais elle restera propriétaire des terrains sur lesquels elle devra, en vertu de l’article 51 ci-dessus, concéder un droit de superficie. Dans ce cas, elle pourra opter entre deux solutions: soit elle reste nue-propriétaire des terrains en maintenant sa structure d’association de communes, soit elle décide de céder ses terrains aux conditions prévues par l’article 54 de la loi et elle pourra envisager sa dissolution et sa liquidation selon les dispositions de la loi sur les communes (articles 128 et 129).

Art. 56 h) Préavis et contestation

Cette disposition prévoit que, en l’absence de convention, les contestations portant sur la reprise des biens et les modalités d’octroi du droit de superficie seront vidées en dernier ressort par le Conseil d’Etat, sur préavis d’une commission paritaire.

Art. 57 i) Exonération fiscale

Cette disposition n’appelle pas de commentaires; elle est suffisamment explicite.

Art. 58 j) Inscription au Registre foncier

Cette disposition n’appelle pas de commentaires; elle est suffisamment explicite.

Art. 59 k) Amortissement

Les infrastructures hospitalières reprises des associations de communes devront être inscrites dans le bilan du RHF et consolidées dans le bilan de l’Etat. Ce patrimoine administratif, comme les autres infrastructures de l’Etat, devra être amorti afin de disposer, le moment venu, de l’autofinancement nécessaire à sa modernisation. Dans un souci de simplification, il est renoncé à procéder, pour ces objets repris, à un amortissement objet par objet, sauf pour les nouveaux investissements et pour les biens déjà propriété de l’Etat. L’amortissement annuel fixé pour les biens repris se réfère à une valeur estimée des biens immobiliers de l’ordre de 150 millions de francs (estimation fondée sur la valeur incendie). A signaler que le montant annuel de 7,5 millions de francs est légèrement inférieur à la moyenne 1999–2005 des amortissements inscrits dans les comptes de l’Etat pour le subventionnement des constructions des hôpitaux de districts.

Art. 60 Fonds et fondations

Certaines associations de communes sont actuellement chargées de gérer des fonds divers. Avec la création du RHF, il est normal que la gestion de ces fonds soit confiée au réseau qui reprend globalement la mission et les activités qui étaient assumées jusqu’alors par ces associations. Quant aux fondations, elles disposent d’une personnalité juridique propre. Avec le concours du Service de la surveillance des fondations et de la prévoyance professionnelle, il pourra être procédé, si nécessaire, à une réaffectation des fonds et des fondations liées aux activités hospitalières.

Art. 61 Trésorerie initiale

Afin d’éviter des problèmes de liquidité au départ des activités du RHF, l’article 61 prévoit une dotation spéciale accordée par l’Etat.

CHAPITRE 9 Dispositions finales

Art. 62 et 63 Incidences fiscales et fixation des coefficients d’impôts

L’article 62 prévoit que, pour le canton, la charge supplémentaire induite par la reprise de l’excédent des charges d’exploitation des hôpitaux implique une augmentation du coefficient de l’impôt sur les personnes physiques et sur les personnes morales de 8,88 points. Voir aussi ci-dessous le point 4.4 intitulé «Incidence de la modification des ressources fiscales sur la péréquation financière intercantionale et le classement des cantons».

L’article 63 concerne les incidences pour les communes; il prévoit que l’adaptation des coefficients d’impôts doit être proportionnelle aux économies réalisées.

La modification des coefficients pour le canton et les communes sera fixée par le Conseil d’Etat dans une ordonnance d’exécution de la présente loi. A relever toutefois que, pour les communes qui seraient amenées à modifier leurs coefficients d’impôts pour des raisons externes à la présente loi, elles en gardent la possibilité en

application des dispositions ordinaires de la loi sur les communes et de la loi sur les impôts communaux.

Art. 64 Modifications

a) Subventions

Selon l'article 21 al. 2 de la loi sur les subventions, «Lorsque le total des subventions nettes de fonctionnement prévues au budget atteint le quart du total du produit de la fiscalité cantonale, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil des modifications législatives en matière de subventionnement. Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de cette disposition.»

L'entrée en vigueur de la législation relative au RHF aura pour conséquence, d'une part, de supprimer la subvention cantonale aux hôpitaux de district (budget 2006: 27,8 millions de francs) et de la remplacer par une charge correspondante inscrite au budget de l'Etat pour le RHF, charge qui n'a donc plus le caractère d'une subvention. D'autre part, l'augmentation du coefficient de l'impôt sur les personnes physiques et sur les personnes morales de 8,88 points, permettant à l'Etat d'assumer seul la charge supplémentaire, entraîne donc une augmentation du produit de la fiscalité cantonale (62 millions de francs sur la base de l'exercice 2006). Sous ce double effet, le ratio entre subvention nette et produit de la fiscalité cantonale est ainsi modifié et implique, pour l'année 2006, un abaissement de la limite légale à 20,97% (arrondi à 21%), toutes choses égales par ailleurs. La diminution des subventions conjuguée à l'accroissement des recettes fiscales abaisse en effet «mathématiquement» la quote-part des subventions par rapport à la fiscalité. Sans changement de ce ratio, la législation sur le RHF dégagerait «artificiellement» une marge de manœuvre dans le subventionnement de plus de 43 millions de francs. Cet effet serait contraire à l'esprit de la loi et à la volonté du législateur.

Pour tenir compte de la marge de manœuvre qu'avait prévue le législateur lors de la fixation du taux de 25%, une nouvelle limite est fixée à 22% et l'article 21 al. 2 de la loi sur les subventions modifié en conséquence.

Art. 65 b) Santé

Conformément à l'article 35 al. 3 de la présente loi, le RHF aura l'obligation de fournir à la Direction compétente en matière de santé des statistiques hospitalières utiles à des fins de planification. Cette exigence doit également pouvoir être posée aux hôpitaux privés sis sur le territoire fribourgeois. La loi sur la santé est le siège de la matière adéquat pour poser cette exigence. C'est la raison pour laquelle il est proposé de compléter l'article 105 de cette loi.

Art. 66 Abrogations

L'article 66 prévoit l'abrogation de la loi du 23 février 1984 sur les hôpitaux et de la loi du 2 mars 1999 sur l'Hôpital cantonal.

Art. 67 Entrée en vigueur

L'entrée en vigueur de la présente loi devra être fixée au 1^{er} janvier 2007. Le Conseil d'Etat peut prévoir une entrée en vigueur échelonnée dans le temps, pour permettre au nouveau RHF de débuter dans les meilleures conditions possibles.

Le nouveau régime de financement hospitalier prévu par la présente loi doit impérativement entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2007 pour prendre le relais du système de financement du déficit d'exploitation des hôpitaux dit du «pot commun», qui prend fin au 31 décembre 2006. Pour les années 2003 à 2006 en effet, la moitié de l'excédent des dépenses à la charge de chaque association de communes exploitant un hôpital est mise à la charge de l'ensemble des communes des six districts, organisées en association pour l'exploitation d'un hôpital (cf. art. art 27 al. 1 let. a et 32a de la loi du 23 février 1984 sur les hôpitaux).

En vue de l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement hospitalier, la modification des coefficients d'impôts cantonaux et communaux devra être fixée par ordonnance du Conseil d'Etat (cf. art. 63 al. 2). Cette ordonnance, qui entrera donc en vigueur le 1^{er} janvier 2007, doit être prise et publiée dès la fin du délai référendaire, de façon à permettre à chaque commune de préparer son budget 2007.

Le Conseil d'Etat procédera également à la mise en vigueur des dispositions applicables au conseil d'administration et à la nomination des membres de ce conseil en les mandatant d'agir au nom du RHF dès le 1^{er} janvier 2007.

Par ailleurs, le règlement d'exécution de la présente loi, qui devrait également entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2007, doit fixer l'échéance du passage aux nouvelles conditions de travail et de salaire applicables à toutes les personnes employées par le RHF (cf. art. 46 al. 3). Cette échéance devrait vraisemblablement se situer deux ans au plus tard après l'entrée en vigueur de la loi, ce délai paraissant suffisant pour permettre la préparation et la signature des nouveaux contrats de travail.

Art. 68 Referendum

Pour le commentaire concernant le referendum financier, cf. ci-dessus ch. 6. 3.

9. CONCLUSION

Le Conseil d'Etat invite dès lors le Grand Conseil à adopter le présent projet de loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois.

**BOTSCHAFT Nr. 251
des Staatsrats an den Grossen Rat
zum Entwurf des Gesetzes
über das Freiburger Spitalnetz**

13. März 2006

Hiermit unterbreiten wir Ihnen einen Entwurf des Gesetzes über das Freiburger Spitalnetz (FSN).

1. Einführung
2. Tragweite und Ziele des Gesetzesentwurfs
3. Gewählte Rechtsform für das Freiburger Spitalnetz
4. Neues System der Führung und Finanzierung der Spitäler
5. Übernahme der Vermögen durch das Freiburger Spitalnetz
6. Finanzielle Auswirkungen

7. Inkrafttreten des Gesetzes
8. Detaillierte Erläuterung des neuen Gesetzes
9. Antrag

1. EINFÜHRUNG

Infolge des Postulats Françoise Morel und Antoinette Romanens über die Kantonalisierung der Gesundheitseinrichtungen beauftragte der Staatsrat eine Arbeitsgruppe mit einer ausführlichen Analyse sämtlicher kantonaler Einrichtungen des Gesundheitswesens und mit der Formulierung von Vorschlägen für eine Verbesserung ihrer Effizienz. Der Staatsrat hatte schon Gelegenheit, sich zumindest partiell zu diesem Thema zu äussern, in seiner Antwort auf die in ein Postulat umgewandelte Motion Jean-Louis Aubry und Mitunterzeichner betreffend die Revision des Spitalgesetzes und des Gesetzes über die Beitragsleistung für Sonderbetreuung in Betagtenheimen, sowie in seinem Spitalplanungsbericht vom August 1997 (s. Bericht vom August 1997, S. 59 ff.).

Aufgrund der obgenannten Studie verabschiedete der Staatsrat am 16. April 2003 einen ersten Bericht. Dieser kam zum Schluss, vorrangig sei die Reform des Spitalsystems, um rasch den folgenden Anforderungen entsprechen zu können:

- bessere Nutzung der Ressourcen, um weiterhin allen Freiburger Patientinnen und Patienten den Zugang zu einer guten Spitalpflege anbieten zu können;
- Einführung einer leistungsstärkeren, transparenteren und vor allem auf Kantonsebene besser koordinierten Spitalbewirtschaftung im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes, welcher die Vernetzung der Spitäler untereinander – in enger Verbindung mit den übrigen Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, sozialmedizinische Zentren, Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause und ambulanter Sektor) – beinhaltet;
- Behebung der in der Spitalfinanzierung festgestellten Mängel, um Anforderungen zu genügen, die sich sämtlichen Kantonen stellen.

Die Reaktionen auf die breite Vernehmlassung durch den Staatsrat waren sehr positiv. Grundsätzlich wurden die Reform der Spitäleinrichtungen und die Errichtung eines Freiburger Spitalnetzes von allen politischen Parteien ausser der SVP, vom Verband Freiburgischer Gemeinden und nahezu einhellig von allen Gemeinden, die sich dazu äusserten, gutgeheissen.

Der Staatsrat beauftragte daraufhin eine erweiterte Arbeitsgruppe mit der Ausarbeitung eines Gesetzesvorentwurfs für die Errichtung des Freiburger Spitalnetzes, die Einführung eines neuen Spitalfinanzierungssystems und die Übertragung der Spitalvermögen von ihren heutigen Eigentümern, den Gemeindeverbänden, an das neue Netz.

Der Vorentwurf des Gesetzes über das Freiburger Spitalnetz (FSN) befand sich von Ende August bis Ende Oktober 2005 in der Vernehmlassung. Was die grossen Linien der geplanten Spitalreform angeht (Grundsatz der Vernetzung der öffentlichen Spitäler unter der Führung durch ein einziges Gebilde), so drückten nahezu alle befragten Organismen aus, dass sie die geplante Reform grundsätzlich unterstützen. In Bezug auf den Finanzausgleich für die Lastenübertragung sprachen sich zahlreiche befragte Organismen vorbehaltlos für die gewählte Art des Fi-

nanzausgleichs aus (Änderung der Steuerressourcen), wohingegen die Mehrzahl der übrigen befragten Organisationen zwar grundsätzlich dafür war, aber mit Vorbehalten, denen so weit wie möglich Rechnung getragen wurde; einige Organisationen sprachen sich dagegen aus. In der Frage der grundsätzlich unentgeltlichen Übernahme der Vermögenswerte (Immobilien und Ausrüstungen) sprachen sich mehrere Organisationen für das vorgeschlagene Verfahren aus. Andere erklärten, sie könnten sich unter bestimmten Voraussetzungen für einen unentgeltlichen Vermögenstransfer erwärmen.

Die in der Vernehmlassung gesammelten Meinungen veranlassten die Steuerungsgruppe zu Änderungen am Gesetzesentwurf.

2. TRAGWEITE UND ZIELE DES GESETZESENTWURFS

2.1 Mängel des heutigen Systems

Das heute geltende Organisations- und Finanzierungssystem nach den Bestimmungen des Spitalgesetzes vom 23. Februar 1984 beruht auf dem Grundsatz der geteilten Verantwortung zwischen Kanton und Gemeinden. Dieses System ist der Situation mit Sicherheit nicht mehr angemessen. In seiner Organisation hat es Grenzen erreicht; die Aufsplitterung der Machtbefugnisse zwischen einer Vielzahl von Organen sowie die mangelnde Übereinstimmung zwischen Zählern und Entscheidungsträgern sind Hindernisse für eine gute Bewirtschaftung der Spitäler.

Die Tatsache, dass die regionalen Spitäler schon heute kantonale Leistungen anbieten, stellt einen weiteren Grund für die Änderung des derzeitigen Systems dar.

Das vorgeschlagene neue Gesetz zielt auf die Behebung der festgestellten Mängel hin und erstreckt sich auf die folgenden wesentlichen Punkte:

- Es wird eine selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Freiburger Spitalnetz (FSN) errichtet, und sie erhält den Auftrag, das ganze Spitalsystem zu führen.
- Die finanzielle Beteiligung der Gemeinden am Aufwand der Spitäler wird abgeschafft.
- Die Spitalstrukturen werden dem FSN zur Verfügung gestellt, damit es seinen Auftrag erfüllen kann.

2.2 Ziele

2.2.1 Finanzielle Ziele

Die finanziellen Ziele der Errichtung des FSN werden unter Ziffer 6.2. beschrieben.

2.2.2 Medizinische Ziele

Zwar bleibt die Verteilung der Aufträge eines jeden der Spitalstandorte im Rahmen der Spitalplanung ein Vorrang des Staatsrats, jedoch ist die Anwendung vor Ort im Wesentlichen operationeller Art.

Die Freiburger Spitäler sollen nicht mit den Universitätszentren konkurrieren. Es ist aber unabdingbar, Spitäler zu fördern, die ein interessantes Tätigkeitsvolumen aufweisen.

Die Vernetzung des Spitalsystems ist ein gutes Mittel hierfür. Sie stellt ein wichtiges Element für die Erhaltung

und Entwicklung der Kompetenzen des Personals und somit der Pflegequalität dar.

Die medizinischen Abteilungen müssen auf der Stufe der Gesamtheit der Standorte, das heisst auf kantonaler Ebene geschaffen und organisiert werden, um eine ausreichende kritische Menge zu erlangen und für die Ausbildung des Ärzte- und Pflegepersonals anerkannt zu werden.

Somit wird die Einführung des neuen Spitalsystems vor allem der Verbesserung der Pflegequalität sowie einer vermehrten Sicherheit der Patientinnen und Patienten dienen (s. hierzu auch Ziffer 4.1.3).

2.3 Grenzen des Entwurfs

2.3.1 Komplementäre Gesetzesbestimmungen

So wichtig dieses Gesetz ist, bestimmt es doch nicht alle Hebel der Spitalpolitik. Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) und das Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 enthalten diesbezüglich schon wesentliche Bestimmungen. Sie sind die rechtliche Grundlage für die Planung der Gesundheitsversorgung. So errichtet der Kanton aufgrund der Bedarfsentwicklung die Liste der Spitäler, in der sowohl die öffentlichen Spitäler (künftig das Freiburger Spitalnetz) als auch die privaten Leistungserbringer, die zur Sicherstellung der Bedarfsdeckung beitragen, aufgeführt sind. Übrigens können die Privatkliniken aufgrund ihrer Aufnahme in die Liste der Spitäler ihre Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungen erteilen. Das Gesundheitsgesetz seinerseits behandelt erschöpfend das Bewilligungs- und Aufsichtssystem, das volumäfig auch für die Privatkliniken gilt.

2.3.2 Getrennte Behandlung der Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit

Es stellte sich auch die Frage, ob es nicht zweckmässig wäre, die psychiatrischen Spitäler in das Projekt einer einzigen Spitalanstalt aufzunehmen. Auch dieser Sektor befindet sich zurzeit voll in Neustrukturierung. Deren Ziel besteht jedoch darin, den ambulanten Sektor aufzuwerten und das System für psychische Gesundheit auf integrierte Behandlungsketten und nicht auf Institutionen zu zentrieren. Das heisst, ambulante Behandlungen sollen gegenüber der stationären Versorgung bevorzugt werden.

Eine Integration der psychiatrischen Institutionen in das Netz würde einen umfassenderen Ansatz der Medizin mit allen entsprechenden Vorteilen erlauben.

In einer ersten Zeit erfolgt die Vernetzung der Spitalstrukturen jedoch ohne Einschluss der psychiatrischen Pflege. Diese Lösung wurde aus folgenden Gründen gewählt:

- Der Psychiatrie-Sektor besteht nicht nur aus Spitätern. Eine Integration aller derzeitigen und noch zu entwickelnden Strukturen in ein einziges Netz würde dessen Führung unverhältnismässig komplex machen.
- Wenn man ab seiner Einsetzung die Grösse des Netzes erweitert und seine Aufträge vervielfacht, läuft man Gefahr, das System aus operationeller Sicht nur schwer steuerbar zu machen.
- Die sowohl für den somatischen Spitalsektor als auch für die psychiatrische Versorgung gewählten Lösun-

gen müssen sich in ein flexibles und entwicklungs-fähiges System einfügen.

Längerfristig ist eine Fusion durchaus denkbar und wird leichter als heute durchführbar sein. Denn beide Netze verfügen über einen gleichen Rechtsträger, was die Operationen vereinfachen wird.

In der Zwischenzeit sind die beiden Netze zur Zusammenarbeit verpflichtet, und jeder von ihnen hat die Möglichkeit, dem anderen Leistungsaufträge zu erteilen.

2.3.3 Vorbehalt für das HIB

Das Spital von Estavayer-le-Lac bildet zusammen mit demjenigen von Payerne das Interkantonale Spital der Broye (HIB). Diese Institution beruht auf einer interkantonalen Vereinbarung, deren Bestimmungen gegenüber dem Kantonsrecht Vorrang haben. Nichtsdestoweniger müssen Lösungen getroffen werden, die mit der besonderen Art dieser Institution vereinbar sind und geeignet, eine Systemgleichheit unter den verschiedenen Regionen des Kantons zu schaffen, wo es sich um das Eigentum an den Spital-Infrastrukturen und um die Finanzierung des Freiburger Anteils an den Betriebskosten des HIB handelt.

3. GEWÄHLTE RECHTSFORM FÜR DAS FREIBURGER SPITALNETZ

Zuletzt fiel die Wahl auf die Form der selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts, statt auf ein anderes Organisationsmodell wie zum Beispiel die Errichtung einer Aktiengesellschaft, wie von manchen Vernehmlassungspartnern gewünscht wurde.

Die Vor- und Nachteile der einen oder anderen denkbaren Rechtsstruktur wurden eingehend geprüft, vor allem im Rahmen der Einführung des Tessiner Spitalnetzes. Es muss kurz daran erinnert werden, dass die gewählte Form, die Einsetzung einer selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit, im Kanton Freiburg schon bekannt ist und praktiziert wurde, nämlich für das Kantonsspital. Sie wurde in weiteren Kantonen für die Führung des ganzen Spitalsystems gewählt (TI, VS, NE, JU). Diese Struktur ist geeignet und es besteht kein Zweifel, dass die Form der selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts durchaus geeignet ist, eine leistungsstarke Führung des Spitalsektors sicherzustellen, sofern man ihr weit gehende Befugnisse erteilt und die Verantwortlichkeiten ihrer Organe klar definiert.

Mit dem Entscheid für eine öffentlich-rechtliche Anstalt wollte der Staatsrat auch den Charakter des öffentlichen Interesses unterstreichen, welcher der Organisation des Spitalsystems zukommt.

Die öffentlich-rechtliche Anstalt wird durch ein Gesetz errichtet, um ihr ihre demokratische Legitimation zu geben. Ihre grundlegenden Strukturen können nur über den Prozess einer ordentlichen Gesetzesänderung modifiziert werden, und dies ermöglicht ihre harmonische Entwicklung unter parlamentarischer Kontrolle. Über die Errichtung einer selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts ist es möglich, flexible, effiziente und funktionelle Strukturen einzusetzen. Die Urheber des Gesetzesentwurfs orientierten sich im Übrigen an der Organisation der Aktiengesellschaft, um eine strikte Aufteilung der Kompetenzen unter den verschiedenen Organen der

Anstalt vorzunehmen, ohne dabei den normativen und rigiden Zwängen des Rahmens zu unterliegen, den das Obligationenrecht auf dem Gebiet der Aktiengesellschaft setzt.

Sicher würde es die Errichtung einer Aktiengesellschaft des öffentlichen Rechts den Aktionären – es wären dies die Gemeinden und der Kanton – erlauben, in spezifischer Weise über besondere Gesetzesbestimmungen die Beziehungen zu diesem Unternehmen zu gestalten und ein Führungssystem zu definieren, das von den Bestimmungen des Obligationenrechts abweichen kann. Eine solche Rechtsstruktur stünde jedoch einem der Hauptziele des Entwurfs entgegen, der Übertragung nämlich der Aufgaben und Lasten des Spitalwesens von den Gemeinden an den Kanton allein, nicht zu reden von der Schwierigkeit, den Einflussanteil zu bestimmen, der jedem der Partner in einem solchen Gebilde zuzusprechen wäre.

Da es sich um eine nicht gewinnorientierte und stark subventionierte Institution handelt, ist die öffentlich-rechtliche Anstalt somit in mancher Hinsicht die am besten geeignete Lösung. Mit dieser Organisationsform verfügt der Kanton Freiburg künftig über ein wirksames Steuerungsinstrument für die Gestaltung und Führung des Spitalssektors, mit den geeigneten Mitteln für eine bessere Kontrolle der Ressourcen und der Kostensteigerungen auf diesem Gebiet.

4. NEUES SYSTEM DER FÜHRUNG UND FINANZIERUNG DER SPITÄLER

4.1 Argumente für die Errichtung eines Spitalnetzes

4.1.1 Bessere Zuteilung und Verwendung der Ressourcen

Die Vernetzung der verschiedenen Spitalstandorte unter einem einzigen Rechtsgebilde soll eine bessere Verwendung der Mittel für die Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglichen und gleichwohl die Pflegequalität gewährleisten. Die Führung des gesamten Systems durch einen einzigen Organismus wird die Transparenz unter den Standorten erhöhen und eine bessere Pflegekoordination zwischen den Diensten sicherstellen. Sie begrenzt die Gefahr einer inflationären Konkurrenz, was die Ausstattungen der verschiedenen Standorte und die Entwicklung ihres Leistungsangebots betrifft. Im Übrigen ist es mit einem einzigen Entscheidungsorgan leichter, interne Massnahmen zu ergreifen, mit denen sich die Leistungsfähigkeit von kostenaufwendigeren Anstalten oder Diensten verbessern lässt. Die Errichtung dieses Netzes soll zu einer rationelleren Verwendung der Ausrüstungen führen und eine Kohärenz im Bereich der Investitionen gewährleisten.

4.1.2 Harmonisierung des Informations- und Verwaltungssystems

Die Zusammenfassung der Spitäler in einer einzigen Anstalt mit mehreren Standorten wird die Einführung eines einzigen Informationssystems ermöglichen, wie schon im Spital des Freiburger Südens oder im Interkantonalen Spital der Broye geschehen. Somit wird eine laufende Überwachung des gesamten Netzes aufgrund dieser zentralisierten Informationen möglich sein. Diese Vernetzung erleichtert auch den Informationsaustausch unter den Standorten, Diensten, verschiedenen Gesundheits-

fachleuten, ist aber auch für das Personal der Hotellerie-, Logistik- und Verwaltungsdienste von Nutzen. Auf medizinischem Gebiet insbesondere – bei Verlegung einer Patientin oder eines Patienten etwa oder im Fall von ergänzenden Untersuchungen an einem anderen Standort – ermöglicht der Zugriff auf das vorige Patientendossier eine rationellere Versorgung. Im Übrigen ermöglicht die Sammlung und Bereitstellung von harmonisierten und auf einer einzigen Basis erstellten Statistikinformationen zuverlässige Vergleiche zwischen Einheiten – ein unverzichtbares Werkzeug für eine leistungsstarke Bewirtschaftung.

4.1.3 Koordination und grösstenbedingte Einsparungen

Durch die Einführung einer einzigen Verwaltungsorganisation und die Anwendung einer gemeinsamen Politik in Sachen Gehälter, Anschaffungen, Transporte, Informatik, Fortbildung, Fakturierung usw. werden grösstenbedingte Einsparungen erwartet (Zusammenfassung transversaler Funktionen, grösere Verhandlungsmenge). Im Übrigen werden die komplementären medizinischen Dienste durch ihre koordinierte Verteilung eine grössere «kritische Patientenmenge» aufweisen, was eine angemessene Benützung der Ausrüstungen zur Folge hat. Die Vernetzung der Standorte und Dienste dürfte somit eine langfristig harmonisierte Entwicklung des Spitalsystems sicherstellen, bei gleichzeitiger Garantie der Patientensicherheit und Leistungsqualität.

4.1.4 Finanzieller Anreizeffekt

Die gewählte Rechtsform einer selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts stellt dem Spitalnetz eine ausreichende Führungsautonomie sicher, so dass es ein effizientes, auf Innovation und Leistungsstärke ausgerichtetes Management entwickeln kann. Die Förderung dieses Unternehmungsgeistes drückt sich namentlich in der finanziellen Beteiligung der Anstalt am Betriebsergebnis aus. Wenn das Globalbudget für die Deckung des jährlichen Aufwands der Anstalt nicht ausreicht, muss die Anstalt für die Hälfte des Defizits aufkommen. Wenn im Gegenteil das Globalbudget nicht vollständig ausgeschöpft wird, fällt der nicht verwendete Überschuss je zur Hälfte an die Anstalt und den Staat. Es handelt sich hier um einen wichtigen Anreizeffekt für eine bessere Kontrolle der Spitalkosten und der Kosten des Gesundheitssystems allgemein.

4.1.5 Hin zu einer Leistungsfinanzierung

Das Spitalnetz in Form einer einzigen Anstalt erleichtert die Umsetzung des auf Bundesebene vorgesehenen neuen Systems der Finanzierung von Leistungen. Eine zentralisierte Verwaltung der Leistungskodierung für das gesamte Netz wird die Einheitlichkeit der Datenerhebung und eine einwandfreie Datenqualität sicherstellen, unverzichtbare und zwingende Voraussetzungen für die Einführung eines solchen Systems. Im Übrigen kann ein grösserer Rechtsträger, der sämtliche Standorte vereinigt, die allfälligen finanziellen Auswirkungen dieser neuen Vergütungsart, die ausschliesslich auf effektiv erbrachten Leistungen beruht, leichter bewältigen. Mangels Errichtung eines Spitalnetzes müsste diese neue Vergütungsart eine Neuverteilung der Mittel unter den Spitätern nach sich ziehen, je nach den behandelten Pathologien, und kleine Spitäleinheiten hätten mehr Schwierigkeiten, ihr zu entsprechen.

4.1.6 Kontroll- und Aufsichtsaufgaben der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion

Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion, das Amt für Gesundheit und das Kantonsarztamt wacht über die gute Ausführung des Leistungsauftrags an das FSN. So zum Beispiel erlässt sie die nötigen Weisungen für die Erstellung des Voranschlags und der Jahresrechnung, sie prüft die Ursachen und die Art einer allfälligen Über- oder Unterschreitung des Globalbudgets und nimmt dazu Stellung gegenüber dem Staatsrat, sie nimmt Stellung zu Investitionsprojekten und sammelt die nach ihren Weisungen erhobenen Statistiken.

Sie wacht ausserdem über die Umsetzung der auf Bundesebene erarbeiteten neuen Art der Abgeltung aufgrund von Leistungen.

4.2 Andere Aufteilung der Steuerressourcen: Verschiebung der Steuerfüsse

Die Aufhebung der finanziellen Beteiligung der Gemeinden am Spitalaufwand wird für den Staat bedeuten, dass er weitere Betriebskosten übernehmen muss, das heisst den Anteil, der heute von den Gemeinden für die Bezirksspitäler und den Gemeinden des Saanebezirks für das Kantonsspital getragen wird. Bezüglich des Spitalaufwands sei daran erinnert, dass die Betriebskosten des Kantonalen Psychiatrischen Spitals Marsens und der Sanitätsnotrufzentrale 144 sowie die Beteiligung des Kantons Freiburg an den Kosten ausserkantonalen Spitalaufenthalte schon heute vollumfänglich zu Lasten des Staates gehen.

Um die finanziellen Auswirkungen dieser Reform auszugleichen (Mehrbelastung des Kantons, Minderbelastung der Gemeinden), sind im Rahmen des Staatsratsberichts vom 16. April 2003 besonders zwei Varianten von Ausgleichsmassnahmen parallel zur Einsetzung des FSN geprüft worden:

- eine Neuverteilung der Aufgaben und Lasten, namentlich die Übernahme der Pflegeheime und Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause durch die Gemeinden (**Variante A**);
- eine Finanzierung des Spitalssektors ausschliesslich durch den Staat, wohingegen die volle Finanzierung der AHV- und IV-Ergänzungsleistungen an die Gemeinden übertragen und die gemeinsame finanzielle Beteiligung (Staat/Gemeinden) in den Sektoren Pflegeheime und Hilfe und Pflege zu Hause beibehalten wird (**Variante B**).

Zur **Variante A** ist zu sagen, dass sie es mit einer klaren Aufgabentrennung erlaubt, Kompetenzenüberschneidungen zu vermeiden und den Grundsatz der Beibehaltung beziehungsweise Verstärkung der Gemeindeautonomie zu wahren. Zwar wurde sie bei der Vernehmlassung zum Staatsratsbericht vom 16. April 2003 von einer Mehrheit der Gemeinden unterstützt, jedoch von den befragten Berufskreisen und Versicherern massiv verworfen, dies namentlich aus den folgenden Gründen:

Es ist schwer vorstellbar, dass die verschiedenen Elemente des Netzes strikt getrennten Entscheidungs- und Finanzierungsinstanzen unterstellt werden. Mit einer solchen Lösung ist die Durchlässigkeit eines Gesamtsystems, dank dem die Patientin oder der Patient der am besten geeigneten Versorgungsstruktur zugewiesen werden kann, nicht mehr gewährleistet, und die Ziele der Effizienz und Kostenbewältigung können nicht erreicht wer-

den. Für die Spitäler ist die Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer nur mit einem geeigneten System der Versorgung zu Hause und in den Betagtenheimen möglich. Sowohl die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause als auch die Pflegeheime machen den Mangel an Mitteln für eine Optimierung ihres Einsatzes geltend. Die heutige Situation weist darauf hin, dass der Einbezug des Staates in die Organisation der Pflegeheime und der Hilfe und Pflege zu Hause noch nicht genügt, um eine optimale Nutzung des Pflegenetzes sicherzustellen, und dass eine vermehrte Verantwortungsüberbindung an die Gemeinden dies auch nicht gewährleisten kann. In Abwesenheit eines homogenen Netzes kann diese Situation zahlreichen Patientinnen und Patienten zum Nachteil gereichen, die Gefahr laufen, zwischen den verschiedenen Strukturen hin und her geschoben zu werden, ohne Garantie einer geeigneten Versorgung.

Im Übrigen sind die Pflegeheime Krankenpflegeanstalten. Von daher und in Anwendung des KVG verfügt der Kanton über klar umrissene Kompetenzen:

- Planung und Anerkennung der Heime, die Pflege erteilen;
- ärztliche Betreuung und Massnahmen der Rehabilitation für Langzeitpatientinnen und -patienten (Liste der Pflegeheime des Kantons Freiburg);
- Kontrolle der Leistungsqualität.

Ausserdem teilt der Kanton die Hälfte der Beiträge an die Betreuungskosten unter den Gemeinden auf. Die Aufteilung erfolgt im Verhältnis der zivilrechtlichen Bevölkerung, die nach dem Finanzkraftindex gewichtet wird. Dies stellt einen gerechten Ausgleich unter den Gemeinden sicher, unabhängig von der Anzahl Personen, die in den Genuss der Subventionen kommen. Ein Rückzug des Kantons aus dem Finanzierungssystem für die Pflegeheime bedeutet eine nicht zu unterschätzende Gefährdung der Pflegeplanung, die auf eine gerechte Verteilung der Pflegeheime über die verschiedenen Regionen des Kantons hinzielt und die eine gute Verteilung der Betten zwischen den Rehabilitationsstätten und den Pflegeheimen sicherstellen muss. Der Rückzug des Kantons aus der Beteiligung an den Finanzlasten aus dem Betrieb der Pflegeheime könnte auch einige Nachteile bedeuten, was die freie Pflegeheimwahl der betagten Person und den Grundsatz der Gleichbehandlung angeht.

Die **Variante B** wurde von nahezu allen befragten Berufskreisen und Versicherern unterstützt, jedoch von einer Mehrheit der Gemeinden abgelehnt (zugunsten der Variante A), dies hauptsächlich wegen des vorgesehenen Finanzierungsausgleichs. Denn die Entscheide über die Erteilung von AHV-/IV- Ergänzungsleistungen unterstehen bundesrechtlichen Bestimmungen, und weder der Kanton noch die Gemeinden können auf den Grundsatz und die Höhe dieser Leistungen Einfluss nehmen. Da zudem der neue Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen, der demnächst umgesetzt wird, namentlich die Ergänzungsleistungen und die Finanzierung der IV beeinträchtigt, hätte man später in der Lastenverteilung zwischen Staat und Gemeinden weitere Anpassungen vornehmen müssen, um das mit einer solchen Massnahme angestrebte Gleichgewicht wahren zu können.

Aus diesen Gründen, aber auch deswegen, weil aus Gründen der Kostenneutralität auch in der Variante A die Gemeinden die AHV-/IV- Ergänzungsleistungen mitfinanzieren müssten, sind sowohl die Variante A als auch die Variante B verworfen worden.

Erarbeitet und von den Mitgliedern der erweiterten Arbeitsgruppe schliesslich gewählt wurde eine **neue Variante**. Diese am überzeugendste Lösung besteht in einer anderen Verteilung der Steuerressourcen (Verschiebung der Steuerfüsse).

Diese Lösung impliziert eine Änderung in der Verteilung der Steuerressourcen, indem die jährlichen Steuerfüsse bei den Kantsontsteuern für natürliche und juristische Personen angehoben und die Steuerfüsse der Gemeinden entsprechend gesenkt werden.

Für die Steuernverschiebung hat man sich, was die verwendeten Daten angeht, auf das am nächsten liegende Jahr zu beziehen. Die erste Analyse basierte auf dem Jahr 2003, von dem alle nötigen Statistikdaten vorlagen. Da aber das Gesetz über das FSN am 1. Januar 2007 in Kraft treten dürfte, erschien die zeitliche Kluft von vier Jahren betreffend die finanziellen Daten unannehmbar. Für die Analyse wurden daher berücksichtigt:

a) Voranschlag 2006 der Spitalausgaben

In Berücksichtigung besonderer Faktoren, die erst nach der Festlegung der vom Grossen Rat genehmigten Voranschläge 2006 eingetreten sind, können letztere nach oben evaluiert werden. Für diese Anhebung ist der wahrscheinliche Ausfall von Einnahmen von Seiten der Krankenversicherer berücksichtigt worden, der sich aus den folgenden Gründen erklären lässt:

- die Senkung des Taxpunktswerts TARMED;
- die Senkung des Taxpunktswerts für Laboranalysen.

Somit ergibt die Neuevaluation des Anteils der Gemeinden am Spitalaufwand für das Budget 2006 einen Mehrbetrag von 1,8 Millionen Franken (von budgetierten 60,2 Mio. Fr. auf veranschlagte 62 Mio. Fr.).

b) Veranschlagung des Steuerertrags 2006 von natürlichen Personen

Da keine Steuerdaten verfügbar sind, ist der Ertrag 2006 des Kantons und der Gemeinden nach der zwischen 2001 und 2003 festgestellten Entwicklung des Steuerertrags veranschlagt worden. Für die Veranschlagung des Ertrags der Gemeinden werden zum einen die kommunale Steuerentwicklung und zum anderen die Steuerentwicklung des Kantons berücksichtigt. Hervorzuheben sind zwei besondere Fälle, Ferpicloz und Siviriez, deren Steuererträge sich in einem Jahr mehr als verdoppelt haben und für die diese Veranschlagungsmethode nicht anwendbar ist. Ihnen werden für das Jahr 2006 «Pauschalbeträge» zugeteilt.

c) Veranschlagung des Steuerertrags 2006 von juristischen Personen

Der Steuerertrag von juristischen Personen entwickelt sich zufallsbedingter. Für das Potential 2006 wird der Durchschnitt der Jahre 2001, 2002 und 2003 berücksichtigt. Mehrere besondere Fälle sind hervorzuheben: für Romont und Villars-sur-Glâne wird ein erheblicher Rückgang festgestellt, für Bulle, Freiburg, Givisiez und Düdingen lassen sich erheblichere Beträge als der errechnete Durchschnitt vorhersehen.

d) Steuerfüsse 2006

Was die kommunalen Steuerfüsse angeht, so basiert die Analyse auf den heute effektiven Daten sowie auf den In-

formationen der Gemeinden über allfällige Änderungen per 1. Januar 2006. Diese Daten müssen im Laufe des Frühjahrs noch vom Amt für Gemeinden geprüft werden.

Infolge der Vernehmlassung fiel die Wahl auf die Verschiebung der Steuerfüsse für natürliche und juristische Personen. Obwohl konkret nur natürliche Personen Spitalleistungen beziehen, kann man einwenden, dass durch diese Leistungen die Gesellschaft im Allgemeinen und die Firmen als juristische Personen im Besonderen ebenfalls von den Vorteilen eines guten Gesundheitssystems profitieren (angemessene Versorgung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer).

4.2.1 Analyse der neuen Steuerfüsse für den Kanton und die Gemeinden in Steuerpunkten

Im Jahr 2006 beläuft sich für den Kanton der Übertrag sämtlicher kommunaler Beteiligungen am Spitalaufwand auf 61 971 332 Franken, das heisst 20 827 803 Franken aus der Beteiligung der Gemeinden am gemeinsamen Topf und 41 143 529 Franken aus ihren direkten Beiträgen an das Defizit der Bezirksspitäler. Die Mehrbelastung des Kantons impliziert somit eine Anhebung seiner Steuerfüsse für natürliche und juristische Personen, die derzeit auf 100% festgesetzt sind (s. Dekret vom 16. November 2005 über den Steuerfuss der direkten Kantsontsteuern für die Steuerperiode 2006; SGF 631.12), um 8,88 Punkte, somit neue jährliche Steuerfüsse von 108,88%.

Für die Gemeinden muss die Minderbelastung vom kommunalen Steuerertrag (Höhe der Kantsontsteuer multipliziert mit dem heutigen kommunalen Steuerfuss) abgezogen werden; das mit dem kantonalen Ertrag verglichene Resultat ermöglicht es, für jede Gemeinde einen idealen Steuerfuss zu berechnen, um ihr eine kostenneutrale Operation sicherzustellen. Für alle Gemeinden zusammen liegt die Senkung der Steuerfüsse zwischen – 0,93 bis – 14,96 Steuerpunkten für natürliche Personen, von – 0,93 bis – 14,38 Punkten für juristische Personen.

4.2.2 Analyse der steuerlichen Auswirkung auf die Steuerpflichtigen in Franken

Analysiert wurde die steuerliche Auswirkung auf die steuerpflichtigen natürlichen und juristischen Personen. Wie viel Steuern müssen sie künftig mehr oder weniger bezahlen?

Insgesamt liegen die Abweichungen in der Steuerbelastung natürlicher Personen in einer Bandbreite von + 6,12% und – 2,90%. Genauer gesagt erfahren 107 Gemeinden für ihre Steuerpflichtigen eine Senkung der zusammengezählten Kantsont- und Gemeindesteuern, 61 hingegen eine Erhöhung. Zu unterstreichen ist jedoch, dass in 157 Gemeinden die steuerlichen Auswirkungen auf natürliche Personen sehr gering oder günstig sind; das heisst, die Abweichung in der Steuerbelastung liegt zwischen + 1,37% und – 2,90% (rund 90% der Steuerpflichtigen).

Für die juristischen Personen ist die Bandbreite ziemlich gleich, zwischen + 6,12% und – 2,76%. In 108 Gemeinden nimmt die Steuerbelastung ab, in 60 Gemeinden nimmt sie zu. Bei den steuerpflichtigen juristischen Personen von 157 Gemeinden ist die Auswirkung schwach oder positiv, das heisst es ergibt sich eine Abweichung zwischen + 1,30% und – 2,76% (ebenfalls mehr als 90% der Steuerpflichtigen).

4.3 Auswirkung der Reform auf das kantonale System des interkommunalen Finanzausgleichs

Die Übernahme der Spitäler (und ihrer Lasten) durch den Kanton wird zur Folge haben, dass die heutigen Mechanismen des indirekten Ausgleichs – wie sie von den Gemeindeverbänden für die Aufteilung des Aufwands der Bezirksspitäler, von den Gemeinden des Saanebezirks für ihren direkten Anteil am Kantonsspital sowie für die Aufteilung des gemeinsamen Topfes betreffend die Ausgabenüberschüsse des Kantonsspitals unter den Gemeinden von sechs Bezirken (Saanebezirk ausgenommen) verwendet werden – verschwinden.

Die Reform der Finanzierung der Spitalstrukturen fügt sich in die derzeitigen Arbeiten für die Reform des kantonalen Systems des interkommunalen Finanzausgleichs ein. Anstelle eines indirekten Ausgleichs, in dem für die Berechnung und die Verteilung der Kantonsausgaben und die Subventionsteilung auf die Klassifizierung und den Finanzkraftindex der Gemeinden abgestellt wird, ist ein Projekt für den direkten Ausgleich in Prüfung. Es setzt die Aufgabe aller in den Verteilungsschlüsseln verwendeten Ausgleichselemente sowohl auf Kantonsebene als auch auf der Ebene der interkommunalen Verbände voraus.

4.4 Auswirkung der Umverteilung der Steuerressourcen auf den interkantonalen Finanzausgleich und die Klassierung der Kantone

4.4.1 Auswirkung auf den Finanzkraftindex des Kantons Freiburg

Es stellte sich die Frage nach der Auswirkung einer Erhöhung der kantonalen Steuerressourcen auf den Finanzkraftindex des Kantons Freiburg im System des interkantonalen Finanzausgleichs.

Per 1. Januar 2008 wird das System des interkantonalen Finanzausgleichs geändert: Berücksichtigt werden nicht mehr das Kriterium der Steuerbelastung und dasjenige des Steuerertrags (Steuerkraft), sondern das Kriterium der aggregierten Steuerbemessungsgrundlage (Steuersubstanz). Demzufolge ist es, was den eidgenössischen Finanzausgleich angeht, ohne Bedeutung, dass sich die Steuerbelastung des Kantons ändert, da diejenige der Gemeinden entsprechend abnimmt.

Um den Finanzkraftindex für die Jahre 2006/2007 festzusetzen, wird sich die Bundesverwaltung auf die für die Vorjahre verfügbaren Statistiken stützen, das heißt auf die Statistiken der Jahre 2003 und 2004, während denen keine Änderung der Steuerressourcen erfolgte.

Auch falls die neuen Normen für den Finanzausgleich nicht vor 2009/2010 in Kraft treten sollten, würde sich das neue kantonale System der Finanzierung des Spitalaufwands nicht auf den Finanzkraftindex des Kantons auswirken, denn die Bundesverwaltung wird sich auf die verfügbaren Statistiken der Jahre 2005 und 2006 stützen, und die in diesem Gesetz vorgeschlagene Änderung der Steuerressourcen wird noch nicht in Kraft getreten sein.

Demzufolge ist in keinem Fall eine Auswirkung auf den Finanzkraftindex des Kantons zu befürchten, wenn entschieden wird, die Gemeinden von den Spitalausgaben zu entlasten, und sich dadurch die Kantonsteuern erhöhen und die Gemeindesteuern gesenkt werden.

4.4.2 Auswirkung auf den Steuerbelastungsindex des Kantons Freiburg

Auf der Ebene der Bundesstatistik über die Steuerbelastung (interkantonale Vergleiche) werden für die Berechnung des Indexes ausser dem Kanton nur bestimmte Gemeinden unter den wichtigsten berücksichtigt (bis 50% der Kantonsbevölkerung erreicht sind). Die Operation «Erhöhung des kantonalen Steuerfusses/Senkung der Gemeindesteuerrüsse» ist daher nicht zwingend neutral, da sie nur ein Panel und nicht die Gesamtheit der Gemeinden betrifft.

Es ist derzeit nicht möglich, die Auswirkung der Änderung der Steuerressourcen auf den Steuerbelastungsindex des Kantons zu analysieren, da die Berechnung allfälliger Änderungen nicht einzeln für jeden Kanton erfolgt, sondern im Vergleich der Daten sämtlicher Kantone – Daten die noch nicht verfügbar sind.

Jedoch ist nach Meinung der Sachverständigen sicher, dass die Auswirkung der für das Projekt gewählten Kompressionsmaßnahme auf den Steuerbelastungsindex nicht signifikant sein wird und die Stellung des Kantons Freiburg nicht ändern wird.

5. ÜBERNAHME DER VERMÖGEN DURCH DAS FREIBURGER SPITALNETZ

5.1 Status der Spitalvermögen

Unter Spitalvermögen zu verstehen sind die unbeweglichen und beweglichen Vermögenswerte für die Führung eines Bezirksspitals, das der kantonalen Gesetzgebung untersteht und dem FSN angegliedert werden kann.

Die heutigen Rechtsträger der Spitäler sind die nach kantonalem öffentlichem Recht, genauer nach Artikel 109ff. des Gesetzes vom 25. September 1989 über die Gemeinden (GG; SGF 140.1), organisierten Gemeindeverbände.

Unter der heutigen Regelung haben sich mehrere Gemeinden zusammengeschlossen, um einen öffentlich-rechtlichen Verband für die Führung eines Spitals zu errichten; die für diese Aufgabe verwendeten Vermögenswerte gehören zum Verwaltungsvermögen dieses Verbands, der eine juristische Person des öffentlichen Rechts ist.

Hingegen fällt das Vermögen einer juristischen Person des privaten Rechts nicht unter das Verwaltungsvermögen, auch wenn es der Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe dienen sollte, mit welcher der Staat diese betraut hat (BGE 107 II 44, Regionalspital St. Maria, Visp; Pierre Moor, Droit administratif, vol. III, Bern 1992, ch. 6.6.1, S. 321). Bei einer solchen Hypothese braucht man jedoch nicht zu verweilen, da kein Spital, das dem FSN angeschlossen werden kann, nach den Regeln des Privatrechts organisiert ist.

Als Verwaltungsvermögen gelten die Vermögenswerte von Körperschaften des öffentlichen Rechts, die direkt für die Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe verwendet werden; diese Vermögenswerte werden entweder durch die Amtsträger des Staates verwendet oder sie dienen als materielle Mittel (Mobilien und Immobilien) für die Erteilung von Leistungen an die Bürgerinnen und Bürger (Moor, op. cit., ch. 6.6.1, S. 321). Das Finanzvermögen hingegen umfasst die Vermögenswerte von Körperschaften des öffentlichen Rechts, die nicht für einen Zweck von öffentlichem Interesse verwendet werden, somit den Wert eines Kapitals haben und als solches Einkünfte generieren oder flüssig gemacht werden können (Moor, op. cit., ch. 6.6.2, S. 325).

5.2 Verwendung des Verwaltungsvermögens

Soweit das Spitalvermögen zum Verwaltungsvermögen gehört, dient es dem öffentlichen Gebrauch und kann nur mit Einwilligung der zuständigen Kantonsbehörde seiner ursprünglichen Bestimmung entzogen werden (wegen der Finanzierung durch den Kanton als Anfangsinvestition zur Begründung des Spitalvermögens).

Die Vermögenswerte des Verwaltungsvermögens haben keinen Marktwert und sind grundsätzlich unveräußerbar, solange sie zweckbestimmt verwendet werden. Die Veräußerung ist möglich, wenn ihr eine Bestimmungsentziehung vorausgeht oder sie mit einer solchen einhergeht (Moor, op. cit., no. 2953 s., S. 608). Diese Vermögenswerte sind auch unpfändbar.

Im Fall des FSN kann das Spitalvermögen als Eigentum eines von Gemeinden errichteten öffentlich-rechtlichen Verbandes nicht an das FSN «verkauft» werden, solange es zu Spitalzwecken verwendet wird. Hingegen kann es dem FSN aufgrund eines Gesetzes entschädigungslos zur Verfügung gestellt werden (s. Ziffer 5.4).

5.3 Abtretung der Spitalvermögen an das FSN

Die Abtretung der Spitalvermögen an das FSN geht einher mit der Übertragung von Aufgaben, die zuvor von den in das FSN einzugliedernden Spitäler wahrgenommen wurden. Eine solche Überführung muss vom Gesetzgeber beschlossen werden (Blaise Knapp, *Précis de droit administratif*, 4^e édition, Basel 1992, Nr. 785; Ulrich Häfelin und Georg Müller, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 4. Auflage, Zürich 2002, Nr. 827, S. 173). Das Gesetz muss diesen Grundsatz für die an das FSN zu übertragenden Spitalvermögen konkretisieren.

Das Interkantonale Spital der Broye (HIB), von dem ein Teil des Vermögens (der Standort Estavayer-le-Lac) noch dem Gemeindeverband des freiburgischen Broyebezirks gehört, stellt einen Fall dar, der gesondert behandelt werden muss.

5.4 Die Unentgeltlichkeit der Übernahme der Spitalvermögen

Was die Entgeltlichkeit oder Unentgeltlichkeit der Vermögensübernahme durch das FSN angeht, so ist wie gesagt zu unterscheiden zwischen dem Spitalvermögen als Teil des Verwaltungsvermögens eines kommunalen oder interkommunalen öffentlich-rechtlichen Rechtsträgers und dem Spitalvermögen einer mehrheitlich durch die Gemeinden beherrschten juristischen Person des Privatrechts; nur der erste Fall interessiert uns in diesem Zusammenhang. Am Rande sei vermerkt, dass die Übernahmeverfahren nicht möglich wäre, wenn das FSN eine Aktiengesellschaft wäre, da es sich um einen privaten Rechtsträger handeln würde. Nur eine öffentlich-rechtliche Körperschaft kann eine Übernahme vornehmen, es sei denn, man ginge über eine Fusion durch Übernahme, was namentlich die Art der Bewertung des Vermögens des übernommenen Rechtsträgers (hier: des Spitalvermögens des Gemeindeverbands) ändern würde.

Die Übernahme der Vermögenswerte des Verwaltungsvermögens erfolgt ohne Entschädigung, da das Verwaltungsvermögen keinen Marktwert hat und weil seine Zweckbestimmung unverändert bleibt. Es handelt sich lediglich um einen Wechsel des Rechtsträgers: das FSN

nimmt den Platz der in das Netz integrierten Spitäler ein. Die Unentgeltlichkeit leitet sich an letzter Stelle aus dem Grundsatz der Notwendigkeit des öffentlichen Beitrags ab, der das Gemeinwesen daran hindert, Steuern auf rein finanzielle Operationen zu erheben (z. B. Kauf von so genannten «Reserve»-Grundstücken). Wenn ein Spital dem FSN seine Vermögenswerte «verkaufen» könnte, würde dies darauf hinauslaufen, dass es diese vorher seinem Zweck entziehen und als Vermögenswerte des Finanzvermögens veräußern könnte. Der Staat – durch das FSN – müsste seinerseits Steuerressourcen für die Finanzierung des Erwerbs des Spitalvermögens einsetzen, indem es dieses wieder dem Verwaltungsvermögen zuführte. Eine solche Zweckentfremdung, gefolgt von einer Wiederverwendung des Spitalvermögens, dessen Zweckbestimmung sich in Wirklichkeit nie ändert, ist mit dem Grundsatz des haushälterischen Umgangs mit Finanzmitteln unvereinbar; man kann von den Steuerpflichtigen nicht verlangen, dass sie alle zwanzig bis dreissig Jahre ganze Teile des Verwaltungsvermögens von Staat oder Gemeinden neu finanzieren, blass weil das Gemeinwesen beschliesst, Vermögenswerte in das Finanzvermögen zu überführen, um Geld zu gewinnen.

Der Grundsatz der Unentgeltlichkeit der Übernahme der Vermögen durch das FSN ist somit klar gerechtfertigt. Auch die folgenden Argumente untermauern dies:

1. Die Spitalinfrastrukturen dienen nach wie vor den Patientinnen und Patienten der Freiburger Bezirke, wie dies heute der Fall ist.
2. Im Rahmen der Neuaufteilung der Aufgaben mit den Gemeinden übernimmt der Kanton die volle finanzielle Verantwortung für den Spitalssektor und werden die Gemeinden dieser Last vollständig entbunden.
3. Es handelt sich um Infrastrukturen, die stark defizitären Aufgaben dienen; sie tragen daher keine bzw. sogar eine negative Rendite.

Die folgende Tabelle der von den Gemeinden eingegangenen Investitionen erfasst die Investitionen in Verbindung mit der neuen Spitalplanung. Sie umfasst auch die künftigen Projekte für die Umwandlung des Spitals Meyriez (veranschlagter Betrag zu Lasten der Gemeinden rund 9 Millionen Franken) und der Normangleichung und Renovation des Kantonsspitals (veranschlagter Betrag zu Lasten der Gemeinden rund 6 Millionen Franken) – Projekte, die noch von den Gemeinden subventioniert werden müssen.

Kommunale Beteiligung am Bauaufwand in Verbindung mit der Spitalplanung (1996–2006)

	Totalaufwand Fr.	Aufwand Fr./Einwohner/in *
Saane	18 838 765	238
Sense	18 244 262	493
Greyerz	23 378 705	641
See	9 372 895	355
Glane	9 043 729	522
Broye	8 275 500	403
Vivisbach	1 435 500	119
Kanton	88 589 355	387

* Durchschnittliche Bevölkerung 1990–2004

Die Tabelle zeigt, dass der Aufwand je Einwohner/in und Bezirk zwischen 119 Franken für den Vivisbachbezirk und 641 Franken für den Greyerzbezirk variiert. Diese Unterschiede widerspiegeln zum Teil die für den Unterhalt bestimmten Beträge in den Betriebskosten und den Umfang der Umbauprojekte, welche die Gemeinden für ihr Spital beschlossen haben. Wenn somit die Kosten je Einwohner/in von einem Bezirk zum anderen variieren, trifft dies auch für das Angebot zu.

In Bezug auf die Betriebskostenüberschüsse ergibt die Veranschlagung für das Jahr 2006 eine Durchschnittsbelastung von 248 Franken je Einwohner/in. Bestimmte Bezirke wie der See-, der Sense- und der Saanebezirk liegen unter diesem Durchschnitt, die übrigen darüber. Es sei unterstrichen, dass diese Unterschiede noch ausgeprägter wären ohne den gemeinsamen Topf, der am 31. Dezember 2006 ausläuft. Die Abweichungen erklären sich zum Teil durch die für jedes Bezirksspital unterschiedlichen Pflegedeckungsgrade der Bevölkerung; dieser Deckungsgrad ist im See- und im Sensebezirk niedriger als in den Bezirken des südlichen Kantonsteils und im Broyebezirk. Hervorzuheben ist, dass der durchschnittliche Aufwand je Einwohner/in kein geeigneter Indikator für die Beurteilung der Kosten eines Spitals ist. Denn die Betriebskosten eines Spitals müssen in Beziehung gesetzt werden zu der Menge und Art der betreuten Fälle. So hat das Spital der Broye, das einen über dem Durchschnitt liegenden Aufwand je Einwohner/in ausweist, für bestimmte Dienste die niedrigsten Produktionskosten.

Kommunale Beteiligung an den Betriebskostenüberschüssen der Spitäler (im Franken)

	Ausgaben 2003	Ausgaben je Einw. 2003	Ausgaben 2004	Ausgaben je Einw. 2004	Ausgaben 2005	Ausgaben je Einw. 2005	Ausgaben 2006	Ausgaben je Einw. 2006
Saane	17 946 596	217	17 619 246	209	19 961 842	234	20 315 726	238
Sense	7 795 365	201	8 047 243	207	8 233 447	210	8 749 749	223
Greyerz	9 928 286	253	10 558 334	264	10 771 016	264	11 688 004	286
See	5 800 659	200	6 220 009	210	6 379 665	212	6 485 453	216
Glane	4 233 211	237	4 535 150	247	4 523 580	243	4 883 322	263
Broye	5 160 454	234	5 123 425	229	5 698 397	251	6 000 351	264
Vivisbach	3 151 502	246	3 391 749	256	3 570 897	262	3 848 728	282
Kanton	54 016 073	223	55 495 156	225	59 138 843	236	61 971 333	248

5.5 Vorgehen

Aus formaler Sicht müssen die Entitäten, die durch das FSN aufgenommen und ersetzt werden, ihr Vermögen gemäss den im Gesetz festgelegten Modalitäten und Bedingungen zur Verfügung stellen, um es dem FSN zu ermöglichen, seinen Auftrag zu erfüllen. Ursprünglich vorgesehen war ein unentgeltlicher Gesamttransfer des Eigentumsrechts über alle Spitalvermögenswerte an das FSN. Diese Lösung rief Widerstände hervor, namentlich von Seiten des Verbandes Freiburgischer Gemeinden und zahlreicher Gemeinden. Sie argumentierten, die Gemeindeverbände und die Gemeinden könnten sich nicht damit einverstanden erklären, ihr Eigentumsrecht am Vermögen an das FSN abzugeben, ohne dass nicht gleichzeitig die darauf lastenden Schulden vom neuen Eigentümer übernommen werden. Der Vorschlag der Schuldenübernahme durch das FSN ist jedoch nicht vereinbar mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung der Gemeinden, von denen einige keine Schulden mehr für diese Gegenstände haben oder ihre Spitalschulden mehr und schneller als andere

Schulden getilgt haben. Man kann aber den Gemeinden nicht vorschreiben, diese Schulden in kurzer Frist zu tilgen. Damit sie weiter bestehen können, müssen die entsprechenden Anleihen nach wie vor über eine hypothekarische Sicherstellung verfügen.

Aus diesen Gründen wurde die ursprüngliche Lösung abgeändert. Vorgesehen ist jetzt, dass das Eigentumsrecht am Spitalvermögen an das FSN übergeht, mit Ausnahme der Grundstücke, auf die unentgeltlich ein Baurecht erteilt werden muss. Auf diese Weise werden die Unentgeltlichkeit der Bereitstellung der Spitalvermögen an das FSN und der Grundsatz der Gleichbehandlung gewahrt.

Eine Lösung, die ebenfalls geprüft wurde, bestünde darin, dass die Gemeindeverbände Eigentümer der Spitalgebäude und -ausrüstungen blieben und diese dem FSN unentgeltlich zur Verfügung stellten, wobei der Staat die Investitionskosten in Verbindung mit späteren Umbauten oder Neubauten übernehme. Es zeigte sich aber, dass eine solche Lösung weder wünschenswert noch denkbar ist; sie ist übrigens für die Gemeinden nicht nötig. Für alle Gemeinden, die ihren Anteil an den Schulden im Zusammenhang mit den Investitionen, die das Spital ihres Bezirks erfordert, direkt verwalten (namentlich alle Gemeinden des Saane- und des Sensebezirks), werden die Schulden in die Passivseite der Bilanz eingetragen (Kontenstelle *langfristige Schulden*), und eine entsprechende Gegenbuchung erfolgt in der Aktivseite (Kontenstelle *Darlehen und Beteiligungen Kanton*). Diese Gemeinden individuell sind jedoch nicht Eigentümer der Infrastruktur. Im Übrigen verlangen die Banken von Verbänden oder Gemeinden kein «Pfand» (z. B. Hypothekenbrief) für die Schuld, die für Spitalinfrastrukturen eingegangen wird. Die einzige «Garantie», die für Darlehen im Zusammenhang mit Investitionen des Verwaltungsvermögens verlangt wird, ist die Bewilligung der Anleihe durch das Amt für Gemeinden.

Die Frage der Verbuchung der Übernahme der Bezirksspitäler durch das FSN betrifft die Verbände, die die mit den Spitälern verbundene Schuld verwalten. Heute erscheint die Schuld auf der Passivseite der Bilanz des Verbandes unter der Kontenstelle *220 Langfristige Schulden*, eine Schuld, die direkt assoziiert ist mit dem Gegenstand, der auf der Aktivseite unter der Kontenstelle *143 Bezirksspital* (dessen Eigentümer er ist) eingetragen ist. Aus Buchungssicht muss der Verband bei der Übernahme der Infrastrukturen durch das FSN den Wert, der auf der Aktivseite der Bilanz unter der Kontenstelle *143 Bezirksspital* eingetragen ist, in die Kontenstelle *151 Darlehen und Beteiligungen Kanton* überführen.

Die Detaillerläuterungen zum Gesetz erklären genau den Mechanismus und die Bedingungen der Spitalvermögensübernahme durch die neue öffentlich-rechtliche Anstalt.

6. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

6.1 Auswirkungen auf das Personal und die Ausrüstungsinvestitionen

Derzeit ist, abgesehen vom Kantonsspital, das Personal (einschliesslich Ärzteschaft und Kader) vertraglich an die Gemeindeverbände gebunden. Diese Verträge werden vom FSN übernommen und den Bestimmungen über das Dienstverhältnis des Staatspersonals unterstellt, mit einigen Anpassungen, die aufgrund der Besonderheit der Spitaltätigkeiten nötig sind.

Für die grosse Mehrheit des Personals dürfte sich die berufliche Tätigkeit unter der neuen Organisation nicht ändern. Jedoch muss eine Vereinheitlichung der Arbeitsbedingungen es ermöglichen, den Prozess der internen Mobilität zu vereinfachen und zu fördern.

Es sind keine drastischen Restrukturierungsschritte zu erwarten; die heutigen Personalbestände sollten Änderungen nur zugunsten natürlicher Mutationen erfahren.

In einer ersten Zeit wird das vorhandene Personal in seinen Funktionen bestätigt, wobei sich bei einigen von ihnen das Pflichtenheft ändern wird, soweit sie vor allem auf Kaderstufe Verantwortungen über das ganze Netz hinweg und nicht nur an einem Standort wahrzunehmen haben.

In dem Mass wie sich die Betriebseinheiten bilden und behaupten, werden sich die Funktionen und Geschäftsführungsaufgaben der verschiedenen Standorte ändern. Der schrittweise Übergang zum neuen Organisationstyp muss von den Organen des FSN, das heisst dem Verwaltungsrat und der Generaldirektion, realisiert werden.

Auf jeden Fall sollten die Personalressourcen, die heute für die Spitäler zur Verfügung sind, ausreichen, und es ist keine Erhöhung des Personalbestands vorgesehen. Im Gegenteil, die Vernetzung, die eine Neugruppierung der Personen und der Kompetenzen in spezifischen Bereichen fördert, dürfte zu einer Stabilisierung und längerfristig zu einer Verringerung der Personalbestände führen. Die Erfahrungen in anderen Kantonen sowie am HIB und am HSF belegen dies.

Vorgesehen ist, dass das Amt für Personal und Organisation (POA) mit der Auszahlung der Gehälter für das gesamte FSN beauftragt wird, wohingegen die Personalbewirtschaftung einer zentralisierten Einheit des FSN anvertraut wird (s. Ziffer 8, zu Art. 38). Wenn nötig, wird für Besoldungen zuständiges Personal von den Bezirksspitätern an das POA transferiert, damit dieses die zusätzliche Aufgabe bewältigen kann.

Im Übrigen ist infolge der Einsetzung des FSN keinerlei «Nachholinvestition» in Sachen Ausrüstung vorgesehen.

6.2 Finanzielle Ziele

Die Vernetzung des Freiburger Spitalsektors muss es erlauben, letzteren mit Mitteln zu gestalten und zu bewirtschaften, dank denen die Ressourcen und die Ausgabensteigerung in diesem Bereich besser im Griff behalten werden können. Der Endzweck besteht somit in der Eindämmung der Kostenentwicklung, so dass die in den Spitalbereich investierten Beträge mit einem Maximum an Effizienz eingesetzt werden und die Versorgung der Patientinnen und Patienten optimal ist.

Es ist nicht leicht, auf finanzieller Ebene bezifferte Ziele zu setzen. Die Kantone Bern, Wallis und Neuenburg, die eine gleiche Operation wie die im Kanton Freiburg laufende durchführen, haben es nicht gewagt, genaue Daten über die Einsparungen zu liefern, die kurzfristig erzielt werden können.

Die Einführung des Walliser Gesundheitsnetzes hat es jedoch ermöglicht, die Anstiegskurve der Spitalausgaben umzukehren. Diese Ausgaben verzeichneten Progressionen von jährlich rund 5%, und nach zwei Jahren Betrieb des Netzes fielen die Anstiege auf 2% zurück.

Die vorgeschlagene Lösung muss sich auf eine wirtschaftliche Geschäftsführung zentrieren. Es geht also darum:

- die Verantwortung der Geschäftsführungsorgane zu vermehren und ihnen die Mittel für ihren Auftrag zu geben;
- ihnen eine grössere Freiheit in der Geschäftsführung zu geben;
- die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Spitalstandorten zu systematisieren;
- Leistungen zu angemessenen Kosten zu realisieren und zugleich zu gewährleisten, dass die ganze Freiburger Bevölkerung Zugang zu einer guten Spitalpflege hat;
- eine bürgernahe Spitalmedizin zu gewährleisten.

Das neue System wurde so konzipiert, dass es sich an die künftige Entwicklung anpassen kann, insbesondere an die von der 2. KVG-Revision angekündigten Elemente.

6.3 Finanzreferendum

Der Gesetzesentwurf bewirkt für den Staat eine neue Ausgabe im Sinne von Artikel 23 des Gesetzes über den Finanzhaushalt des Staates (FHG) und untersteht somit grundsätzlich dem Finanzreferendum nach den Artikeln 45 und 46 der Kantonsverfassung. Nach Artikel 23 FHG liegt eine neue Ausgabe insbesondere dann vor, wenn sie dazu dient, eine öffentliche Aufgabe auf neue Weise zu erfüllen, wodurch erhebliche Mehrkosten entstehen (s. Art. 23 litt. c FHG). Aus gesamthafter Sicht ist zu unterstreichen, dass die Errichtung des FSN es ermöglichen wird, Synergien zu schaffen, die Ressourcen besser zu kontrollieren und die Ausgabensteigerungen im Spitalbereich einzudämmen; sie wird also die Spitalkosten gegenüber der heutigen Organisation nicht erhöhen. Die neue Ausgabe für den Staat entsteht durch den Lastentransfer von den Gemeinden an den Staat. Zwar werden diese neuen Lasten vorerst durch eine neue Verteilung der Steuern ausgeglichen, doch werden die Spitalkosten mehr zunehmen als der kantonale Steuerertrag. Die neue Ausgabe für den Staat entsteht somit nur durch die veranschlagte Differenz zwischen dem Anstieg der Spitalkosten und dem Anstieg des Steuerertrags.

Nach Artikel 25 FHG können die dem Finanzreferendum unterstehenden Ausgaben einmalig oder wiederkehrend sein (Abs. 1). Als massgeblicher Betrag einer wiederkehrenden Ausgabe gilt der Gesamtbetrag der für die ersten fünf Jahre der Geltungsdauer des Dekrets oder des Gesetzes veranschlagten Kosten (Abs. 2).

Die folgende Simulationstabelle setzt die Entwicklung des vom Staat übernommenen Kostenüberschusses parallel zur Entwicklung des zusätzlichen Steuerertrags, der zu diesem Zweck eingezogen wird. Mit extremen jährlichen Variationen zwischen + 0.0% und + 5.0% für jedes dieser beiden Elemente liegen die Netto-Ausgaben zwischen – 32,6 Millionen und + 32,6 Millionen Franken. Die Grenze des obligatorischen Referendums (25,7 Millionen Franken) wird jedoch nur mit den extremen Abweichungen erreicht, was vernünftiger Weise ausgeschlossen werden kann.

Geht man aus von einer jährlichen Entwicklung des Betriebskostenüberschusses zwischen + 2.5% und + 3.5% und einer Entwicklung der Mehrsteuern zwischen + 1.5%

und + 2.5% – beides realistische Annahmen – ergibt sich eine zusätzliche Netto-Ausgabe, die, kumuliert über die ersten fünf Jahre der Anwendung des Gesetzes, auf zwischen 0 und 13 Millionen Franken geschätzt wird. Auf-

grund dieser Entwicklung muss das Gesetz somit, zumindest als Vorsichtsmassnahme, dem fakultativen Finanzreferendum unterstellt werden, für das die Grenze bei 6,4 Millionen liegt.

Tabelle: Veranschlagung der (mehr oder weniger anfallenden) Netto-Ausgaben für die ersten 5 Jahre

	Jährliche Entwicklung des vom Staat einkassierten Mehrertrags										
	0.0%	0.5%	1.0%	1.5%	2.0%	2.5%	3.0%	3.5%	4.0%	4.5%	5.0%
0.0%	-	-3 114 098	-6 259 415	-9 436 184	-12 644 641	-15 885 020	-19 157 558	-22 462 493	-25 800 064	-29 170 509	-32 574 069
0.5%	3 114 098	-	-3 145 317	-6 322 086	-9 530 542	-12 770 922	-16 043 460	-19 348 395	-22 685 966	-26 056 411	-29 459 971
1.0%	6 259 415	3 145 317	-	-3 176 769	-6 385 226	-9 625 605	-12 898 143	-16 203 078	-19 540 649	-22 911 094	-26 314 654
1.5%	9 436 184	6 322 086	3 176 769	-	-3 208 456	-6 448 835	-9 721 374	-13 026 309	-16 363 880	-19 734 325	-23 137 885
2.0%	12 644 641	9 530 542	6 385 226	3 208 456	-	-3 240 379	-6 512 918	-9 817 853	-13 155 423	-16 525 868	-19 929 429
2.5%	15 885 020	12 770 922	9 625 605	6 448 835	3 240 379	-	-3 272 538	-6 577 474	-9 915 044	-13 285 489	-16 689 049
3.0%	19 157 558	16 043 460	12 898 143	9 721 374	6 512 918	3 272 538	-	-3 304 935	-6 642 506	-10 012 951	-13 416 511
3.5%	22 462 493	19 348 395	16 203 078	13 026 309	9 817 853	6 577 474	3 304 935	-	-3 337 571	-6 708 016	-10 111 576
4.0%	25 800 064	22 685 966	19 540 649	16 363 880	13 155 423	9 915 044	6 642 506	3 337 571	-	-3 370 445	-6 774 005
4.5%	29 170 509	26 056 411	22 911 094	19 734 325	16 525 868	13 285 489	10 012 951	6 708 016	3 370 445	-	-3 403 560
5.0%	32 574 069	29 459 971	26 314 654	23 137 885	19 929 429	16 689 049	13 416 511	10 111 576	6 774 005	3 403 560	-

: Dem fakultativen Finanzreferendum unterstellte Werte

: Erwartete Werte

7. INKRAFTTREten DES GESETZES

Der Staatsrat wird beauftragt, das Inkrafttreten des Gesetzes über das Freiburger Spitalnetz festzusetzen. Die Inkraftsetzung sollte auf den 1. Januar 2007 erfolgen, denn zu diesem Zeitpunkt soll die Praxis des gemeinsamen Topfes, die 1988 durch eine Änderung des Spitalgesetzes eingeführt wurde, enden (s. auch Ziffer 8, zu Art. 67).

8. DETAILLIERTE ERLÄUTERUNG DES NEUEN GESETZES

1. KAPITEL

Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Zweck

Die Bestimmung nennt zuallererst das allgemeine Ziel der Errichtung einer einzigen Spitalanstalt für den Kanton und präzisiert, dass das Kantonale Psychiatrische Spital nicht Teil dieser neuen Anstalt sein wird.

Sie schafft sodann die gesetzliche Grundlage für das Bestehen des FSN und präzisiert, dass dessen Organisation, Betrieb und Finanzierung durch das Gesetz geregelt werden.

Art. 2 Geltungsbereich

Das Gesetz gilt für das FSN, seine Standorte sowie für das Interkantonale Spital der Broye (HIB), unter Vorbehalt der Bestimmungen der interkantonalen Vereinbarung zwischen den Kantonen Freiburg und Waadt, wobei sich versteht, dass diese Bestimmungen den Vorrang hätten, sollten sie mit den Vorschriften des kantonsinternen Rechts in Konflikt treten.

Das neue Gesetz muss auch für das HIB gelten, insbesondere damit eine gesetzliche Grundlage für die Finanzierung des Freiburger Anteils an den Investitions- und Betriebskosten dieses Spitals bestehen bleibt, hebt doch das neue Gesetz das Spitalgesetz auf.

Die Bezugnahme auf das HIB ist auch notwendig, um die Frage der Übernahme des Vermögens des Gemeindeverbands des freiburgischen Broyebezirks zu regeln.

Art. 3 Vorbehalt

Die Reglementierung des neuen Gesetzes ist nicht abschliessend, behandelt doch das Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 in seinem 6. Kapitel (Art. 99 ff.) die Institutionen des Gesundheitswesens, zu denen die Spitäler gehören. Das FSN ist diesen Bestimmungen unterstellt.

Art. 4 Einsetzung des FSN

a) Rechtsstellung und Sitz

Der Artikel 4 nennt die Rechtsnatur der Anstalt, die im Hinblick auf die ihr anvertrauten Aufgaben mit der nötigen Autonomie versehen wird.

In Bezug auf diese Autonomie sei betont, dass das FSN hauptsächlich in fünffacher Weise an den Staat gebunden sein wird, und dass diese Bindungen seine Selbständigkeit einschränken. Dabei handelt es sich um die Instrumente der Planung (Gesundheits- und Spitalplanung), für die der Staatsrat zuständig bleibt, den Leistungsauftrag, das Globalbudget, die institutionelle Aufsicht (Legislative und Exekutive) und das Dienstverhältnis des Personals, das im Wesentlichen demjenigen des Staatspersonals entspricht. Diese fünf Bindungen finden sich in den folgenden Bestimmungen wieder.

Auch der Sitz des FSN wird in dieser Bestimmung genannt.

Art. 5 b) Tätigkeiten

Dieser Artikel lehnt sich an den Artikel 3 Abs. 1 des Gesetzes vom 2. März 1999 über das Kantonsspital an (KSpG), der heute die Tätigkeiten des Kantonsspitals regelt. Wie dieses Gesetz sieht der Entwurf vor, dass der Staatsrat die Tätigkeiten des FSN (Abs. 2) und des HIB (Abs. 3) in einem Leistungsauftrag bestimmt.

Zu Absatz 1 Bst. f ist zu präzisieren, dass es sich zumindest vorderhand nur um die klinische Forschung handelt.

Der Absatz 3 behält vor, dass die Anstalt mit weiteren Aufgaben betraut werden kann, sofern der Staatsrat diese in den Leistungsauftrag aufnimmt.

Art. 6 Pflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten

Der Artikel 6 übernimmt in überarbeiteter Form die Bestimmung von Artikel 2 KSpG.

Der Absatz 3 übernimmt die Bestimmung von Artikel 2 Abs. 3 KSpG.

Der Absatz 4 entspricht dem Artikel 2 Abs. 4 KSpG.

Der Absatz 5 erinnert an den Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Information.

Art. 7 Beziehungen zu anderen Institutionen

Der 1. Absatz von Artikel 7 entspricht dem Artikel 3 Abs. 4 KSpG.

Der Absatz 2 beschränkt die Autonomie der Anstalt in der Befugnis, Vereinbarungen für die Zusammenarbeit im Spitalwesen abzuschliessen. Solche Vereinbarungen fallen allein schon wegen ihrer Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen und die Planungs- und Geschäftsführungsinstrumente in die Zuständigkeit des Staatsrats beziehungsweise des Grossen Rates.

Der Absatz 3 steckt die Kompetenz der Anstalt auf dem Gebiet der Zusammenarbeit mit den Institutionen des Gesundheitswesens ab.

Art. 8 Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten

Der Absatz 1 verweist auf die sehr detaillierten Vorschriften des Gesundheitsgesetzes über die Patientenrechte und -pflichten (Art. 39 ff. Gesundheitsgesetz).

Der Absatz 2 sieht die Möglichkeit vor, diese Regeln durch spezifische Einzelvorschriften organisatorischer Art entsprechend dem Spitalkontext zu ergänzen (z. B. Besuchszeiten, Rauchverbot, Verhalten der Patientinnen und Patienten in Gemeinschaftsräumen usw.).

2. KAPITEL Organe des FSN

Art. 9 Allgemeines

Die Bestimmung erinnert daran, dass die aufgeführten Organe des FSN sich an die Spitalplanung des Staatsrats halten müssen.

Art. 10 Verwaltungsrat

a) Zusammensetzung

Diese Bestimmung lehnt sich an den Artikel 6 KSpG an, was die Absätze 1 und 2 betrifft.

Der Absatz 3 sieht vor, dass die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion im Verwaltungsrat Einsatz haben muss. Im Übrigen muss die Zusammensetzung des Verwaltungsrats einer Vertretung der Regionen Rechnung tragen. Das Personal wird in den Sitzungen des Verwaltungsrats durch zwei Personen mit beratender Stimme vertreten. Das Gleiche gilt für die Ärzteschaft (s. Art. 14 Abs. 2 Bst. b und c).

Art. 11 b) Ernennung, Dauer des Mandats und Entschädigung

Es obliegt dem Staatsrat, die Präsidentin oder den Präsidenten und die Mitglieder des Verwaltungsrats zu ernennen und ihre Entschädigung festzusetzen. Das Gesetz betreffend die Dauer der öffentlichen Nebenämter gilt für die Dauer des Mandats und die Wiederwählbarkeit der Mitglieder; die Entschädigung der Mitglieder wird vom Staatsrat in Berücksichtigung der Arbeitsbelastung und der Verantwortlichkeiten festgesetzt.

Art. 12 c) Befugnisse

Der Absatz 1 übernimmt die Bestimmung von Artikel 9 Abs. 1 KSpG.

Die Liste der Befugnisse in Absatz 2 orientiert sich an der Aufzählung der Befugnisse des heutigen Verwaltungsrats des Kantonsspitals (Art. 9 Abs. 2 KSpG). Sie veranlasst zu den folgenden Erläuterungen:

- Bst. a präzisiert die Aufgabe des FSN, die darin besteht, seine Tätigkeiten auf die Standorte zu verteilen (s. unten Art. 24 Abs. 1).
- Bst. b entspricht dem Artikel 9 Abs. 2 Bst. a KSpG.
- Bst. c übernimmt den Gedanken von Artikel 9 Abs. 2 Bst. b KSpG in angepasster Form.
- Bst. d entspricht dem Artikel 9 Abs. 2 Bst. c KSpG.
- Bst. e entspricht dem Artikel 9 Abs. 2 Bst. d KSpG.
- Bst. f ist neu. Er erteilt dem Verwaltungsrat die finanzielle Verantwortung für den guten Betrieb der Standorte und für die Koordination unter ihnen.
- Bst. g entspricht dem Artikel 9 Abs. 2 Bst. e KSpG.
- Bst. h ist eng damit verbunden, dass das Personal des FSN dem Gesetz über das Staatspersonal unterstellt sein wird (SGF 122.70.1; StPG). Die Autonomie des Verwaltungsrats ist dadurch eingeschränkt, denn es obliegt dem Staatsrat, das Reglement mit den spezifischen Normen, die für das Spitalpersonal gelten, zu genehmigen (s. Art. 36).
- Bst. i sieht vor, dass der Verwaltungsrat die Generaldirektorin oder den Generaldirektor anstellt; die Genehmigung dieses Entscheids durch den Staatsrat ist vorbehalten (s. Art. 17).
- Bst. j bezieht sich auf die Ernennung der medizinischen Direktorin oder des medizinischen Direktors.
- Nach Bst. k stellt die Generaldirektorin oder der Generaldirektor die administrativen, medizinischen und für die Pflege Verantwortlichen an.
- Bst. l entspricht dem Artikel 9 Abs. 2 Bst. g KSpG.
- Bst. m übernimmt die Bestimmung von Artikel 9 Abs. 2 Bst. h KSpG.
- Bst. n ist von Artikel 9 Abs. 2 Bst. i KSpG übernommen.

- Bst. o schliesslich behält allgemein die subsidiäre Zuständigkeit des Verwaltungsrats gegenüber den Befugnissen der Kantonsbehörden und denjenigen der übrigen Anstaltsorgane vor.

Art. 13 d) Sitzungen

Die Bestimmung definiert in grossen Zügen die Regeln für die Sitzungen des Verwaltungsrats. Ein internes Reglement wird die Einzelheiten enthalten (s. Art. 15).

Der Absatz 4 gibt der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder den Vorzug. Es ist nicht wünschenswert, dass die Mitglieder des Verwaltungsrats in Versuchung geraten, sich bei Abstimmungen der Stimme zu enthalten.

Art. 14 e) Teilnahme an den Sitzungen

Nach Artikel 14 nimmt eine Delegation von Vertreterinnen und Vertretern der Direktion und des Personals des FSN an den Sitzungen des Verwaltungsrats teil. Diese Delegation besteht schon heute im Kantonsspital.

Der Absatz 1 lehnt sich an den Artikel 7 Abs. 1 KSpG an.

Um die Mitwirkung der Ärzteschaft und des Personals zu fördern, wird vorgesehen, dass die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft und des Personals nach einem vom Verwaltungsrat zu bestimmenden Verfahren gewählt werden (Abs. 3). Dadurch dass die Ärzteschaft zwei Vertreter/innen im Verwaltungsrat hat, kann der Diversität der Standorte und ihrer Aufträge besser Rechnung getragen werden, namentlich der Rolle des Kantonsspitals als Referenzspital. Was das Personal betrifft, so können das Pflegepersonal und die übrigen Personalkategorien im Verwaltungsrat vertreten sein.

Der Absatz 4 erlaubt es dem Verwaltungsrat, weitere Personen zu seinen Sitzungen einzuladen.

Der Absatz 5 schliesslich ermächtigt den Verwaltungsrat, in Abwesenheit der Vertreterdelegation zu tagen, was eine Ausnahme bleiben sollte.

Art. 15 Internes Reglement

Der Artikel 15 sieht ein internes Reglement für die Arbeitsweise des Verwaltungsrats vor. Die Form des Reglements erlaubt es, flexibel zu bleiben und sich der Entwicklung der internen Organisation und den Anforderungen an den Verwaltungsrat leicht anzupassen.

Art. 16 Leitung des FSN

a) Organisation

Der Absatz 1 definiert den Auftrag der Generaldirektorin oder des Generaldirektors.

Nach Absatz 2 kann diese bzw. dieser auf einen Direktionsrat zählen.

Art. 17 b) Generaldirektorin/Generaldirektor

aa) Genehmigung der Anstellung

Nach Artikel 17 stellt der Verwaltungsrat die Generaldirektorin oder den Generaldirektor an und muss diese Anstellung vom Staatsrat genehmigen lassen.

Art. 18 bb) Aufgaben

Der Artikel 18 übernimmt inhaltlich den Artikel 11 Abs. 2–4 KSpG, mit den nötigen Anpassungen, die sich aus der wichtigen Rolle des Verwaltungsrats ableiten.

Art. 19 c) Medizinische Direktorin/ Mediziner Direktor

Die medizinische Direktorin oder der medizinische Direktor ist hauptsächlich damit betraut, die Koordination der medizinischen Tätigkeiten des FSN sicherzustellen, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu garantieren. Sie oder er muss auch die Qualität und die Sicherheit der medizinischen Leistungen, die das FSN anbietet, gewährleisten.

Art. 20 c) Direktionsrat

Der erste Absatz von Artikel 20 entspricht dem Artikel 12 Abs. 1 KSpG. Sicher werden die Verantwortlichen der verschiedenen Departemente des FSN (Pflege, Finanzen, Personalressourcen usw.) sowie die medizinische Direktorin oder der medizinische Direktor zum vom Verwaltungsrat ernannten Direktionsrat gehören.

Die Beschreibung der Aufgabe ist neu, sie entspricht nur zum Teil derjenigen für den Direktionsrat des Kantonsspitals (Art. 12 Abs. 2 KSpG).

Art. 21 d) Reglement

Der Rückgriff auf das Reglement scheint geeignet zu sein, die Einzelheiten der Organisation und Arbeitsweise der Leitung des FSN zu regeln.

Art. 22 Rechnungsprüfungsorgan

a) Bezeichnung, Bericht

Die Absätze 1 und 2 von Artikel 22 entsprechen teilweise dem Artikel 13 Abs. 1 und 2 KSpG. Absatz 1 erinnert daran, dass die Rechnungsprüfungen nach den allgemein anerkannten Revisionsstandards vorzunehmen sind.

Art. 23 b) Finanzinspektion

Der Absatz 1 bestätigt das Recht der Finanzinspektion, die Geschäftsführung und die Rechnung des Spitals zu kontrollieren (s. auch Art. 13 Abs. 3 KSpG).

Der Absatz 2 erinnert an die Pflicht des Rechnungsprüfungsorgans, mit der Finanzinspektion zusammenzuarbeiten. Diese Erinnerung erscheint zweckmässig, da ein externes Organ mit der Rechnungsprüfung betraut wird (Art. 22 Abs. 1).

3. KAPITEL

Organisation der Spitaltätigkeiten

Art. 24 Grundsatz

Der Artikel 24 präzisiert zuerst, dass die Anstalt für die Ausübung ihrer Aufgaben über mehrere Standorte verfügt.

Die Organe des Freiburger Spitalnetzes und im Besonderen der Verwaltungsrat verfügen über keine vollständige Autonomie für die Organisation der Standorte. Der Staatsrat behält auf dem Weg über die Spitalplanung die Kompetenz, die geographische Lage und den Auftrag der Standorte festzusetzen. So wird das Spital Bertigny weiterhin eine Funktion als Referenzspital für die übrigen Akut- und Rehabilitationsspitäler erfüllen.

Der Absatz 2 definiert die Rechtsstellung der Standorte, indem er präzisiert, dass diese keine eigene Rechtspersönlichkeit haben und als Betriebseinheiten organisiert werden können.

Daraus erklärt sich, dass nicht das Gesetz, sondern der Verwaltungsrat, unter Vorbehalt der Lokalisierung und des Auftrags, die Organisation und die Bewirtschaftungsautonomie der Standorte bestimmt.

In Absatz 3 wird präzisiert, dass die Anforderungen in Bezug auf die beiden Amtssprachen für die Organisation des FSN allgemein und besonders für die Dienste eingehalten werden müssen, die aufgrund der Planung einen spezifischen Auftrag für den Bedarf des ganzen Kantons zu erfüllen haben.

Art. 25 Organisation und Bewirtschaftung der Betriebseinheiten

Nach Absatz 1 ist es Sache des Verwaltungsrats, die Organisation und die Bewirtschaftung der Betriebseinheiten zu bestimmen.

Nach Absatz 2 wird die Personaldotierung der Betriebseinheiten vom Verwaltungsrat im Rahmen der Gesamtdotation festgesetzt, die durch das Globalbudget bestimmt ist.

4. KAPITEL Finanzierung

Art. 26 Finanzierungsgrundsätze

Der Absatz 1 legt in grossen Zügen die Finanzierung des FSN fest. Er errichtet eine Ressourcenhierarchie in dem Sinne, als die Anstalt zuerst ihre eigenen Ressourcen verwenden muss, bevor sie auf die Finanzierung des Staates zurückgreifen kann.

Die Ressourcen der Anstalt sind die finanziellen Leistungen von Patienten- und Versichererseite, der Vermögensertrag, Schenkungen und Legate zugunsten der Anstalt sowie öffentliche Beihilfen.

Der Absatz 2 verweist auf die Übergangsbestimmungen, um aufzuzeigen, dass die Finanzierung der Investitionskosten des FSN zunächst und vorübergehend für bestimmte Standorte einer besonderen finanziellen Regelung unterstellt wird, in welche die Gemeinden noch einbezogen sind.

Art. 27 Finanzierung der Investitionskosten a) Baukosten

Der Absatz 1 nennt die verschiedenen Kostenarten, die zu den Investitionskosten gehören; er stellt namentlich die Erstausstattungen eines Neubaus oder einer Vergrösserung einander gleich (s. auch Art. 23 Abs. 1 Spitalgesetz).

Der Absatz 2 übernimmt die Bestimmung von Artikel 24 Abs. 2 Spitalgesetz.

Der Absatz 3 entspricht dem Artikel 24 Abs. 3 Spitalgesetz.

Art. 28 b) Ersatzinvestitionen

Der Artikel 28 soll verhüten, dass Ersatzinvestitionen dem schwerfälligeren Finanzierungsverfahren für Investitionskosten (Art. 27) unterworfen werden, indem er präzisiert, dass sie mit einem Teil des jährlichen Globalbudgets (Art. 30) finanziert werden.

Es ist Sache des Staatsrats, den Begriff der Ersatzinvestition zu definieren.

Art. 29 c) Investitionen des Interkantonalen Spitals der Broye

Der Staat wird künftig allein die Investitionen des Interkantonalen Spitals der Broye finanzieren, dies gemäss den Bestimmungen der interkantonalen Vereinbarung zwischen den Kantonen Freiburg und Waadt.

Art. 30 Finanzierung der Betriebskosten a) Grundsatz

Der Artikel 30 übernimmt inhaltlich den Artikel 29a des Spitalgesetzes in Anpassung an die Struktur der neuen Anstalt.

Nach Absatz 2 setzt das Globalbudget endgültig die Höchstbeteiligung des Staates an den Betriebskosten fest.

Die Absätze 3 und 4 behandeln das Problem der Abweichung zwischen der Höhe des Globalbudgets und dem von der Anstalt erzielten Jahresergebnis. Zwei Fälle können eintreten:

- Das Globalbudget reicht nicht für die Deckung des jährlichen Aufwands der Anstalt aus: in diesem Fall muss die Anstalt das Defizit mindestens zur Hälfte übernehmen und der Rest geht zu Lasten des Staates; vorbehalten bleibt die Prüfung von Ursachen und Art der Überschreitung (Abs. 3).
- Das Globalbudget ist nicht vollumfänglich ausgeschöpft worden: in diesem Fall geht die Hälfte des nicht verwendeten Teils des Globalbudgets an das FSN und vermehrt dessen Eigenkapital, und die andere Hälfte geht an den Staat zurück (Abs. 4). Es ist klar, dass diese Reserven vor allem dazu dienen müssen, zurückliegende Schulden oder künftige Defizite zu decken.

Nach Absatz 5 setzt der Staatsrat auf Antrag der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion den vom Staat übernommenen Mehrbetrag nach Absatz 3 oder den ihm rückerstatteten Betrag nach Absatz 4 in einem Beschluss fest.

Art. 31 b) Berechnungskriterien

Der Artikel 31 greift die Bestimmung von Artikel 29b Spitalgesetz in veränderter Strukturierung auf:

- Der Absatz 1 lehnt sich an den ersten Satz von Artikel 29b Spitalgesetz an, in Anpassung des Textes an die Besonderheiten des FSN.
- Der Absatz 2 wandelt das Ende des ersten Satzes von Artikel 29b Spitalgesetz in eine eigene Bestimmung um.
- Der Absatz 3 entspricht dem letzten Satz von Artikel 29b Spitalgesetz. Somit erlässt die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Staatsrats die nötigen Weisungen für die Aufstellung und Unterbreitung des Globalbudgets; hierfür arbeitet sie mit der für die Finanzen zuständigen Direktion zusammen, wo es sich um Elemente handelt, die unter deren Zuständigkeitsbereich fallen.

Art. 32 c) Beteiligung an den Betriebskosten des HIB

Diese Bestimmung schreibt vor, wie der Freiburger Anteil an den Betriebskosten des HIB geregelt wird.

5. KAPITEL **Geschäftsführung**

Art. 33 Grundsätze der Geschäftsführung **a) Wirtschaftlichkeit**

Der Artikel 33 verpflichtet die Direktion und die Verantwortlichen des Standortes, eine wirtschaftliche Geschäftsführung und eine rationelle Bewirtschaftung der Ressourcen sicherzustellen.

Art. 34 b) Voranschlag, Rechnung und Finanzierungsplan

Der Artikel 34 bestimmt in seinem Absatz 1 die Hauptparameter für die Erstellung des Voranschlags, der Jahresrechnung und des Finanzierungsplans. Letzterer muss für eine Zeitspanne von 5 Jahren erstellt werden.

Der Absatz 2 erinnert an die bundesrechtlich bedingte Notwendigkeit der Unterbreitung von Rechnungen, die einen Vergleich zwischen den Spitätern auf nationaler Ebene ermöglichen.

Art. 35 c) Instrumente der Geschäftsführung

Der Artikel 35 nennt die von den Organen des FSN zu verwendenden Hauptinstrumente der Geschäftsführung. Es handelt sich um die Berichte der Direktion an den Verwaltungsrat (Abs. 1), um Mittel zur Evaluation der Tätigkeiten (Abs. 2) und um Statistiken (Abs. 3).

Art. 36 Dienstverhältnis des Personals **a) Allgemeines Dienstverhältnis**

Das Gesetz über das Staatspersonal (SGF 122.70.1; StPG) gilt auch für die Arbeitsverhältnisse zwischen der Anstalt und ihrem Personal (Abs. 1). Als selbständige Anstalt fällt das FSN in den Geltungsbereich des StPG (Art. 2 Abs. 2 StPG).

Um den Besonderheiten in Verbindung mit dem Management und dem Betrieb eines Spitals Rechnung zu tragen, ist vorgesehen, von einigen Bestimmungen des StPG abzuweichen, gestützt auf dessen Artikel 3 Abs. 6, der besagt: «Im Übrigen bleiben die Spezialgesetze vorbehalten». Der Absatz 2 von Artikel 36 erfüllt diese Funktion einer «lex specialis», indem er die Punkte aufführt, in denen das Dienstverhältnis des Anstaltpersonals vom allgemeinen Dienstverhältnis nach StPG abweichen kann (die Zahlen in den Klammern verweisen auf die einschlägigen Artikel des StPG).

Der Absatz 2 delegiert ausserdem die Zuständigkeit für den Erlass abweichender Regeln an den Verwaltungsrat, unter Vorbehalt der Genehmigung des Staatsrats. Diese Genehmigung – die zur Aufsicht über die Anstalt gehört – rechtfertigt sich durch die Tatsache, dass gewisse Bestimmungen sich auf das der Anstalt zu erteilende Globalbudget auswirken werden. Unter den Abweichungen, die der Verwaltungsrat vornehmen kann, sind zum Beispiel das Personalförderungssystem zu nennen (Bst. a), das im Wesentlichen die Fortbildung betrifft, die Förderung von Erfindungen und Vorschlägen (Bst. b) und die Kündigungsfrist für das Personal (Bst. f). Es sei präzisiert, dass für das Verwaltungspersonal grundsätzlich die gleichen Regeln gelten wie für das Personal der Kantonsverwaltung insgesamt. Die Kompetenz für den Beschluss der Einreichung der Funktionen und der Gehaltsbedingungen liegt beim Staatsrat (Art. 17 Abs. 3 StPG), wie im Übrigen oben aus Artikel 12 Bst. h hervorgeht.

Art. 37 b) Besondere Bedingungen

Die Regeln des StPG gelten nicht für die Generaldirektorin bzw. den Generaldirektor, die medizinische Direktorin bzw. den medizinischen Direktor sowie die Ärzteschaft. Ihre Arbeits- und Besoldungsbedingungen werden in Reglementen festgesetzt, die vom Verwaltungsrat erlassen und vom Staatsrat genehmigt werden.

Art. 38 c) Personalbewirtschaftung

Mit der Personalbewirtschaftung muss eine Zentraleinheit des Freiburger Spitalnetzes betraut werden, die sich namentlich mit Fragen in Verbindung mit «Mutationen» (Anstellungen, Abgänge usw.) des Personals befassen wird. Aus Gründen der Mittlersparnis ist vorgesehen, dass das Amt für Personal und Organisation (POA) die Gehälter für das ganze Freiburger Spitalnetz ausrichten wird.

Art. 39 d) Übergangsregelung

Bei der Übernahme der Tätigkeiten durch das FSN gehen auch die Arbeitsverhältnisse zwischen den übernommenen Spitätern und ihren Angestellten an die Anstalt über. Deshalb kann das FSN nicht sofort das neue Dienstverhältnis auf diese Angestellten anwenden, so dass in einer ersten Zeit die bisherigen Arbeits- und Lohnbedingungen beibehalten werden müssen, mit Ausnahme der unverzüglich nötigen Anpassungen, die sich durch den Betrieb der Standorte aufdrängen (es handelt sich im Wesentlichen um Fragen in Verbindung mit den Arbeitszeiten in Diensten, die einen ständigen Betrieb das ganze Jahr hindurch sicherstellen). Daher rechtfertigt sich eine eigene Bestimmung für diese Übergangsregelung unmittelbar nach der Übernahme der Tätigkeiten durch die neue Anstalt.

6. KAPITEL **Haftung**

Art. 40 Grundsätze

Der Artikel 40 verweist ganz einfach auf die Bestimmungen des Gesetzes vom 16. September 1986 über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger (SGF 16.1; Art. 2 Abs. 2 dieses Gesetzes).

Art. 41 Versicherung

Es ist Sache des Verwaltungsrats, eine Haftpflichtversicherung für bestimmte Tätigkeiten abzuschliessen, die erhebliche Risiken für die Patientinnen und Patienten bedeuten.

7. KAPITEL **Aufsicht**

Art. 42 Grosser Rat

Die Zuständigkeit des Grossen Rates ergibt sich aus seiner unveräußerlichen Machtbefugnis, die Oberaufsicht über die Regierung und die Gerichte wahrzunehmen (s. Art. 104 der Freiburger Verfassung). Die Oberaufsicht über die Regierung erstreckt sich nicht nur auf die Zentralverwaltung, sondern auch auf die dezentralisierte Verwaltung, zu der das FSN gehört.

Diese Zuständigkeit ist ausserdem die logische Folge der Budgetbefugnis, das heisst der Zuständigkeit für die Erteilung des jährlichen Budgets an das FSN.

Art. 43 Für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Staatsrats

Der Artikel 43 erinnert an die Aufsichtsbefugnis des Staatsrats und der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion (s. Art. 6 und 7 Gesundheitsgesetz).

Art. 44 Verweis auf bestehendes Recht

Der Artikel 44 verweist auf die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes, was die Modalitäten für die Ausübung der Aufsicht betrifft.

8. KAPITEL Übergangsbestimmungen

Art. 45 Finanzielle Übergangsregelung für die Investitionskosten

Um die Gleichbehandlung zwischen den Bezirken sicherzustellen, ist vorgesehen, dass jeder Gemeindeverband im Einverständnis mit dem Staatsrat und spätestens innert drei Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes die Investitionen eingeht, die nötig sind, damit sein Spital den von der Spitalplanung erteilten Auftrag erfüllen kann. In diesem Fall wird das heutige System der Aufteilung der Investitionskosten (45% zu Lasten des Verbands, 55% zu Lasten des Staates) verlängert angewendet.

Diese Lösung lehnt sich an diejenige an, die bei der Zusammenführung der Spitäler des Greyerz-, des Glane- und des Vivisbachbezirks in das Spital des Freiburger Südens (HSF) praktiziert wurde. Diese Übergangsmassnahme betrifft nur den Seebbezirk, für die nötigen Umbauten des Spitals von Meyriez, und den Saanebezirk, dies lediglich für einen Investitionskredit für die Umbauten des Kantonsspitals Bertigny (Projekt Bertigny III), der dem Grossen Rat im Jahr 2006 unterbreitet wird. Für den Saanebezirk müssen die Investitionen zu einem Prozentsatz von 21,48% finanziert werden, wie dies für das Kantonsspital Bertigny praktiziert wird. Schliesslich sei noch hervorgehoben, dass wegen des jüngsten Entscheids des Bundesrats zur Spitalplanung die Arbeiten für den Umbau des Spitals Meyriez sich um eineinhalb Jahre verzögern.

Der Absatz 4 verweist auf die Gesetzgebung über die Gemeinden. Wenn also ein Bezirksverband es ablehnen sollte, die Ausgaben für die Einsetzung der Infrastrukturen zu tätigen, die zur Erfüllung seiner Aufträge gemäss der kantonalen Spitalplanung nötig sind, müssen ihn der Oberamtmann beziehungsweise das Amt für Gemeinden und dann die für die Gemeinden zuständige Direktion auffordern, die Situation in Ordnung zu bringen. Im Fall einer definitiven Weigerung könnte der Staatsrat dem betroffenen Standort die erteilten Aufträge entziehen oder an Stelle des Verbandes die Investitionen tätigen, wobei ein Entscheid des Grossen Rates vorbehalten bleibt (Art. 151c ff. des Gesetzes über die Gemeinden).

[NDR: Diese neuen Bestimmungen sind Gegenstand des Änderungsentwurfs zum Gesetz über die Gemeinden, der zurzeit beim Grossen Rat geprüft wird (Stand am 13.02.2006)]

Art. 46 Arbeits- und Besoldungsbedingungen des Personals

Die Tatsache, dass das FSN an die Stelle der übernommenen Spitäler tritt, impliziert namentlich einen Arbeitgeberwechsel. Für die von diesem Wechsel betroffenen Angestellten ist es wichtig, die für diesen Wechsel geltenden Grundsätze in einer Übergangsbestimmung festzuhalten.

Der Absatz 1 von Artikel 46 erinnert an den Grundsatz des Arbeitgeberwechsels.

Der Absatz 2 präzisiert zunächst, dass die Arbeitnehmer/innen in einer ersten Zeit zu den alten Bedingungen angestellt sein werden, bevor sie zu den neuen Bedingungen überreten. Es ist nicht möglich, ihnen die vollumfängliche Beibehaltung ihrer Arbeits- und Lohnbedingungen zu garantieren, aus dem einfachen Grund, weil die Angestellten der übernommenen Spitäler nicht alle den gleichen Status haben. Die Ausgangslage ist somit ungleich, und der Zweck besteht darin, aus Gründen der Gleichbehandlung allen Angestellten die gleichen Bedingungen anzubieten.

Der Absatz 3 garantiert jeder/jedem Angestellten die Beibehaltung ihres/seines Nominallohns. Unter Nominallohn zu verstehen ist das beim Inkrafttreten dieses Gesetzes ausgerichtete Grundgehalt, für welches weder der Teuerungsausgleich noch Stufenerhöhungen gewährt werden. Die übrigen Parameter ihres/seines Dienstverhältnisses jedoch ändern sich mehr oder weniger bei der Einführung der neuen Bedingungen, die für alle Angestellten gelten. Insbesondere die folgenden Parameter können sich beim Übergang zu den neuen Arbeits- und Besoldungsbedingungen ändern: Lohnnebenleistungen, gehaltsbezogene Anwartschaften, Regelungen für die Abtretung von Honoraren, Arbeits-, Präsenzdienst- und Pikettdienstzeiten, für Ferien und Urlaube geltende Regeln.

Der Zeitpunkt, an dem dieser Übergang fällig ist, muss vom Staatsrat festgesetzt werden. Siehe auch zu Art. 67.

Art. 47 Berufliche Vorsorge

Es ist gerechtfertigt, die Frage der beruflichen Vorsorge in einer eigenen Bestimmung zu behandeln. Der Artikel 47 beruht auf drei Leitgedanken:

- Infolge des Arbeitgeberwechsels (Art. 48 Abs. 1) gehen die Versicherungsverhältnisse auf die Vorsorgeeinrichtung des Freiburger Spitalnetzes über. Somit wird das FSN wie die Angestellten des öffentlichen Dienstes der Pensionskasse des Staatspersonalsangeschlossen.
- Der Übergang erfolgt nach den einschlägigen Bundesbestimmungen (Freizügigkeit) und den statutarischen Regeln der verschiedenen Vorsorgeeinrichtungen, wobei das für die Finanzierung des so genannten «überobligatorischen» Teils der Vorsorgeleistungen bestimmte Kapital ebenfalls an die neue Vorsorgeeinrichtung übergehen sollte, dies unter Vorbehalt zwingender Statutenbestimmungen.

Art. 48 Übernahme der Führung der bestehenden Spitäler

Die Artikel 48ff. behandeln die Übernahme der Führung der verschiedenen bestehenden Spitäler. Es handelt sich

um das Kantonsspital und die von den Gemeindeverbänden geführten Spitäler.

Nach Artikel 48 Abs. 3 tritt das FSN für die Führung des Interkantonalen Spitals der Broye an die Stelle des Gemeindeverbands des Broyebezirks. Somit werden die Vertreter dieses Verbands im Verwaltungsrat des Interkantonalen Spitals der Broye durch Vertreter des FSN ersetzt.

Art. 49 Übernahme des Vermögens der bestehenden Spitäler

a) Übernahme des Vermögens des Kantonsspitals

Das Kantonsspital ist eine kantonale Anstalt. Die Übernahme des Vermögens dürfte daher keine grossen Probleme bereiten. Der Artikel 49 setzt die wesentlichen Regeln und verweist für die Einzelheiten auf eine Vereinbarung, die zwischen dem Kantonsspital und dem FSN abgeschlossen und vom Staatsrat genehmigt werden muss.

Art. 50 b) Inbesitznahme des Spitalvermögens der Gemeindeverbände

Die Übertragung des Vermögens der ein Bezirksspital führenden Gemeindeverbände an das FSN erfolgt in zwei Etappen. Zuerst stellen die Verbände ihr Immobilien- und Fahrnisvermögen, das dem Betrieb ihrer Spitäler dient, dem FSN unentgeltlich zur Verfügung (Abs. 1).

Gleichzeitig tritt das FSN die Nachfolge in den Verträgen zwischen den übernommenen Spitätern und Dritten an (Abs. 2), das heisst, es übernimmt die darin enthaltenen Rechte und Pflichten.

Art. 51 c) Übernahme des Spitalvermögens der Gemeindeverbände

Insoweit als das FSN die Tätigkeiten der Spitäler übernimmt, steht es ihm zu, das Eigentumsrecht an den Vermögenswerten, die für die heutigen und künftigen Spitaltätigkeiten bestimmt sind, zu übernehmen. Eine Ausnahme wurde in Bezug auf das Grundstückseigentum gemacht. Dieses bleibt bei den Gemeinden, die dem FSN ein Baurecht erteilen müssen. Nach Artikel 55 können die Gemeindeverbände jederzeit zugunsten des FSN auf ihr Eigentumsrecht an den Grundstücken verzichten.

Die Gründe für diese Optionen bezüglich der Vermögensübernahme werden detailliert im allgemeinen Teil dieser Botschaft dargestellt (s. Ziffer 5: Übernahme der Vermögen durch das FSN).

Der Absatz 3 regelt die Frage des vorzeitigen Heimfalls der Gebäude auf Grundstücken, die nicht mehr für Spitalzwecke genutzt werden, vor Ablauf des Baurechts.

Art. 52 d) Übernahme des Freiburger Anteils am Interkantonalen Spital der Broye

Der Artikel 52 sieht die Übernahme des Freiburger Anteils am Interkantonalen Spital der Broye vor und regelt hierfür die Modalitäten. So übernimmt das FSN innerhalb der Frist nach Artikel 51 Abs. 1 die Eigentumsrechte am Freiburger Anteil des Interkantonalen Spitals der Broye, mit Ausnahme der Grundstücke, die nach demselben Artikel 51 Abs. 1 Eigentum des für die Führung des Spitals errichteten Gemeindeverbands des Broyebezirks bleiben.

Art. 53 e) Vereinbarungen über die Vermögensübernahme und die gemeinsame Nutzung von Vermögenswerten

Vereinbarungen müssen zwischen dem FSN und den Gemeindeverbänden abgeschlossen werden. Diese Vereinbarungen haben zum Zweck, das Verzeichnis der übernommenen Vermögenswerte aufzustellen sowie die Modalitäten für die Erteilung des Baurechts, das von den Verbänden an das FSN abgetreten wird. Außerdem ist es möglich, dass das FSN bestimmte Güter, die gleichzeitig einer Spitalnutzung und der Betreuung Betagter (Pflegeheim) dienen, gemeinschaftlich führen muss.

Dieser Artikel schreibt den Abschluss von Vereinbarungen vor, die der Genehmigung durch den Staatsrat bedürfen.

Art. 54 f) Modalitäten der Übertragung

Diese Bestimmung verankert den Grundsatz der entschädigungslosen Übertragung des Vermögens. Im ersten Teil der Botschaft ist diese Frage detailliert behandelt worden.

Art. 55 g) Übertragung des Grundstückseigentums an das FSN

Es ist möglich, dass ein Gemeindeverband nach der Übertragung der Spitaltätigkeiten an das FSN noch eine andere öffentliche Aufgabe wahrzunehmen hat, zum Beispiel die Führung eines Heims für betagte Personen. In diesem Fall nimmt der Verband diese Aufgabe weiterhin wahr, indem er in bestimmten Fällen Vermögenswerte gemeinsam mit dem FSN nutzt. In den meisten Fällen wird der Gemeindeverband keine öffentliche Aufgabe mehr zu erfüllen haben, bleibt aber Eigentümer der Grundstücke, auf die er nach Artikel 51 ein Baurecht erteilen muss. In diesem Fall kann er zwischen zwei Lösungen wählen: entweder er bleibt blossiger Eigentümer der Grundstücke in Beibehaltung seiner Gemeindeverbandsstruktur, oder er beschliesst, seine Grundstücke zu den Bedingungen nach Artikel 54 abzutreten und kann seine Auflösung und Liquidation nach den Bestimmungen des GG (Art. 128 und 129) erwägen.

Art. 56 h) Stellungnahme und Anfechtung

Nach dieser Bestimmung werden, wenn keine Vereinbarung besteht, Anfechtungen, welche die Vermögensübernahme und die Modalitäten der Baurechtserteilung betreffen, in letzter Instanz vom Staatsrat auf Stellungnahme einer paritätischen Kommission beigelegt.

Art. 57 i) Steuerbefreiung

Diese Bestimmung bedarf keiner Erläuterung; sie ist ausreichend explizit.

Art. 58 j) Eintrag ins Grundbuch

Diese Bestimmung bedarf keiner Erläuterung; sie ist ausreichend explizit.

Art. 59 k) Abschreibung

Die von den Gemeindeverbänden übernommenen Spitalinfrastrukturen müssen in die Bilanz des FSN eingetragen und in der Bilanz des Staates konsolidiert werden. Dieses Verwaltungsvermögen muss wie die übrigen Infrastrukturen des Staates abgeschrieben werden, damit

man zum gegebenen Zeitpunkt über die für seine Modernisierung nötige Selbstfinanzierung verfügt. Im Sinne einer Vereinfachung wurde darauf verzichtet, für diese übernommenen Gegenstände eine Abschreibung nach Einzelgegenständen vorzunehmen, ausser für neue Investitionen und für Vermögenswerte, die schon Eigentum des Staates sind. Die für die übernommenen Vermögenswerte festgesetzte jährliche Abschreibung bezieht sich auf einen Wert der Immobilienvermögen, der auf rund 150 Millionen Franken veranschlagt wird (Veranschlagung aufgrund des Brandschutzversicherungswerts). Es sei darauf hingewiesen, dass der jährliche Betrag von 7,5 Millionen Franken leicht unter dem Durchschnitt 1999–2005 der Abschreibungen liegt, die in die Rechnung des Staates für die Subventionierung der Bauten der Bezirksspitäler eingetragen sind.

Art. 60 Fonds und Stiftungen

Bestimmte Gemeindeverbände haben heute verschiedene Fonds zu verwalten. Mit der Errichtung des FSN ist es normal, dass die Verwaltung dieser Fonds dem Netz anvertraut wird, das insgesamt den Auftrag und die Tätigkeiten übernimmt, die bislang von diesen Verbänden wahrgenommen wurden. Was die Stiftungen anbelangt, so haben diese eine eigene Rechtspersönlichkeit. Unter Mitwirkung des Amtes für die Aufsicht über die Stiftungen und die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge kann wenn nötig eine Neuzuteilung der an die Spitaltätigkeiten gebundenen Fonds und Stiftungen erfolgen.

Art. 61 Erste Kassenmittel

Um Liquiditätsprobleme beim Start der Tätigkeiten des FSN zu vermeiden, sieht der Artikel 61 eine vom Staat erteilte Sonderdotation vor.

9. KAPITEL Schlussbestimmungen

Art. 62 und 63 Finanzielle Auswirkungen und Festsetzung der Steuerfusse

Nach Artikel 62 bedingt für den Kanton die Mehrbelastung durch die Übernahme des Betriebskostenüberschusses der Spitäler eine Anhebung des Steuerfusses für natürliche und juristische Personen um 8,88 Punkte. Siehe auch unter Punkt 4.4 «Auswirkung der Umverteilung der Steuerressourcen auf den interkantonalen Finanzausgleich und die Klassierung der Kantone».

Der Artikel 63 betrifft die Auswirkungen auf die Gemeinden; er schreibt vor, dass die Anpassung der Steuerfusse im Verhältnis zu den erzielten Einsparungen stehen muss.

Die Änderung der Steuerfusse für den Kanton und die Gemeinden wird vom Staatsrat in einer Ausführungsverordnung zu diesem Gesetz festgesetzt. Die Gemeinden, die ihre Steuerfusse aus Gründen ändern müssten, die nichts mit diesem Gesetz zu tun haben, haben hierfür nach wie vor die Möglichkeit in Anwendung der ordentlichen Bestimmungen des Gesetzes über die Gemeinden und des Gesetzes über die Gemeindesteuern.

Art. 64 Änderungen bisherigen Rechts a) Subventionen

Nach Artikel 21 Abs. 2 des Subventionsgesetzes gilt: «Sollte das Gesamtvolumen der veranschlagten Netto-

subventionen für Funktionsausgaben ein Viertel des gesamten kantonalen Steueraufkommens erreichen, so beantragt der Staatsrat dem Grossen Rat Änderungen von gesetzlichen Bestimmungen über Subventionen. Der Staatsrat regelt den Vollzug dieser Bestimmung im Einzelnen.»

Das Inkrafttreten der Gesetzgebung über das FSN wird erstens zur Folge haben, dass der Kantonsbeitrag an die Bezirksspitäler (Budget 2006: 27,8 Millionen Franken) wegfällt; an seine Stelle tritt eine entsprechende Last, die für das FSN in den Voranschlag des Staates eingetragen wird – eine Last, die also nicht mehr den Charakter einer Subvention hat. Zum anderen bewirkt die Anhebung des Steuerfusses für natürliche und juristische Personen um 8,88 Punkte, die es dem Staat ermöglicht, die Mehrbelastung alleine zu tragen, eine Erhöhung des Ertrags aus dem kantonalen Steueraufkommen (62 Millionen Franken aufgrund des Rechnungsjahrs 2006). Unter diesem Doppelleffekt wird die Verhältniszahl zwischen Nettosubvention und Ertrag aus dem kantonalen Steueraufkommen geändert und dies impliziert für das Jahr 2006 eine Senkung der gesetzlichen Grenze auf 20,97% (gerundet auf 21%), unter sonst gleichen Umständen. Die Verminde rung der Subventionen zusammen mit der Erhöhung des Steuerertrags senkt nämlich «mathematisch» die Subventionsquote in Bezug zum Steueraufkommen. Ohne Änderung dieser Quote würde die Gesetzgebung über das FSN der Subventionierung «künstlich» einen Spielraum für mehr als 43 Millionen Franken eröffnen. Dies stünde im Widerspruch zum Geist des Gesetzes und zum Willen des Gesetzgebers.

Um dem Handlungsspielraum, den der Gesetzgeber bei der Festlegung des Ansatzes von 25% vorgesehen hatte, Rechnung zu tragen, wird eine neue Grenze auf 22% festgesetzt und der Artikel 21 Abs. 2 des Subventionsgesetzes entsprechend geändert.

Art. 65 b) Gesundheit

Nach Artikel 35 Abs. 3 dieses Gesetzes muss das FSN der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion die der Planung dienlichen Spitalstatistiken liefern. Diese Anforderung muss auch an die auf Freiburger Gebiet befindlichen Privatospitäler gestellt werden können. Das Gesundheitsgesetz ist der geeignete Platz für die Unterbringung dieser Vorschrift. Daher wird vorgeschlagen, den Artikel 105 dieses Gesetzes entsprechend zu ergänzen.

Art. 66 Aufhebung bisherigen Rechts

Der Artikel 66 sieht die Aufhebung des Spitalgesetzes vom 23. Februar 1984 und des Gesetzes vom 2. März 1999 über das Kantonsspital vor.

Art. 67 Inkrafttreten

Das Inkrafttreten dieses Gesetzes muss auf den 1. Januar 2007 festgesetzt werden. Der Staatsrat kann ein zeitlich gestuftes Inkrafttreten vorsehen, um es dem neuen FSN zu ermöglichen, unter den bestmöglichen Voraussetzungen zu starten.

Das neue Spitalfinanzierungssystem nach diesem Gesetz muss unbedingt am 1. Januar 2007 in Kraft treten, um das System der Finanzierung des Betriebsdefizits der Spitäler, den so genannten «gemeinsamen Topf», abzulösen, der am 31. Dezember 2006 endet. In den Jahren 2003 bis 2006 geht die Hälfte des Betriebskostenüberschusses, der

auf jeden Gemeindeverband entfällt, der ein Spital führt, zu Lasten aller für die Führung eines Spitals in einem Verband organisierten Gemeinden der sechs Bezirke (s. Art. 27 Abs. 1 litt. a und 32a des Spitalgesetzes vom 23. Februar 1984).

Im Hinblick auf das Inkrafttreten des neuen Spitalfinanzierungssystems muss die Änderung der kantonalen und kommunalen Steuerfüsse mit Verordnung vom Staatsrat festgesetzt werden (s. Art. 63 Abs. 2). Diese Verordnung, die somit am 1. Januar 2007 in Kraft treten wird, muss sofort nach Ablauf der Referendumsfrist erlassen und veröffentlicht werden, damit die Gemeinden ihren Vorschlag 2007 vorbereiten können.

Der Staatsrat setzt auch die Bestimmungen über den Verwaltungsrat in Kraft und ernennt die Mitglieder des Verwaltungsrats, indem er sie beauftragt, ab dem 1. Januar 2007 im Namen des FSN zu handeln.

Im Übrigen muss das Ausführungsreglement zu diesem Gesetz, das ebenfalls am 1. Januar 2007 in Kraft treten sollte, den Zeitpunkt für die Überführung in die neuen

Arbeits- und Gehaltsbedingungen festlegen, die für alle Angestellten des FSN gelten (s. Art. 46 Abs. 3). Dieser Zeitpunkt dürfte wahrscheinlich spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes fällig sein; diese Frist scheint für die Vorbereitung und Unterzeichnung der neuen Arbeitsverträge ausreichend zu sein.

Art. 68 Referendum

Für die Erläuterung zum Finanzreferendum siehe Ziffer 6.3.

9. ANTRAG

Der Staatsrat ersucht somit den Grossen Rat, diesen Gesetzesentwurf über das Freiburger Spitalnetz anzunehmen.

Loi

du

concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF)

Le Grand Conseil du canton de Fribourg

Vu l'article 68 de la Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004;

Vu le message du Conseil d'Etat du 13 mars 2006;

Sur la proposition de cette autorité,

Décrète:

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Art. 1 But

¹ La présente loi réunit les structures hospitalières publiques existantes, à l'exception de l'Hôpital psychiatrique cantonal, au sein du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après: RHF), cela afin que soient garantis des soins de qualité à des coûts maîtrisés.

² Elle règle l'organisation, le fonctionnement et le financement du RHF.

Art. 2 Champ d'application

La présente loi s'applique au RHF, à ses sites ainsi qu'à l'Hôpital intercantonal de la Broye, sous réserve des dispositions particulières de la convention intercantionale passée entre les cantons de Fribourg et de Vaud.

Art. 3 Réserve

Les dispositions de la loi sur la santé régissant l'exploitation des institutions de santé sont réservées.

Gesetz

vom

über das Freiburger Spitalnetz (FSNG)

Der Grosse Rat des Kantons Freiburg

gestützt auf den Artikel 68 der Verfassung des Kantons Freiburg vom 16. Mai 2004;

nach Einsicht in die Botschaft des Staatsrats vom 13. März 2006;

auf Antrag dieser Behörde,

beschliesst:

1. KAPITEL

Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Zweck

¹ Dieses Gesetz fasst die bestehenden öffentlichen Spitäleinrichtungen mit Ausnahme des Kantonalen Psychiatrischen Spitals Marsens im Freiburger Spitalnetz (FSN) zusammen, um eine gute Pflege zu gewährleisten, deren Kosten unter Kontrolle bleiben.

² Es regelt die Organisation, den Betrieb und die Finanzierung des FSN.

Art. 2 Geltungsbereich

Das Gesetz gilt für das FSN und seine Standorte sowie für das Interkantonale Spital der Broye; die besonderen Bestimmungen der interkantonalen Vereinbarung zwischen den Kantonen Freiburg und Waadt bleiben vorbehalten.

Art. 3 Vorbehalt

Die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes über den Betrieb der Institutionen des Gesundheitswesens bleiben vorbehalten.

Art. 4 Institution du RHF
a) Statut et siège

¹ Le RHF est un établissement de droit public doté de la personnalité juridique. Il est rattaché administrativement à la Direction compétente en matière de santé.

² Il est autonome dans les limites de la loi.

³ Il a son siège à Fribourg.

Art. 5 b) Activités

¹ Le RHF fournit des prestations dans les domaines suivants:

- a) les soins stationnaires;
- b) les soins ambulatoires;
- c) les soins urgents;
- d) la prévention;
- e) l'aide à la personne malade sur le plan social;
- f) l'enseignement et la recherche.

² La prise en charge d'autres domaines, notamment le service des ambulances, est soumise à l'approbation du Conseil d'Etat.

³ Le Conseil d'Etat fixe, dans un mandat, les prestations du RHF.

⁴ Il fixe également, dans un mandat, les prestations de l'Hôpital intercantonal de la Broye pour les patients et patientes fribourgeois; le conseil d'administration du RHF est préalablement consulté.

Art. 6 Devoirs envers les patients et patientes

¹ Le RHF a l'obligation d'accueillir en tout temps toutes les personnes malades, blessées ou handicapées et les femmes enceintes qui requièrent une prise en charge, de procéder à leur examen médical et, au besoin, de les soigner, pour autant qu'il dispose du personnel, des locaux et des installations nécessaires.

² A défaut, il doit les guider vers d'autres structures hospitalières ou extrahospitalières.

³ Il dispense des soins hospitaliers considérant le patient ou la patiente dans sa globalité et dans le respect de la liberté, de la dignité, de l'intégrité de la personne humaine et de la protection des données personnelles.

⁴ Il s'assure que le patient ou la patiente soit pris-e en charge par des structures sanitaires adéquates.

Art. 4 Einsetzung des FSN
a) Stellung und Sitz

¹ Das FSN ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Es wird administrativ der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats zugewiesen.

² Es ist selbständig in den Grenzen des Gesetzes.

³ Es hat seinen Sitz in Freiburg.

Art. 5 b) Tätigkeiten

¹ Das FSN erteilt Leistungen auf den folgenden Gebieten:

- a) stationäre Pflege;
- b) ambulante Pflege;
- c) Notfallpflege;
- d) Prävention;
- e) Unterstützung der kranken Person in sozialen Belangen;
- f) Lehre und Forschung.

² Weitere Gebiete, namentlich den Ambulanzdienst, kann es nur mit der Zustimmung des Staatsrats übernehmen.

³ Der Staatsrat setzt in einem Auftrag die Leistungen des FSN fest.

⁴ Er setzt auch die Leistungen des Interkantonalen Spitals der Broye für Freiburger Patientinnen und Patienten in einem Auftrag fest; der Verwaltungsrat des FSN wird vorher angehört.

Art. 6 Pflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten

¹ Das FSN ist verpflichtet, jederzeit alle kranken, verletzten oder behinderten Personen und schwangeren Frauen, die der Betreuung bedürfen, aufzunehmen, ärztlich zu untersuchen und wenn nötig zu behandeln, sofern es über das nötige Personal, die nötigen Räume und Anlagen verfügt.

² Sind die erforderlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, so muss es sie an andere stationäre oder nicht stationäre Einrichtungen weiterleiten.

³ Das FSN erteilt die Spitalpflege, indem es die Patientinnen und Patienten in ihrer Ganzheit berücksichtigt, ihre Freiheit, Würde, Integrität und den Schutz der Personendaten wahrt.

⁴ Es stellt sicher, dass die Patientin oder der Patient durch die geeigneten Gesundheitseinrichtungen versorgt wird.

⁵ Il veille à ce que le patient ou la patiente soit compris-e et puisse recevoir les informations nécessaires à sa prise en charge.

Art. 7 Relations avec d'autres institutions

¹ Le RHF collabore avec les hôpitaux universitaires, les institutions de santé publiques et privées, les médecins installés en cabinet et d'autres services médicaux, ainsi qu'avec les hautes écoles.

² Il applique les conventions de collaboration intercantonale adoptées par le Grand Conseil ou le Conseil d'Etat; il peut proposer des collaborations à ce dernier.

³ Il peut conclure des conventions de collaboration avec des institutions de santé, sous réserve d'approbation par le Conseil d'Etat.

Art. 8 Relations avec les patients et patientes

¹ Les droits et devoirs des patients et patientes ainsi que leurs relations avec le RHF sont régis par les dispositions de la loi sur la santé.

² Le RHF peut compléter ces dispositions par des règles d'organisation de détail.

CHAPITRE 2

Organes du RHF

Art. 9 En général

¹ Les organes du RHF sont:

- a) le conseil d'administration;
- b) la direction;
- c) l'organe de révision.

² Ils sont tenus de se conformer à la planification hospitalière établie par le Conseil d'Etat.

Art. 10 Conseil d'administration

a) Composition

¹ Le conseil d'administration se compose de neuf à onze membres.

⁵ Es sorgt dafür, dass die Patientin oder der Patient verstanden wird und alle Informationen, die zu ihrer oder seiner Versorgung nötig sind, erhalten kann.

Art. 7 Beziehungen zu anderen Institutionen

¹ Das FSN arbeitet mit den Universitätsspitälern, den öffentlichen und privaten Institutionen des Gesundheitswesens, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und weiteren medizinischen Diensten sowie mit den Hochschulen zusammen.

² Es wendet die vom Grossen Rat oder vom Staatsrat beschlossenen Vereinbarungen über die interkantonale Zusammenarbeit an und kann dem Staatsrat Formen der Zusammenarbeit vorschlagen.

³ Unter Vorbehalt der Genehmigung durch den Staatsrat kann es Vereinbarungen für die Zusammenarbeit mit Institutionen des Gesundheitswesens abschliessen.

Art. 8 Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten

¹ Die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten sowie ihre Beziehungen zum FSN werden im Gesundheitsgesetz geregelt.

² Das FSN kann diese Bestimmungen durch Einzelvorschriften organisatorischer Art ergänzen.

2. KAPITEL

Organe des FSN

Art. 9 Allgemeines

¹ Die Organe des FSN sind:

- a) der Verwaltungsrat;
- b) die Direktion;
- c) das Rechnungsprüfungsorgan.

² Sie sind verpflichtet, sich an die Spitalplanung des Staatsrats zu halten.

Art. 10 Verwaltungsrat

a) Zusammensetzung

¹ Der Verwaltungsrat besteht aus neun bis elf Mitgliedern.

² Les membres du conseil d'administration sont choisis en fonction de leurs compétences et de leur expérience dans les domaines de la santé ou de la gestion.

³ Le conseil d'administration compte parmi ses membres le conseiller d'Etat-Directeur ou la conseillère d'Etat-Directrice en charge du domaine de la santé. Sa composition tient également compte d'une représentation adéquate des régions.

Art. 11 b) Nomination, durée du mandat et rétribution

¹ Le Conseil d'Etat nomme le président ou la présidente et les membres du conseil d'administration.

² La loi réglant la durée des fonctions publiques accessoires est applicable à la durée du mandat et à la rééligibilité des membres; la rétribution de ces derniers est fixée par le Conseil d'Etat.

Art. 12 c) Attributions

¹ Le conseil d'administration est l'organe supérieur du RHF. Il répond de sa gestion envers le Conseil d'Etat.

² Il a les attributions suivantes:

- a) il organise, dans le cadre de la planification hospitalière et du mandat de prestations établis par le Conseil d'Etat, les activités hospitalières en veillant à la mise en place de structures rationnelles et efficaces;
- b) il a la responsabilité du développement du RHF et veille à son bon fonctionnement et à la qualité des prestations; il donne à cet effet les directives nécessaires;
- c) il arrête l'organisation du RHF dans un règlement;
- d) il adopte et transmet chaque année au Conseil d'Etat, à l'intention du Grand Conseil, les documents suivants pour approbation:
 - 1. le bilan et les comptes;
 - 2. le rapport de gestion;
- e) il collabore à l'élaboration du mandat de prestations et propose le budget global;
- f) il répartit le budget global alloué et procède à l'allocation des ressources;
- g) il propose l'organe de révision au Conseil d'Etat;

² Diese werden nach ihren Kompetenzen und Erfahrungen im Gesundheits- oder Managementbereich gewählt.

³ Zu den Mitgliedern zählt die Vorsteherin oder der Vorsteher der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats. Im Verwaltungsrat sind auch die Regionen angemessen vertreten.

Art. 11 b) Ernennung, Dauer des Mandats und Entschädigung

¹ Der Staatsrat ernennt die Präsidentin oder den Präsidenten und die Mitglieder des Verwaltungsrats.

² Die Dauer des Mandats und die Wiederwählbarkeit richten sich nach dem Gesetz betreffend die Dauer der öffentlichen Nebenämter; die Entschädigung der Verwaltungsratsmitglieder wird vom Staatsrat festgesetzt.

Art. 12 c) Befugnisse

¹ Der Verwaltungsrat ist das oberste Organ des FSN. Er verantwortet seine Geschäftsführung gegenüber dem Staatsrat.

² Er hat die folgenden Befugnisse:

- a) Er organisiert im Rahmen der Spitalplanung und des vom Staatsrat erstellten Leistungsauftrags die Spitaltätigkeiten, indem er für die Einsetzung rationeller und effizienter Strukturen sorgt.
- b) Er ist verantwortlich für die Entwicklung des FSN und sorgt für dessen guten Betrieb und die Qualität der Leistungen; er erlässt die nötigen Weisungen.
- c) Er legt die Organisation des FSN in einem Reglement fest.
- d) Er richtet an den Staatsrat zuhanden des Grossen Rates jährlich zur Genehmigung:
 - 1. die Bilanz und die Jahresrechnung;
 - 2. den Geschäftsbericht.
- e) Er wirkt mit bei der Erarbeitung des Leistungsauftrags und beantragt das Globalbudget.
- f) Er verteilt das gewährte Globalbudget und teilt die Mittel zu.
- g) Er schlägt dem Staatsrat das Rechnungsprüfungsorgan vor.

- h) il prend, sur la base du règlement prévu à l'article 36 al. 3, les décisions importantes en matière de gestion du personnel, à l'exclusion de la classification des emplois et des conditions salariales qui relèvent de la compétence du Conseil d'Etat;
- i) il engage le directeur ou la directrice général-e, sous réserve de l'approbation du Conseil d'Etat;
- j) il engage le directeur ou la directrice médical-e;
- k) il approuve l'engagement, par le directeur ou la directrice général-e, des responsables administratifs, médicaux et soignants;
- l) il se détermine dans les cas de responsabilité civile;
- m) il veille au respect des règles de l'éthique;
- n) il met en place un concept de protection des données et contrôle son application;
- o) il exerce les autres attributions qui ne relèvent pas de la compétence des autorités cantonales ou d'un autre organe.

Art. 13 d) Séances

¹ Le président ou la présidente convoque le conseil d'administration aussi souvent que les affaires l'exigent, mais au moins une fois par trimestre.

² Le conseil d'administration se réunit en outre à la demande écrite de trois administrateurs.

³ La présence de la majorité des administrateurs est nécessaire pour la validité des délibérations. A défaut, une nouvelle séance est convoquée. Le conseil d'administration peut alors délibérer valablement, quel que soit le nombre des administrateurs présents.

⁴ Les décisions sont prises à la majorité des voix présentes. En cas d'égalité, le président ou la présidente départage les voix.

Art. 14 e) Participation aux séances

¹ Des personnes représentant la direction et le personnel du RHF participent aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

² La délégation comprend:

- a) le directeur ou la directrice général-e;
- b) deux personnes représentant les médecins;
- c) deux personnes représentant le personnel.

- h) Er trifft aufgrund des Reglements nach Artikel 36 Abs. 3 die wichtigen Entscheide auf dem Gebiet der Personalbewirtschaftung; ausgenommen sind die Einreihung der Stellen und die Gehaltsbedingungen, die in die Zuständigkeit des Staatsrats fallen.
- i) Er stellt die Generaldirektorin oder den Generaldirektor an; vorbehalten bleibt die Genehmigung des Staatsrats.
- j) Er stellt die medizinische Direktorin oder den medizinischen Direktor an.
- k) Er genehmigt die Anstellung der administrativen, medizinischen und für die Pflege Verantwortlichen durch die Generaldirektorin oder den Generaldirektor.
- l) Er nimmt Stellung in Haftpflichtfällen.
- m) Er wacht über die Einhaltung ethischer Regeln.
- n) Er führt ein Konzept für den Datenschutz ein und kontrolliert dessen Anwendung.
- o) Er übt die übrigen Befugnisse aus, die nicht in die Zuständigkeit der Kantonsschöhrden oder eines anderen Organs fallen.

Art. 13 d) Sitzungen

¹ Die Präsidentin oder der Präsident beruft den Verwaltungsrat ein, so oft es die Geschäfte erfordern, jedoch mindestens einmal vierteljährlich.

² Der Verwaltungsrat tritt ausserdem auf schriftliches Verlangen dreier Mitglieder zusammen.

³ Damit gültig beraten und abgestimmt werden kann, muss die Mehrheit der Mitglieder anwesend sein. Trifft dies nicht zu, so wird eine neue Sitzung einberufen. In dieser Sitzung ist der Verwaltungsrat unabhängig von der Zahl anwesender Mitglieder beschlussfähig.

⁴ Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der anwesenden Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Präsidentin oder der Präsident.

Art. 14 e) Teilnahme an den Sitzungen

¹ Vertreterinnen oder Vertreter der Direktion und des Personals des FSN nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen des Verwaltungsrats teil.

² Die Delegation umfasst:

- a) die Generaldirektorin oder den Generaldirektor;
- b) zwei Personen als Vertretung der Ärzteschaft;
- c) zwei Personen als Vertretung des Personals.

³ Le conseil d'administration définit, en accord avec les collèges des médecins et les organisations constituées du personnel, le mode d'élection des personnes représentant les médecins et le personnel et la durée de leur mandat.

⁴ Selon les objets à débattre, le conseil d'administration peut inviter d'autres personnes représentant le RHF à ses séances.

⁵ A titre exceptionnel, le conseil d'administration peut siéger en l'absence de la délégation mentionnée à l'alinéa 2 ci-dessus.

Art. 15 f) Règlement interne

Le conseil d'administration adopte un règlement interne qui fixe les détails de son fonctionnement.

Art. 16 Direction du RHF

a) Organisation

¹ L'exploitation et la gestion du RHF sont assurées par le directeur ou la directrice général-e.

² Le directeur ou la directrice général-e est assisté-e par un conseil de direction.

Art. 17 b) Directeur ou directrice général-e

aa) Approbation de l'engagement

L'engagement du directeur ou de la directrice général-e par le conseil d'administration doit être approuvé par le Conseil d'Etat.

Art. 18 bb) Tâches

¹ Les tâches du directeur ou de la directrice général-e sont définies dans le cahier des charges arrêté par le conseil d'administration.

² Sous réserve des engagements exigeant l'approbation du conseil d'administration, le directeur ou la directrice général-e engage les collaborateurs et collaboratrices.

³ Le directeur ou la directrice général-e est placé-e sous la surveillance du conseil d'administration auquel il ou elle fait régulièrement rapport.

³ Der Verwaltungsrat bestimmt in Absprache mit den Ärztekollegien und den vom Personal gebildeten Organisationen die Art und Weise, nach der die Personen für die Vertretung der Ärzteschaft und des Personals gewählt werden, und die Dauer ihres Mandats.

⁴ Je nach den Beratungsthemen kann der Verwaltungsrat weitere Vertreterinnen und Vertreter des FSN zu seinen Sitzungen einladen.

⁵ Ausnahmsweise kann der Verwaltungsrat in Abwesenheit der Delegation nach Absatz 2 tagen.

Art. 15 f) Internes Reglement

Der Verwaltungsrat erlässt ein internes Reglement, das seine Arbeitsweise im Einzelnen festsetzt.

Art. 16 Leitung des FSN

a) Organisation

¹ Der Betrieb und die Geschäftsführung des FSN werden von der Generaldirektorin oder dem Generaldirektor sichergestellt.

² Die Generaldirektorin oder der Generaldirektor wird von einem Direktionsrat unterstützt.

Art. 17 b) Generaldirektorin/Generaldirektor

aa) Genehmigung der Anstellung

Die Anstellung der Generaldirektorin oder des Generaldirektors durch den Verwaltungsrat bedarf der Genehmigung des Staatsrats.

Art. 18 bb) Aufgaben

¹ Die Aufgaben der Generaldirektorin oder des Generaldirektors werden in dem vom Verwaltungsrat beschlossenen Pflichtenheft festgelegt.

² Unter Vorbehalt der Anstellungen, die vom Verwaltungsrat genehmigt werden müssen, stellt die Generaldirektorin oder der Generaldirektor die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an.

³ Die Generaldirektorin oder der Generaldirektor untersteht der Aufsicht des Verwaltungsrats und muss ihm regelmässig Bericht erstatten.

Art. 19 c) Directeur ou directrice médical-e

¹ Subordonné-e au directeur ou à la directrice général-e, le directeur ou la directrice médical-e est principalement chargé-e d'assurer la coordination des activités médicales du RHF, afin de garantir une prise en charge optimale des patients et patientes.

² Sa tâche consiste également à garantir la qualité et la sécurité des prestations médicales offertes par le RHF.

Art. 20 d) Conseil de direction

¹ Un conseil de direction réunit sous la présidence du directeur ou de la directrice général-e quatre à huit collaborateurs ou collaboratrices, désignés par le conseil d'administration.

² Le conseil de direction assiste le directeur ou la directrice général-e dans ses tâches de coordination des activités du RHF.

Art. 21 e) Règlement

Le conseil d'administration arrête les détails de l'organisation et du fonctionnement de la direction du RHF dans un règlement.

Art. 22 Organe de révision

a) Désignation et rapport

¹ Les comptes du RHF sont révisés, selon les principes de révision généralement reconnus, par un organe externe désigné par le Conseil d'Etat.

² L'organe de révision présente à la fin de chaque exercice un rapport de révision qui est joint aux comptes.

Art. 23 b) Inspection des finances

¹ L'Inspection des finances peut procéder au contrôle de la gestion et des comptes du RHF.

² L'organe de révision est tenu de collaborer avec l'Inspection des finances.

Art. 19 c) Medizinische Direktorin/medizinischer Direktor

¹ Unter der Generaldirektorin oder dem Generaldirektor ist die medizinische Direktorin oder der medizinische Direktor hauptsächlich damit beauftragt, die Koordination der medizinischen Tätigkeiten des FSN sicherzustellen, damit eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet ist.

² Ihre oder seine Aufgabe besteht auch darin, die Qualität und Sicherheit der vom FSN angebotenen medizinischen Leistungen zu gewährleisten.

Art. 20 d) Direktionsrat

¹ Unter dem Vorsitz der Generaldirektorin oder des Generaldirektors vereinigt ein Direktionsrat vier bis acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die vom Verwaltungsrat bezeichnet werden.

² Der Direktionsrat unterstützt die Generaldirektorin oder den Generaldirektor in der Koordination der Tätigkeiten des FSN.

Art. 21 e) Reglement

Der Verwaltungsrat erlässt die Einzelheiten der Organisation und der Arbeitsweise der Leitung des FSN in einem Reglement.

Art. 22 Rechnungsprüfungsorgan

a) Bezeichnung und Bericht

¹ Die Jahresrechnungen des FSN werden nach den allgemein anerkannten Revisionsgrundsätzen von einem externen Organ überprüft, das vom Staatsrat bezeichnet wird.

² Das Rechnungsprüfungsorgan unterbreitet am Ende jedes Geschäftsjahrs einen Revisionsbericht, der der Rechnung beigelegt wird.

Art. 23 b) Finanzinspektion

¹ Die Finanzinspektion kann die Geschäftsführung und die Rechnung des FSN kontrollieren.

² Das Rechnungsprüfungsorgan ist gehalten, mit der Finanzinspektion zusammenzuarbeiten.

CHAPITRE 3

Organisation des activités hospitalières

Art. 24 Principe

¹ Le RHF exerce ses activités hospitalières sur plusieurs sites, dont la localisation et la mission sont arrêtées dans le cadre de la planification hospitalière établie par le Conseil d'Etat.

² Les sites ne disposent pas de la personnalité juridique. Ils peuvent être organisés en unités d'exploitation.

³ Le caractère bilingue du canton doit être pris en compte, en particulier pour l'organisation des services auxquels la planification confère une mission cantonale.

Art. 25 Organisation et gestion des unités d'exploitation

¹ L'organisation et la gestion des unités d'exploitation sont définies par le conseil d'administration.

² La dotation en personnel des unités d'exploitation est fixée par le conseil d'administration dans les limites de la dotation totale retenue par le budget global.

CHAPITRE 4

Financement

Art. 26 Principes de financement

¹ Les frais d'investissement et de fonctionnement du RHF sont financés par ses propres ressources et par l'Etat.

² Les dispositions du régime transitoire fixant la participation financière des communes demeurent réservées.

Art. 27 Financement des frais d'investissement

a) Frais de construction

¹ L'Etat finance les frais de construction, d'agrandissement et de rénovation des bâtiments des sites du RHF. Il finance également les dépenses pour le mobilier et l'équipement directement liées à ces constructions, agrandissements et rénovations.

3. KAPITEL

Organisation der Spitaltätigkeiten

Art. 24 Grundsatz

¹ Das FSN übt seine Spitaltätigkeiten an mehreren Standorten aus, deren geografische Situierung und Auftrag im Rahmen der vom Staatsrat erstellten Spitalplanung beschlossen werden.

² Die Standorte verfügen über keine Rechtspersönlichkeit. Sie können als Betriebseinheit organisiert werden.

³ Die Zweisprachigkeit des Kantons muss berücksichtigt werden, insbesondere für die Organisation der Dienste, die aufgrund der Spitalplanung einen kantonalen Auftrag haben.

Art. 25 Organisation und Geschäftsführung der Betriebseinheiten

¹ Die Organisation und die Geschäftsführung der Betriebseinheiten werden vom Verwaltungsrat festgelegt.

² Die Personaldotierung der Betriebseinheiten wird vom Verwaltungsrat in den Grenzen der Gesamtdotation festgesetzt, die im Globalbudget berücksichtigt ist.

4. KAPITEL

Finanzierung

Art. 26 Finanzierungsgrundsätze

¹ Die Investitions- und Betriebskosten des FSN werden aus dessen Eigenmitteln und vom Staat finanziert.

² Die Bestimmungen der Übergangsregelung für die finanzielle Beteiligung der Gemeinden bleiben vorbehalten.

Art. 27 Finanzierung der Investitionskosten

a) Baukosten

¹ Der Staat finanziert die Kosten für die Errichtung, die Vergrösserung und die Renovation der Gebäude der Standorte des FSN. Er finanziert auch die Ausgaben für das Mobilier und die Ausrüstung, die direkt mit diesen Bauten, Vergrösserungen und Renovationen verbunden sind.

² Tout projet doit être soumis pour autorisation à la Direction compétente en matière de santé; le projet comprend notamment un descriptif général, une justification du besoin, des plans ainsi qu'un devis.

³ Le crédit d'investissement est octroyé par le Grand Conseil, conformément à la législation sur les finances de l'Etat.

Art. 28 b) Investissements de remplacement

Le Conseil d'Etat détermine quels sont les investissements de remplacement; ceux-ci sont financés dans les limites du budget global annuel alloué au RHF.

Art. 29 c) Investissements de l'Hôpital intercantonal de la Broye

L'Etat finance les investissements de l'Hôpital intercantonal de la Broye conformément aux dispositions de la convention intercantonale passée entre les cantons de Fribourg et de Vaud.

Art. 30 Financement des frais de fonctionnement

a) Principe

¹ Sur la proposition du conseil d'administration, le Conseil d'Etat alloue un budget global au RHF.

² Le budget global fixe définitivement la participation de l'Etat aux frais de fonctionnement du RHF.

³ En cas de dépassement du budget global, le RHF doit en assumer au moins 50%, le solde étant pris en charge par l'Etat, sous réserve de l'examen des causes et de la nature du dépassement.

⁴ La moitié de la part non utilisée du budget global reste acquise au RHF en augmentation de ses fonds propres, l'autre moitié étant restituée à l'Etat.

⁵ Sur la proposition de la Direction compétente en matière de santé, le montant supplémentaire pris en charge par l'Etat selon l'alinéa 3 ci-dessus ou le montant restitué à l'Etat selon l'alinéa 4 ci-dessus est arrêté par le Conseil d'Etat.

Art. 31 b) Critères de calcul

¹ Le montant du budget global tient compte de la mission du RHF, du mandat de prestations, de l'activité médicale déployée, de la moyenne des coûts d'établissements comparables hors du canton, des possibilités financières de l'Etat et d'autres éléments pertinents.

² Jedes Projekt muss der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats zur Bewilligung unterbreitet werden. Das Projekt umfasst namentlich einen allgemeinen Beschrieb, einen Bedarfsnachweis, Pläne sowie einen Kostenvoranschlag.

³ Der Investitionskredit wird vom Grossen Rat nach der Gesetzgebung über den Finanzhaushalt des Staates erteilt.

Art. 28 b) Ersatzinvestitionen

Der Staatrat bestimmt, was Ersatzinvestitionen sind; diese werden über das jährliche Globalbudget des FSN finanziert.

Art. 29 c) Investitionen des Interkantonalen Spitals der Broye

Der Staat finanziert die Investitionen des Interkantonalen Spitals der Broye nach den Bestimmungen der interkantonalen Vereinbarung zwischen den Kantonen Freiburg und Waadt.

Art. 30 Finanzierung der Betriebskosten

a) Grundsatz

¹ Auf Antrag des Verwaltungsrats erteilt der Staatrat dem FSN ein Globalbudget.

² Das Globalbudget setzt die Beteiligung des Staates an den Betriebskosten des FSN endgültig fest.

³ Bei Überschreitung des Globalbudgets muss das FSN für mindestens fünfzig Prozent der Überschreitung aufkommen, und der Restbetrag wird vom Staat übernommen; vorbehalten bleibt die Prüfung von Ursachen und Art der Überschreitung.

⁴ Der nicht verwendete Teil des Globalbudgets verbleibt zur Hälfte dem FSN und vermehrt dessen Eigenkapital, die andere Hälfte geht an den Staat zurück.

⁵ Auf Antrag der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats wird der vom Staat übernommene Mehrbetrag nach Absatz 3 oder der dem Staat rückerstattete Betrag nach Absatz 4 vom Staatrat in einem Beschluss festgesetzt.

Art. 31 b) Berechnungskriterien

¹ Das Globalbudget berücksichtigt den Auftrag des FSN, den Leistungsauftrag, den Umfang der medizinischen Tätigkeit, die durchschnittlichen Kosten vergleichbarer Spitäler ausserhalb des Kantons, die finanziellen Möglichkeiten des Staates und weitere relevante Faktoren.

² Il doit permettre de réaliser la qualité des soins, la transparence et la maîtrise de l'évolution des coûts.

³ La Direction compétente en matière de santé, en collaboration avec la Direction en charge des finances, émet les directives nécessaires au sujet de l'élaboration et de la présentation du budget global.

Art. 32 c) Participation aux frais de fonctionnement
 de l'Hôpital intercantonal de la Broye

Sur le préavis de la Direction compétente en matière de santé, le Conseil d'Etat détermine la part fribourgeoise aux frais du fonctionnement de l'Hôpital intercantonal de la Broye selon les règles fixées par le mandat de prestations prévu à l'article 5 al. 4.

CHAPITRE 5

Gestion

Art. 33 Principes de gestion
 a) Gestion économe

La direction du RHF assure une gestion économe des unités d'exploitation et une exploitation rationnelle des ressources.

Art. 34 b) Budget, comptes et plan financier

¹ La direction du RHF présente les comptes et les budgets sur la base du plan comptable appliqué par l'Etat et selon les directives du conseil d'administration. Elle élabore également un plan financier de l'exploitation et des investissements prévus sur cinq ans.

² La présentation des comptes du RHF doit permettre l'établissement de comparaisons entre les hôpitaux de Suisse.

Art. 35 c) Outils de gestion

¹ La direction du RHF informe régulièrement le conseil d'administration de l'évolution de la situation financière, notamment au moyen d'états intermédiaires.

² Afin d'assurer une gestion économe et rationnelle, la direction du RHF utilise des moyens d'évaluation des activités déployées dans les unités d'exploitation, par exemple les revues d'hospitalisation.

² Es muss die gute Qualität der Pflege, die Transparenz und die Kontrolle der Kostenentwicklung ermöglichen.

³ Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Staatsrats erlässt die nötigen Weisungen für die Aufstellung und Unterbreitung des Globalbudgets in Zusammenarbeit mit der für die Finanzen zuständigen Direktion.

Art. 32 c) Beteiligung an den Betriebskosten
 des Interkantonalen Spitals der Broye

Auf Stellungnahme der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion bestimmt der Staatsrat den Freiburger Anteil an den Betriebskosten des Interkantonalen Spitals der Broye nach den Regeln, die durch den Leistungsauftrag nach Artikel 5 Abs. 4 festgesetzt werden.

5. KAPITEL

Geschäftsführung

Art. 33 Grundsätze der Geschäftsführung
 a) Wirtschaftlichkeit

Die Direktion des FSN stellt die wirtschaftliche Geschäftsführung der Betriebseinheiten und die rationelle Bewirtschaftung der Ressourcen sicher.

Art. 34 b) Voranschlag, Rechnung und Finanzierungsplan

¹ Die Direktion des FSN unterbreitet die Jahresrechnungen und die Vorausschläge aufgrund des vom Staat angewandten Kontenplans und nach den Weisungen des Verwaltungsrats. Sie erarbeitet auch einen Finanzierungsplan für den Betrieb und die Investitionen für einen Zeitraum von fünf Jahren.

² Die Darstellung der Jahresrechnung des FSN muss Vergleiche zwischen den Spitälern in der Schweiz ermöglichen.

Art. 35 c) Instrumente der Geschäftsführung

¹ Die Direktion des FSN unterrichtet den Verwaltungsrat regelmässig über die Entwicklung der finanziellen Lage, indem sie namentlich Zwischenaufstellungen unterbreitet.

² Um eine wirtschaftliche und rationelle Geschäftsführung zu gewährleisten, verwendet die Direktion des FSN Instrumente zur Beurteilung der Tätigkeiten der Betriebseinheiten, zum Beispiel die Überprüfung von Hospitalisationen.

³ La direction du RHF tient les statistiques exigées par la Direction compétente en matière de santé et les lui communique régulièrement.

Art. 36 Statut du personnel

a) Statut général

¹ Le statut des personnes travaillant au service du RHF est régi par la législation sur le personnel de l'Etat.

² Pour qu'il soit tenu compte des particularités liées à la gestion et à l'exploitation du RHF, les compétences suivantes attribuées au Conseil d'Etat sont exercées par le conseil d'administration:

- a) la gestion des compétences professionnelles du personnel (art. 19 LPers);
- b) l'encouragement aux inventions du personnel (art. 23 LPers);
- c) les modalités de la mise au concours des emplois (art. 25 LPers);
- d) l'examen médical préalable à l'engagement (art. 28 LPers);
- e) la résiliation des rapports de service par entente réciproque (art. 43 LPers);
- f) le délai de résiliation des rapports de service pour le personnel (art. 37, 42 al. 2 et 50 al. 3 LPers);
- g) la compétence d'octroyer des prestations supplémentaires liées au marché du travail (art. 84 LPers);
- h) la compétence de fixer le traitement conformément aux directives de gestion émises par le Service du personnel et d'organisation (art. 86 LPers);
- i) l'augmentation du traitement fondé sur des barèmes particuliers (art. 88 al. 4 LPers).

³ Le règlement adopté par le conseil d'administration en vertu des compétences qui lui sont conférées à l'alinéa 2 ci-dessus est soumis à l'approbation du Conseil d'Etat.

Art. 37 b) Conditions particulières

Sont soumis à des conditions particulières fixées par des règlements adoptés par le conseil d'administration et approuvés par le Conseil d'Etat:

- a) le directeur ou la directrice général-e et le directeur ou la directrice médical-e;
- b) les médecins-chef-fe-s et les médecins-chef-fe-s adjoints;

³ Die Direktion des FSN führt die von der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats verlangten Statistiken und teilt sie dieser regelmäßig mit.

Art. 36 Dienstverhältnis des Personals

a) Allgemeines Dienstverhältnis

¹ Das Dienstverhältnis der im FSN arbeitenden Personen wird durch die Gesetzgebung über das Staatspersonal geregelt.

² Um den Besonderheiten in Verbindung mit der Führung und dem Betrieb des FSN Rechnung zu tragen, werden die folgenden Zuständigkeiten des Staatsrats durch den Verwaltungsrat ausgeübt:

- a) das Personalförderungssystem (Art. 19 StPG);
- b) die Förderung von Erfindungen und Vorschlägen des Personals (Art. 23 StPG);
- c) die Modalitäten der Ausschreibung offener Stellen (Art. 25 StPG);
- d) die ärztliche Untersuchung vor dem Stellenantritt (Art. 28 StPG);
- e) die Kündigung im gegenseitigen Einvernehmen (Art. 43 StPG);
- f) die Kündigungsfrist für das Personal (Art. 37, 42 Abs. 2 und 50 Abs. 3 StPG);
- g) die Befugnis zur Erteilung von Arbeitsmarktzulagen (Art. 84 StPG);
- h) die Befugnis zur Festsetzung des Gehalts im Rahmen der Richtlinien des Amtes für Personal und Organisation (Art. 86 StPG);
- i) die Gehaltserhöhung aufgrund ausserordentlicher Gehaltsskalen (Art. 88 Abs. 4 StPG).

³ Das Reglement, das der Verwaltungsrat aufgrund der ihm übertragenen Zuständigkeiten nach Absatz 2 erlässt, bedarf der Genehmigung des Staatsrats.

Art. 37 b) Besondere Bedingungen

Besonderen Bedingungen nach Reglementen, die vom Verwaltungsrat erlassen und vom Staatsrat genehmigt werden, sind unterstellt:

- a) die Generaldirektorin oder der Generaldirektor, die medizinische Direktorin oder der medizinische Direktor;
- b) die Chefärztinnen und Chefärzte, die stellvertretenden Chefärztinnen und Chefärzte;

c) les autres médecins, y compris les chef-fe-s de clinique et les médecins assistants.

Art. 38 c) Gestion du personnel

La gestion du personnel est assumée par une unité centralisée du RHF.

Art. 39 d) Régime transitoire

Le passage aux conditions qui précèdent est régi par les dispositions transitoires.

CHAPITRE 6

Responsabilité

Art. 40 Principes

La responsabilité du RHF pour le préjudice que ses employé-e-s causent d'une manière illicite à autrui dans l'exercice de leurs fonction ainsi que la responsabilité de l'employé-e pour le dommage causé à son employeur en violant ses devoirs professionnels sont régies par la loi sur la responsabilité civile des collectivités publiques et de leurs agents.

Art. 41 Assurance

Le conseil d'administration conclut une police d'assurance-responsabilité civile pour couvrir les risques liés aux activités du RHF.

CHAPITRE 7

Surveillance

Art. 42 Grand Conseil

En tant qu'établissement de droit public, le RHF est placé sous la haute surveillance du Grand Conseil.

Art. 43 Direction compétente en matière de santé

¹ La Direction compétente en matière de santé assure la surveillance du RHF, sous réserve des compétences accordées par la présente loi au Conseil d'Etat.

c) die übrigen Ärztinnen und Ärzte, einschliesslich Oberärztinnen und Oberärzte und Assistenzärztinnen und Assistenzärzte.

Art. 38 c) Personalbewirtschaftung

Die Personalbewirtschaftung wird von einer Zentraleinheit des FSN wahrgenommen.

Art. 39 Übergangsregelung

Der Übergang zu diesen Bedingungen wird durch die Übergangsbestimmungen geregelt.

6. KAPITEL

Haftung

Art. 40 Grundsätze

Die Haftung des FSN für den Schaden, den seine Angestellten in Ausübung ihrer Funktion Dritten widerrechtlich zufügen, sowie die Haftung von Angestellten für den Schaden, den sie ihrem Arbeitgeber in Verletzung ihrer Berufspflichten zufügen, wird durch das Gesetz über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger geregelt.

Art. 41 Versicherung

Der Verwaltungsrat schliesst eine Haftpflichtversicherung für die Deckung der Risiken in Verbindung mit den Tätigkeiten des FSN ab.

7. KAPITEL

Aufsicht

Art. 42 Grosser Rat

Als öffentlich-rechtliche Anstalt untersteht das FSN der Oberaufsicht des Grossen Rates.

Art. 43 Für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Staatsrats

¹ Die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Staatsrats nimmt die Aufsicht über das FSN wahr; vorbehalten bleiben die Befugnisse des Staatsrats nach diesem Gesetz.

² Elle prévoit notamment à l'intention du Conseil d'Etat les projets de mandat de prestations, de plan financier et de budget global.

Art. 44 Renvoi

Pour le surplus, les modalités de la surveillance sont fixées par la loi sur la santé.

CHAPITRE 8

Dispositions transitoires

Art. 45 Régime financier transitoire concernant les frais d'investissement

¹ En accord avec le Conseil d'Etat, chaque association de communes engage, au plus tard dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, les investissements nécessaires pour que son hôpital puisse assumer la mission que lui assigne la planification hospitalière.

² Les investissements engagés seront répartis à raison de 45% à la charge de l'association et de 55% à la charge de l'Etat.

³ Les communes du district de la Sarine financent à hauteur de 21,48% les investissements pour l'Hôpital cantonal de Bertigny transmis au Grand Conseil dans un délai de trois ans suivant l'entrée en vigueur de la présente loi; le montant à la charge des communes sarinoises est réparti entre elles, pour une moitié au prorata de leur population légale et pour l'autre moitié en proportion inverse de leur classification. Le solde est pris en charge par l'Etat.

⁴ Si les investissements ne sont pas engagés dans le délai de trois ans, les dispositions de la législation sur les communes en matière de surveillance et d'intervention sont réservées.

⁵ La part des investissements incomtant à l'Etat fait l'objet d'un décret du Grand Conseil.

Art. 46 Conditions de travail et de rémunération du personnel

¹ Lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, le RHF succède en tant qu'employeur aux hôpitaux repris par lui.

² Dans un premier temps, le personnel est engagé aux conditions antérieures. Il passera ensuite aux nouvelles conditions de travail et de rémunération prévues par la présente loi.

² Sie äussert sich zuhanden des Staatsrats namentlich zum Entwurf des Leistungsauftrags, des Finanzierungsplans und des Globalbudgets.

Art. 44 Verweis auf bestehendes Recht

Im Übrigen bestimmen sich die Modalitäten der Aufsicht nach dem Gesundheitsgesetz.

8. KAPITEL

Übergangsbestimmungen

Art. 45 Finanzielle Übergangsregelung für die Investitionskosten

¹ Mit Zustimmung des Staatsrats tätigt jeder Gemeindeverband spätestens innert drei Jahren nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Investitionen, die nötig sind, damit sein Spital den durch die Spitalplanung erteilten Auftrag wahrnehmen kann.

² Die getätigten Investitionen werden zu 45% dem Verband und zu 55% dem Staat belastet.

³ Die Gemeinden des Saanebezirks finanzieren zu 21,48% die Investitionen für das Kantonsspital Bertigny, die dem Grossen Rat innert drei Jahren nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes unterbreitet werden; der Betrag zu Lasten der Gemeinden des Saanebezirks wird unter diesen aufgeteilt, zur Hälfte im Verhältnis zu ihrer zivilrechtlichen Bevölkerung und zur anderen Hälfte im umgekehrten Verhältnis zu ihrer Klassifikation. Der Rest wird vom Staat übernommen.

⁴ Werden die Investitionen nicht innert der Frist von drei Jahren getätig, so sind die Bestimmungen der Gesetzgebung über die Gemeinden, die sich auf die Aufsicht und das Einschreiten beziehen, anwendbar.

⁵ Der Anteil des Staates an den Investitionen wird in einem Dekret des Grossen Rates festgelegt.

Art. 46 Arbeits- und Besoldungsbedingungen des Personals

¹ Beim Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das FSN als Arbeitgeber an die Stelle der von ihm übernommenen Spitäler.

² In einer ersten Zeit gelten die bisherigen Anstellungsbedingungen für das Personal. Danach erfolgt der Übergang zu den neuen Arbeits- und Besoldungsbedingungen nach diesem Gesetz.

³ Lors de ce passage, dont l'échéance est fixée par le Conseil d'Etat, le salaire nominal est garanti à tous les employé-e-s pour une durée de cinq ans. Les autres conditions de travail peuvent être modifiées sans donner lieu à des indemnités ou compensations en faveur des employé-e-s.

Art. 47 Prévoyance professionnelle

¹ En matière de prévoyance professionnelle, les rapports d'assurance passent à l'institution de prévoyance du RHF; le RHF est ainsi affilié à la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat.

² Le passage s'opère selon les dispositions légales et statutaires; les capitaux destinés à financer les prestations surobligatoires accordées par l'ancienne institution de prévoyance à ses assurés sont transférés, dans les limites des statuts et règlements, à la nouvelle institution de prévoyance.

Art. 48 Reprise de l'exploitation des hôpitaux existants

¹ A la date de l'entrée en vigueur de la présente loi, le RHF reprend l'exploitation de l'Hôpital cantonal.

² A la même date, le RHF reprend l'exploitation des hôpitaux propriété des associations de communes.

³ Le RHF se substitue à l'association des communes de la Broye pour l'exploitation de l'Hôpital intercantonal de la Broye.

Art. 49 Reprise des biens des hôpitaux existants

a) Reprise des biens de l'Hôpital cantonal

¹ A la date de l'entrée en vigueur de la présente loi, le RHF reprend les biens de l'Hôpital cantonal.

² Le RHF reprend les droits et les devoirs découlant des contrats passés entre l'Hôpital cantonal et des tiers.

Art. 50 b) Entrée en possession des biens hospitaliers des associations de communes

¹ Lors de la reprise des activités, les associations de communes exploitant les hôpitaux mettent leurs biens immobiliers et mobiliers qui servent à l'exploitation de leurs hôpitaux gratuitement à la disposition du RHF.

² Le RHF reprend les droits et les devoirs découlant des contrats passés entre les hôpitaux repris et des tiers.

³ Bei diesem Übergang, dessen Zeitpunkt vom Staatsrat festgesetzt wird, wird allen Angestellten der Nominallohn für eine Dauer von fünf Jahren garantiert. Die übrigen Arbeitsbedingungen können ohne Entschädigungen oder Kompen-sationen für die Angestellten geändert werden.

Art. 47 Berufliche Vorsorge

¹ In der beruflichen Vorsorge gehen die Versicherungsverhältnisse an die Vorsorgeeinrichtung des FSN über. Das FSN wird der Pensionskasse des Staatspersonals angeschlossen.

² Die Überführung erfolgt nach den gesetzlichen und statutarischen Bestim-mungen; das Kapital für die Finanzierung der von der früheren Vorsorgeein-richtung erteilten überobligatorischen Leistungen wird in den Grenzen der Statuten und Reglemente an die neue Vorsorgeeinrichtung übertragen.

Art. 48 Übernahme der Führung der bestehenden Spitäler

¹ Zum Zeitpunkt, an dem dieses Gesetz in Kraft tritt, übernimmt das FSN die Führung des Kantonsspitals.

² Gleichzeitig übernimmt das FSN die Führung der Spitäler, die den Gemeindeverbänden gehören.

³ Das FSN tritt an die Stelle des Gemeindeverbands des Broyebezirks für die Führung des Interkantonalen Spitals der Broye.

Art. 49 Übernahme des Vermögens der bestehenden Spitäler

a) Übernahme des Vermögens des Kantonsspitals

¹ Zum Zeitpunkt, an dem dieses Gesetz in Kraft tritt, übernimmt das FSN das Vermögen des Kantonsspitals.

² Das FSN übernimmt die Rechte und Pflichten aus den Verträgen zwischen dem Kantonsspital und Dritten.

Art. 50 b) Inbesitznahme des Spitalvermögens der Gemeindeverbände

¹ Bei der Übernahme der Tätigkeiten stellen die für die Führung eines Spitals geschaffenen Gemeindeverbände ihre Immobilien- und Fahrnsgüter, die dem Betrieb ihrer Spitäler dienen, dem FSN unentgeltlich zur Verfügung.

² Das FSN übernimmt die Rechte und Pflichten aus den Verträgen zwischen den übernommenen Spitätern und Dritten.

Art. 51 c) Reprise des biens hospitaliers des associations de communes

¹ Le RHF reprend par la suite, mais au plus tard dans un délai de quatre ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi, les biens qui servent à l'exploitation des hôpitaux repris, à l'exception des terrains qui restent la propriété des associations de communes.

² Pour les terrains nécessaires à l'exploitation actuelle et au développement prévisible des hôpitaux, un droit de superficie selon les articles 779 et suivants du code civil suisse est établi en faveur du RHF. Le droit de superficie est concédé à titre gracieux pour cent ans.

³ Si, avant l'expiration du droit de superficie, les terrains ne sont plus affectés aux activités hospitalières, les constructions sises sur ces terrains sont acquises à l'association de communes propriétaire du fond. Le retour anticipé des constructions à l'association de communes concernée se fait contre le versement d'une indemnité. Cette indemnité est fixée compte tenu des parts d'investissement de l'association de communes concernée et du canton, avant et après la mise en place du RHF, ainsi que d'un amortissement annuel de 4% sur la valeur initiale des constructions réalisées. Toutefois, si les terrains restent affectés à des tâches d'utilité publique, le retour anticipé est opéré à titre gratuit.

Art. 52 d) Reprise de la part fribourgeoise
de l'Hôpital intercantonal de la Broye

¹ Selon les modalités fixées à l'article 51 al. 1, le RHF reprend la propriété de la part fribourgeoise de l'Hôpital intercantonal de la Broye, à l'exception des terrains qui restent propriété de l'association des communes de la Broye pour l'exploitation de l'Hôpital.

² Les alinéas 2 et 3 de l'article 51 s'appliquent à la reprise des terrains nécessaires à l'exploitation des hôpitaux.

Art. 53 e) Conventions réglant la reprise des biens
et l'usage en commun de biens

La liste des biens repris, l'octroi d'un droit de superficie pour les terrains et l'utilisation de biens en commun par le RHF et d'autres institutions, tels les EMS, font l'objet d'une convention passée entre les associations de communes et le RHF. Cette convention doit être approuvée par le Conseil d'Etat.

Art. 51 c) Übernahme des Spitalvermögens der Gemeindeverbände

¹ Nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, spätestens jedoch vier Jahre danach, übernimmt das FSN die Vermögenswerte, die dem Betrieb der übernommenen Spitäler dienen; ausgenommen sind die Grundstücke, die Eigentum der Gemeindeverbände bleiben.

² Für Grundstücke, die für den heutigen Betrieb und die voraussichtliche Entwicklung der Spitäler nötig sind, wird zugunsten des FSN ein Baurecht nach Artikel 779 ff. des Zivilgesetzbuchs errichtet. Das Baurecht wird unentgeltlich für hundert Jahre erteilt.

³ Werden die Grundstücke vor Ablauf des Baurechts nicht mehr für Spitaltätigkeiten verwendet, so fallen die Gebäude auf diesen Grundstücken an den Gemeindeverband, der Grundeigentümer ist. Der vorzeitige Heimfall der Gebäude an den betroffenen Gemeindeverband erfolgt gegen Ausrichtung einer Entschädigung. Diese wird in Berücksichtigung der Investitionsanteile des betroffenen Gemeindeverbands und des Kantons vor und nach der Einsetzung des FSN sowie einer jährlichen Abschreibung von 4% vom Ausgangswert der errichteten Gebäude festgesetzt. Wenn jedoch die Grundstücke nach wie vor für gemeinnützige Aufgaben verwendet werden, erfolgt der vorzeitige Heimfall unentgeltlich.

Art. 52 d) Übernahme des Freiburger Anteils
am Interkantonalen Spital der Broye

¹ Nach den Modalitäten gemäss Artikel 51 Abs. 1 übernimmt das FSN die Eigentumsrechte am Freiburger Anteil des Interkantonalen Spitals der Broye; ausgenommen sind die Grundstücke, die Eigentum des für die Führung des Spitals geschaffenen Gemeindeverbands des Broyebezirks bleiben.

² Für die Übernahme von Grundstücken, die zum Betrieb der Spitäler nötig sind, gelten die Absätze 2 und 3 von Artikel 51.

Art. 53 e) Vereinbarungen über die Vermögensübernahme
und die gemeinsame Nutzung von Vermögenswerten

Das Verzeichnis der übernommenen Vermögenswerte, die Erteilung eines Baurechts für die Grundstücke und die gemeinsame Nutzung von Vermögenswerten durch das FSN und andere Institutionen, zum Beispiel Pflegeheime, werden in einer Vereinbarung zwischen den Gemeindeverbänden und dem FSN festgehalten. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Staatsrats.

Art. 54 f) Modalités de transfert

¹ La reprise des biens par le RHF ne donne pas lieu au versement de rémunérations ou d'indemnités particulières.

² Le RHF ne reprend pas les dettes des communes membres des associations de communes ni celles des associations de communes exploitant les hôpitaux de district.

Art. 55 g) Transfert de la propriété des terrains au RHF

¹ Les associations de communes peuvent, en tout temps, renoncer à leur droit de propriété sur les terrains nécessaires à l'exploitation des hôpitaux au profit du RHF.

² Dans ce cas, l'article 54 reste applicable, et les immeubles transférés doivent être francs de gage.

Art. 56 h) Préavis et contestation

¹ Le Conseil d'Etat institue une commission paritaire consultative composée de personnes représentant l'Etat et les associations de communes en vue de préaviser la teneur des conventions prévues à l'article 53 et les décisions à prendre selon l'alinéa 2 ci-dessous.

² A défaut de convention conclue jusqu'à l'échéance du délai prévu à l'article 51, les contestations portant sur la reprise des biens et les modalités d'octroi du droit de superficie sont vidées en dernier ressort par le Conseil d'Etat.

Art. 57 i) Exonération fiscale

Les opérations de transfert de biens sont exonérées de tout impôt, taxe ou émoluments sur les plans cantonal et communal.

Art. 58 j) Inscription au registre foncier

L'inscription au registre foncier des transferts de biens s'opérera sur simple présentation des décisions prises par le Conseil d'Etat en matière de transfert des biens.

Art. 59 k) Amortissement

Pour ce qui concerne la reprise des infrastructures hospitalières, le budget et le compte de fonctionnement du RHF sont grevés, sur une période de vingt ans, d'un amortissement annuel constant de 7,5 millions de francs, dès la date de reprise des biens hospitaliers par le RHF.

Art. 54 f) Modalitäten der Übertragung

¹ Die Übernahme der Vermögenswerte durch das FSN gibt keinen Anspruch auf besondere Vergütungen oder Entschädigungen.

² Das FSN übernimmt weder die Schulden der Mitgliedsgemeinden der Gemeindeverbände noch diejenigen der Gemeindeverbände, die Bezirksspitäler führen.

Art. 55 g) Übertragung des Grundstückseigentums an das FSN

¹ Die Gemeindeverbände können jederzeit auf ihr Eigentumsrecht an den Grundstücken, die für den Betrieb der Spitäler nötig sind, zugunsten des FSN verzichten.

² In diesem Fall gilt nach wie vor der Artikel 54, und die übertragenen Immobilien müssen pfandfrei sein.

Art. 56 h) Stellungnahme und Anfechtung

¹ Der Staatsrat setzt eine beratende paritätische Kommission aus Vertreterinnen und Vertretern des Staates und der Gemeindeverbände ein, die zu den Vereinbarungen nach Artikel 53 und den Entscheiden nach Absatz 2 Stellung nimmt.

² Ist keine Vereinbarung innerhalb der Frist nach Artikel 51 abgeschlossen worden, so entscheidet der Staatsrat über die Anfechtungen in Bezug auf die Übernahme der Vermögenswerte und die Modalitäten der Baurechtsteilung in letzter Instanz.

Art. 57 i) Steuerbefreiung

Die Vermögensübertragungen sind frei von Steuern, Taxen oder Gebühren des Kantons und der Gemeinden.

Art. 58 j) Eintrag ins Grundbuch

Der Eintrag der Vermögensübertragungen ins Grundbuch erfolgt auf einfache Vorlage der Übertragungsentscheide des Staatsrats.

Art. 59 k) Abschreibung

Was die Übernahme der Spitalinfrastrukturen angeht, so werden der Vorschlag und die Betriebsrechnung des FSN ab dem Datum, an dem die Spitalvermögen vom FSN übernommen werden, während 20 Jahren mit einer laufenden jährlichen Abschreibung von 7,5 Millionen Franken belastet.

Art. 60 Fonds et fondations

- ¹ La gestion des fonds liés aux activités hospitalières est dévolue au RHF.
- ² Au besoin et avec le concours du service chargé de la surveillance des fondations et de la prévoyance professionnelle, il sera procédé à une réaffectation des fondations et des fonds liés aux activités hospitalières.

Art. 61 Trésorerie initiale

- ¹ Dans la mesure où les liquidités obtenues lors de la reprise des biens des hôpitaux ne suffisent pas, le RHF se dote des liquidités nécessaires au démarrage de ses activités. Au besoin, l'Etat met à sa disposition un fonds de roulement.
- ² Les frais financiers de ces liquidités sont pris en charge par l'Etat, dans la mesure où le Conseil d'Etat a reconnu leur nécessité.

CHAPITRE 9

Dispositions finales

Art. 62 Incidences fiscales et fixation des coefficients d'impôt

a) Pour le canton

¹ Pour le canton, la charge supplémentaire induite par la reprise des excédents de charges d'exploitation des hôpitaux correspond à une augmentation des charges de fonctionnement, dont l'impact est exprimé par une augmentation du coefficient de l'impôt sur le revenu et la fortune des personnes physiques et du coefficient de l'impôt sur le bénéfice et le capital des personnes morales.

² La mesure de l'augmentation du coefficient de l'impôt sera fixée par le Conseil d'Etat dans une ordonnance d'exécution de la présente loi, compte tenu des excédents de charges d'exploitation estimés des hôpitaux pour l'exercice 2006.

³ Le décret fixant le coefficient annuel des impôts cantonaux directs tiendra compte de cette augmentation.

Art. 63 b) Pour les communes

¹ Pour les communes, les économies réalisées par la reprise par le canton de la totalité des excédents de charges d'exploitation des hôpitaux correspondent à une diminution des charges de fonctionnement, dont l'impact est exprimé par une diminution du coefficient de l'impôt sur le revenu et la fortune des personnes physiques et du coefficient de l'impôt sur le bénéfice et le capital des personnes morales.

Art. 60 Fonds und Stiftungen

- ¹ Das FSN bewirtschaftet die an die Spitaltätigkeiten gebundenen Fonds.
- ² Wenn nötig werden die an die Spitaltätigkeit gebundenen Stiftungen und Fonds neu zugeteilt; das Amt, das für die Aufsicht über die Stiftungen und die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge zuständig ist, wirkt dabei mit.

Art. 61 Erste Kassenmittel

¹ Reichen die bei der Übernahme des Vermögens der Spitäler erhaltenen flüssigen Mittel nicht aus, so versieht sich das FSN mit den für die Aufnahme seiner Tätigkeiten nötigen flüssigen Mitteln. Wenn nötig stellt ihm der Staat einen Umlauffonds zur Verfügung.

² Die Finanzierungskosten für diese flüssigen Mittel werden vom Staat übernommen, soweit der Staatsrat ihre Notwendigkeit anerkennt.

9. KAPITEL

Schlussbestimmungen

Art. 62 Finanzielle Auswirkungen und Festsetzung der Steuerfusse

a) Für den Kanton

¹ Für den Kanton hat die Mehrbelastung, die aus der Übernahme der Betriebskostenüberschüsse der Spitäler entsteht, einen Anstieg des Betriebsaufwands zur Folge, der sich in einer Anhebung des Steuerfusses für das Einkommen und Vermögen natürlicher Personen und des Steuerfusses für den Gewinn und das Kapital juristischer Personen niederschlägt.

² Wie weit der Steuerfuss angehoben wird, setzt der Staatsrat in einer Ausführungsverordnung zu diesem Gesetz fest; hierbei berücksichtigt werden die Betriebskostenüberschüsse der Spitäler, die für das Geschäftsjahr 2006 veranschlagt werden.

³ Das Dekret über den Steuerfuss der direkten Kantonssteuern wird dieser Anhebung Rechnung tragen.

Art. 63 b) Für die Gemeinden

¹ Für die Gemeinden haben die Einsparungen dadurch, dass der Kanton die gesamten Betriebskostenüberschüsse der Spitäler übernimmt, eine Verminderung des Betriebsaufwands zur Folge, die sich in einer Senkung des Steuerfusses für das Einkommen und Vermögen natürlicher Personen und des Steuerfusses für den Gewinn und das Kapital juristischer Personen niederschlägt.

² Le Conseil d'Etat fixe en conséquence, dans une ordonnance d'exécution à la présente loi, les coefficients de l'impôt sur le revenu et la fortune des personnes physiques et de l'impôt sur le bénéfice et le capital des personnes morales de chaque commune correspondant à la diminution des charges mentionnée à l'alinéa 1, en tenant compte:

- a) des excédents de charges d'exploitation estimés des hôpitaux pour l'exercice 2006;
- b) de l'estimation pour l'exercice 2006 du rendement de l'impôt communal sur le revenu et la fortune des personnes physiques et de l'impôt communal sur le bénéfice et le capital des personnes morales; les distorsions provenant d'une augmentation ou d'une diminution importante des ressources fiscales d'une commune, survenues depuis les dernières statistiques fiscales 2003 publiées, donnent lieu à une correction.

Art. 64 Modifications
a) Subventions

La loi du 17 novembre 1999 sur les subventions (RSF 616.1) est modifiée comme il suit:

Art. 21 al. 2

² Lorsque le total des subventions nettes de fonctionnement prévues au budget atteint 22% du total du produit de la fiscalité cantonale, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil des modifications législatives en matière de subventionnement. Le Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de cette disposition.

Art. 65 b) Santé

La loi du 16 novembre 1999 sur la santé (RSF 821.0.1) est modifiée comme il suit:

Art. 105 al. 5 (nouveau)

⁵ Elles [*les institutions de santé*] communiquent régulièrement à la Direction les statistiques établies conformément à ses directives.

Art. 66 Abrogations

Sont abrogées:

- a) la loi du 23 février 1984 sur les hôpitaux (RSF 822.0.1);
- b) la loi du 2 mars 1999 sur l'Hôpital cantonal (RSF 822.1.1).

² Der Staatsrat setzt daher in einer Ausführungsverordnung zu diesem Gesetz die Steuerfusse jeder Gemeinde für das Einkommen und Vermögen natürlicher Personen und den Gewinn und das Kapital juristischer Personen entsprechend der Lastenverminderung nach Absatz 1 fest; dabei werden berücksichtigt:

- a) die für das Rechnungsjahr 2006 veranschlagten Betriebskostenüberschüsse der Spitäler;
- b) der für das Rechnungsjahr 2006 veranschlagte Gemeindesteu ertrag auf dem Einkommen und Vermögen natürlicher Personen und auf dem Gewinn und Kapital juristischer Personen; seit der letzten veröffentlichten Steuerstatistik 2003 eingetretene Verzerrungen, die sich aus einer erheblichen Zunahme oder Abnahme der Steuerressourcen einer Gemeinde ergeben, werden berichtet.

Art. 64 Änderungen bisherigen Rechts

a) Subventionen

Das Subventionsgesetz vom 17. Dezember 1999 (SGF 616.1) wird wie folgt geändert:

Art. 21 Abs. 2

² Sollte das Gesamtvolume der veranschlagten Nettosubventionen für Funktionsausgaben 22% des gesamten kantonalen Steueraufkommens erreichen, so beantragt der Staatsrat dem Grossen Rat Änderungen von gesetzlichen Bestimmungen über Subventionen. Der Staatsrat regelt den Vollzug dieser Bestimmung im Einzelnen.

Art. 65 b) Gesundheit

Das Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (SGF 821.0.1) wird wie folgt geändert:

Art. 105 Abs. 5 (neu)

⁵ Sie [*die Institutionen*] teilen der Direktion regelmässig die nach deren Weisungen erstellten Statistiken mit.

Art. 66 Aufhebung bisherigen Rechts

Aufgehoben werden:

- a) das Spitalgesetz vom 23. Februar 1984 (SGF 822.0.1);
- b) das Gesetz vom 2. März 1999 über das Kantonsspital (SGF 822.1.1).

Art. 67 Entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi, au besoin de manière échelonnée.

² L'adaptation des coefficients de l'impôt sur les personnes physiques et de l'impôt sur les personnes morales par les communes entre en vigueur simultanément à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 68 Referendum

La présente loi est soumise au referendum financier facultatif.

Art. 67 Inkrafttreten

¹ Der Staatsrat setzt das Inkrafttreten dieses Gesetzes, das in Stufen erfolgen kann, fest.

² Die Anpassung der Steuerfüsse für natürliche und juristische Personen durch die Gemeinden treten mit diesem Gesetz in Kraft.

Art. 68 Referendum

Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Finanzreferendum.