

RAPPORT EXPLICATIF

accompagnant l'avant-projet de loi concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance

Le présent rapport explicatif est structuré selon le plan suivant :

- 1 INTRODUCTION
- 2 SYNTHÈSE DES NOUVELLES RÈGLES LAMAL
 - 2.1 La planification
 - 2.2 Le libre choix de l'hôpital
 - 2.3 Le financement
 - 2.4 Les maisons de naissance comme nouveau fournisseur de prestations
 - 2.5 Entrée en vigueur et dispositions transitoires
- 3 APPLICATION CANTONALE
 - 3.1 Adaptation de la législation cantonale
 - 3.2 Conséquences en matière de planification cantonale
 - 3.3 Conséquences du libre choix de l'hôpital
 - 3.4 Conséquences du nouveau système de financement
 - 3.5 Conséquences spécifiques pour les hôpitaux
- 4 COMMENTAIRES DES DISPOSITIONS
- 5 INCIDENCES
 - 5.1 Conséquences financières et en personnel
 - 5.2 Influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes
 - 5.3 Constitutionnalité, conformité au droit fédéral, eurocompatibilité
 - 5.4 Soumission au référendum législatif

1 INTRODUCTION

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) portant sur le financement hospitalier. En substance, cette révision introduit des critères de planification hospitalière uniformes pour toute la Suisse, le libre choix de l'hôpital au niveau suisse ainsi que le principe d'un financement à la prestation basé sur une structure tarifaire uniforme. L'objectif principal visé par cette révision est de renforcer la concurrence entre les hôpitaux au niveau national.

La mise en œuvre de cette révision nécessite l'élaboration d'une législation d'application cantonale.

2 SYNTHÈSE DES NOUVELLES RÈGLES LAMAL

2.1 La planification

La planification établie par les cantons doit respecter les critères uniformes édictés par le Conseil fédéral et être réexaminée périodiquement. La planification est censée couvrir les besoins en soins. Elle doit être établie en étroite coordination avec les autres cantons et tenir compte en particulier :

- du caractère économique et de la qualité des prestations fournies,
- de l'accès des patients au traitement dans un délai approprié et
- de la disponibilité et de la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

Sur cette base, le canton doit émettre sa liste hospitalière qui énumère tous les hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations, indépendamment de leur statut public ou privé et de leur situation dans ou hors du canton (hôpitaux répertoriés). Les prestations de ces établissements seront cofinancées par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et les cantons. Les hôpitaux qui n'ont pas de mandat de prestations peuvent conclure une convention avec un ou plusieurs assureurs-maladie (hôpitaux conventionnés). Leurs prestations pourront alors être prises en charge par l'AOS ; exclu du cofinancement par les cantons, le solde sera à charge des patients et patientes, voire de leur assurance complémentaire.

A noter encore que les cantons ont la responsabilité de planifier au niveau national le domaine de la médecine hautement spécialisée. Ainsi, le canton de Fribourg a adhéré, le 7 novembre 2008, à la Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS).

2.2 Le libre choix de l'hôpital

Aujourd'hui, l'accès aux hôpitaux hors canton est limité dans la mesure où les cantons de résidence des patients et patientes ne participent aux coûts qu'en cas de nécessité médicale, soit lorsqu'une prestation n'est pas disponible sur leur territoire ou en cas d'urgence. Désormais, les patients et patientes auront le libre choix entre tous les hôpitaux répertoriés de tous les cantons. Le canton de résidence devra également participer aux coûts des hospitalisations hors canton décidées par convention personnelle, jusqu'à concurrence du tarif applicable à cette prestation dans le canton de résidence.

2.3 Le financement

Le nouveau système de financement comporte plusieurs éléments.

Les hôpitaux seront rémunérés par des forfaits liés à la prestation, sur la base d'une structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse. Pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, le tarif fait référence à des forfaits par cas liés au diagnostic (*Diagnosis Related Groups* ; DRG). S'agissant des soins regroupés sous le terme de « soins subaigus », à savoir la psychiatrie, la réadaptation, la gériatrie, les soins palliatifs et les suites de traitement en général, il n'existe pas, en l'état, de structure tarifaire uniforme basée sur des forfaits par cas. Les nouvelles structures tarifaires en psychiatrie et en réadaptation devraient voir le jour en 2014.

Autre élément principal, le nouveau tarif intègre les charges d'investissements, qui seront donc cofinancées par les cantons et les assureurs-maladie.

Comme aujourd'hui, le tarif est négocié dans chaque canton entre hôpitaux et assureurs-maladie, puis soumis au gouvernement cantonal pour approbation.

Les cantons doivent prendre en charge au moins 55 % de la rémunération négociée, la participation des assureurs-maladie étant limitée à 45 %. Il appartient au canton de fixer chaque année sa part. Durant une période transitoire allant du 1er janvier 2012 au 1er janvier 2017, les cantons dont la moyenne des primes pour adulte est inférieure à la moyenne suisse au moment de l'introduction du nouveau financement hospitalier peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 % et 55 %. Cette part peut être modifiée chaque année de 2 points de pour-cent au plus, à partir du taux initial, afin d'atteindre 55 % au moins au 1er janvier 2017.

La révision de la LAMal introduit la notion de prestations d'intérêt général qui ne font pas partie des coûts à charge de l'AOS. Ces prestations comprennent en particulier les coûts de recherche et

de formation universitaire, ainsi que les coûts résultant du maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ; elles seront à 100 % à charge des cantons.

2.4 Les maisons de naissance comme nouveaux fournisseurs de prestations

La révision de la LAMal assimile les maisons de naissance aux hôpitaux. Il en découle, d'une part, que les maisons de naissance seront soumises à la planification cantonale et, d'autre part, que leurs prestations seront financées par les assureurs-maladie et les cantons selon les mêmes principes que ceux fixés pour les hôpitaux.

2.5 Entrée en vigueur et dispositions transitoires

La révision de la LAMal est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Les forfaits liés à la prestation doivent être introduits au plus tard le 31 décembre 2011. La planification cantonale doit être adaptée, au besoin, aux nouvelles exigences jusqu'au 1^{er} janvier 2015.

3 APPLICATION CANTONALE

3.1 Adaptation de la législation cantonale

Les dispositions de la loi sur la santé (LSan) concernant la planification répondent aux exigences du droit fédéral (art. 58a ss. de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie ; OAMal) et n'ont pas besoin d'être adaptées. Le présent avant-projet de loi se limite donc essentiellement à l'application cantonale des nouvelles règles de financement. En outre, la loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) et la loi sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM) sont modifiées pour tenir compte, d'une part, de l'autonomie accrue des établissements et de la redistribution des responsabilités entre leurs organes dirigeants et les organes politiques ainsi que, d'autre part, des nouvelles règles de financement.

3.2 Conséquences en matière de planification cantonale

La planification hospitalière arrêtée par le Conseil d'Etat le 31 mars 2008 reste d'actualité. Elle a été établie sur la base des prestations nécessaires à couvrir les besoins en soins de la population fribourgeoise, ce qui répond aux exigences du droit fédéral. Des modifications devront néanmoins lui être apportées pour tenir compte des hôpitaux hors canton et des maisons de naissance figurant désormais parmi les fournisseurs de prestations pratiquant à charge de l'AOS (cf. point 2.4). En effet, conformément aux dispositions transitoires du droit fédéral, le Conseil d'Etat doit intégrer les maisons de naissance dans sa planification d'ici au 1^{er} janvier 2015 au plus tard ; il est toutefois prévu d'aller plus vite et d'inscrire la maison de la naissance « Le petit prince » dans la liste hospitalière dès le 1^{er} janvier 2012.

La planification cantonale n'est pas gravée dans le marbre, mais doit périodiquement être réexaminée et au besoin adaptée. Il faut bien entendu attendre sa mise en œuvre complète pour en évaluer les effets et se prononcer sur une éventuelle modification. Il faut relever en particulier dans ce contexte que le système de rémunération par DRG risque d'augmenter la pression sur les établissements de diminuer la durée de séjour en soins aigus (cf. à ce sujet la réponse du Conseil d'Etat à la question QA 3225.09 Xavier Ganioz « Introduction critique face aux forfaits par cas/DRG »). Il s'agira donc de suivre attentivement l'évolution de la situation.

3.3 Conséquences du libre choix de l'hôpital

Actuellement, l'accès aux hôpitaux hors canton est fortement limité. L'Etat ne participe aux coûts qu'en cas de nécessité médicale, soit lorsqu'une prestation n'est pas disponible dans le canton ou en cas d'urgence. En dehors de ces situations, les coûts des hospitalisations hors canton sont répartis entre l'AOS et le patient ou la patiente, voire son assurance complémentaire. Désormais, l'Etat devra également participer aux coûts des hospitalisations hors canton par commodité personnelle, jusqu'à concurrence toutefois du tarif applicable à cette prestation dans le canton de Fribourg et pour autant que l'hôpital choisi figure sur la liste hospitalière du canton où cet hôpital se situe. Le patient ou la patiente, voire son assurance complémentaire, devra alors assumer une éventuelle différence entre le tarif fribourgeois et le tarif appliqué hors canton.

Le tableau ci-dessous résume les différents cas de prise en charge financière par l'Etat, à l'exemple des situations entre les cantons de Fribourg et de Berne et en admettant une répartition de 45 % à charge de l'AOS et 55 % à charge de l'Etat.

Situation	Part AOS	Part canton	Part patient ou assurance complémentaire
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital fribourgeois • Répertoire liste FR 	45 % du tarif FR	55 % du tarif FR	-
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital fribourgeois • conventionné • non répertorié 	45 % du tarif FR	-	55 % du tarif FR
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital bernois • Répertoire liste FR 	45 % du tarif BE	55 % du tarif BE	-
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital bernois • Répertoire liste BE • Urgence/prestations indisponibles à FR 	45 % du tarif BE	55 % du tarif BE	-
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital bernois • Répertoire liste BE • Commodité personnelle 	45 % du tarif FR	55 % du tarif FR	Différence entre tarif FR et tarif BE
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital bernois • conventionné • non répertorié • Urgence 	45 % du tarif BE	55 % du tarif BE	
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital bernois • conventionné • non répertorié • Commodité personnelle 	45 % du tarif BE		55 % du tarif BE

De toute évidence, le libre choix de l'hôpital par convenance personnelle au niveau suisse générera un transfert de coûts de l'assurance complémentaire vers l'Etat. Au surplus, cette nouvelle possibilité offerte aux patients et aux patientes risque d'augmenter le nombre d'hospitalisations hors canton, notamment dans les régions proches des cantons de Berne et de Vaud, à savoir les districts du Lac, de la Basse-Singine et de la Veveyse. Néanmoins, le libre choix pourrait également attirer des patients et des patientes d'autres cantons dans les établissements hospitaliers fribourgeois en fonction de la qualité et de l'efficacité de leurs prestations.

3.4 Conséquences du nouveau système de financement

Le nouveau financement changera fondamentalement le rôle et les tâches de l'Etat. Jusqu'à maintenant, à l'instar de la plupart des cantons, l'Etat de Fribourg s'est porté garant du déficit de ses hôpitaux publics ; d'une manière générale, il a assumé les rôles de planificateur, d'investisseur et d'exploitant de ces hôpitaux. Désormais, l'Etat sera demandeur de prestations hospitalières qu'il cofinancera avec les assureurs. Il assumera les rôles de régulateur et de mandant de prestations.

Nouveauté importante, les investissements des hôpitaux ne seront plus assumés directement et uniquement par l'Etat, mais seront intégrés dans les tarifs à la prestation financés par l'Etat et les assureurs-maladie. Par conséquent, les hôpitaux décideront désormais librement de l'allocation de ressources (nouvel investissement, remplacement, personnel supplémentaire, etc.). Le contrôle que l'Etat pouvait exercer par le financement des investissements va donc disparaître, sous réserve de l'approbation par le Conseil d'Etat des investissements d'extension structurelle. Le Grand Conseil ne sera ainsi plus appelé à prendre des décisions d'investissement par décret et, surtout, le montant affecté par un hôpital à un investissement important ne sera plus soumis, le cas échéant, au référendum financier. Afin de garantir la pérennité des infrastructures, les mandats de prestations préciseront la part minimale de la rémunération à affecter aux investissements. A souligner qu'il en va différemment des investissements qui devraient être considérées comme prestation d'intérêt général à charge unique de l'Etat ; de tels investissements devront être accordés par le Grand Conseil et restent soumis au référendum financier.

La révision de la LAMal introduit la notion de prestations d'intérêt général. La LAMal en cite deux exemples : le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. Les prestations d'intérêt général ne sont pas imputables à l'AOS et sont donc à 100 % à charge de l'Etat.

3.5 Conséquences spécifiques pour les hôpitaux

3.5.1 Financement des hôpitaux privés

L'Etat devra également participer au financement des prestations des hôpitaux privés figurant sur la liste hospitalière cantonale. Evidemment, leur inscription sur cette liste et, partant, le financement de leurs prestations sont soumis aux mêmes conditions que celles applicables aux hôpitaux publics.

3.5.2 Gestion des hôpitaux publics

L'introduction du financement à la prestation, sur la base d'une structure tarifaire unique incluant des charges d'investissements, ainsi que l'introduction du principe du libre choix des hôpitaux dans toute la Suisse, éléments censés renforcer la concurrence entre les hôpitaux, entraîneront une pression accrue sur les organes dirigeants des hôpitaux pour mettre en place une gestion encore plus efficace. Au vu du nouveau rôle que la révision de la LAMal confie à l'Etat et, partant, de la responsabilité accrue des organes dirigeants des hôpitaux publics, il y a lieu de répartir de manière plus stricte les compétences entre leurs organes et l'Etat.

4 COMMENTAIRES DES DISPOSITIONS

Art. 1

Le présent avant-projet de loi se limitant essentiellement à l'application du volet financement des nouvelles dispositions fédérales, l'**article 1** précise que la planification hospitalière cantonale est régie par la LSan (cf. art. 15 et 20ss. LSan).

Art. 2

Conformément au droit fédéral (art. 49a al. 2 LAMal), les assureurs prennent en charge au maximum 45 % des coûts du traitement hospitalier (ou du traitement dans une maison de naissance), alors que l'Etat doit assumer l'autre part, soit au minimum 55 %. Toutefois, durant une période transitoire allant du 1er janvier 2012 au 1er janvier 2017, les cantons dont la moyenne des primes pour adulte est inférieure à la moyenne suisse au moment de l'introduction du nouveau financement hospitalier peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 % et 55 %. C'est le cas du canton de Fribourg ; il appartiendra dès lors au Conseil d'Etat de fixer, pour la première fois en mars 2011, le taux de répartition applicable. A noter que le calendrier et la procédure budgétaires de l'Etat ne sont pas influencés par la contrainte de devoir fixer neuf mois à l'avance la part cantonale. Les montants alloués aux établissements seront déterminés dans le cadre de la procédure normale d'adoption du budget de l'Etat.

Par ailleurs, l'Etat doit verser sa part directement au fournisseur de prestations, mais il peut convenir avec les assureurs que cette part leur est versée directement (art. 49a al. 3 LAMal). Compétence est donnée à la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) de convenir des modalités de paiement.

Art. 3

L'**alinéa 1** précise les conditions de financement des prestations demandées par l'Etat aux hôpitaux et aux maisons de naissance qui remplissent les critères d'admission fixés par le droit fédéral. Ainsi, les établissements devront présenter des bases organisationnelles et économiques suffisamment solides pour assurer la pérennité de l'offre (**let. a et b**). Ils doivent accepter tous les patients et patientes et garantir les prestations demandées par l'Etat, même en urgence (**let. c**). Ils devront également assurer la transparence des coûts et transmettre les informations utiles à l'autorité sanitaire (**let. d à g**). A noter que l'exigence supplémentaire posée aux hôpitaux publics de présenter le bilan et les comptes également sur la base du plan comptable appliqué par l'Etat (**let. e**) sert uniquement à l'information des organes concernés de l'Etat, tout en améliorant la transparence et en permettant de répondre aux exigences de consolidation des comptes du nouveau modèle comptable harmonisé (MCH2). Un accent particulier est mis sur la formation (place de stages et d'apprentissage) des professionnel-le-s de la santé assurant la relève dans les établissements (**let. h**), la rémunération des coûts y relatifs étant par ailleurs comprise dans le tarif. La **lettre j** traite de la sous-traitance de prestations. En principe, l'établissement est censé fournir lui-même les prestations qui font l'objet d'un mandat. Peuvent faire exception des prestations de diagnostic (par ex. laboratoire, pathologie ou radiologie), pour autant bien entendu que la couverture des besoins soit assurée. Enfin, afin de garantir une égalité de traitement entre hôpitaux publics et privés, les **lettres k et l** permettent au Conseil d'Etat d'intervenir au besoin.

L'**alinéa 2** permet au Conseil d'Etat de déroger exceptionnellement à ces exigences, en particulier lorsqu'il doit répertorier des hôpitaux situés hors canton pour couvrir les besoins en soins de la population fribourgeoise ; le Conseil d'Etat veillera toutefois à ce que ces exigences soient intégrées dans les mandats de prestations conclus avec ces hôpitaux. S'agissant des établissements fribourgeois, des exceptions pourraient également être prévues et inscrites dans les mandats de prestations. S'il en résulte des avantages financiers, l'établissement peut être amené à effectuer des paiements de compensation. Ainsi par exemple, si un établissement n'est pas en mesure d'assurer entièrement la formation professionnelle, la part correspondante de la rémunération pourrait être ponctionnée pour être redistribuée aux établissements assumant cette tâche.

Art. 4

Cette disposition pose la base légale permettant de financer, au moyen de mandats de prestations, des prestations d'intérêt général ; elle en dresse une liste non exhaustive des prestations d'intérêt général (**al. 1**), dont les deux premières (**let. a et b**) reprennent celles figurant à l'article 49 al. 3 let. a et b LAMal, à savoir le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. Sont considérés comme coûts de formation universitaire les charges liés à la formation théorique et pratique d'une profession médicale jusqu'à l'acquisition du diplôme fédéral ainsi qu'à la formation postgrade visant à l'acquisition d'un titre postgrade. En revanche, les salaires des médecins assistants et assistantes font partie des coûts d'exploitation des hôpitaux et sont rémunérés par les tarifs. Les coûts de formation, tout comme par ailleurs ceux liés à la recherche seront assumés à titre de prestations de formation par l'université, la Confédération ou l'Etat. Eu égard à une pénurie éventuelle de personnel soignant, l'Etat pourra également aider ponctuellement les établissements à offrir un cadre de travail adapté aux besoins spécifiques de ces professionnel-le-s, par exemple en assurant une partie du financement d'une crèche avec des heures d'ouverture élargies (**let. c**). Il peut en outre promouvoir la prise en charge globale des patients et patientes en contribuant au financement de l'accompagnement spirituel (**let. d**). Les prestations de liaison servent à promouvoir la sensibilisation du personnel soignant et des médecins des établissements somatiques dans certains domaines, en particulier dans celui des soins en santé mentale (« psychiatrie de liaison ») (**let. e**). A mentionner enfin que la **lettre f** concerne la participation aux mesures de prévention et de préparation en cas de situation extraordinaire au sens de l'article 123b LSan. En revanche, le financement d'un engagement (art. 123c LSan) est assuré dans le cadre de la législation spéciale en matière de protection de la population (art. 10 de la loi sur la protection de la population, LProtPop).

Exceptionnellement, l'Etat pourrait être amené à imposer aux établissements des prestations d'intérêt général pour des raisons de santé publique (**al. 2**), par exemple dans le domaine de la formation universitaire.

Art. 5

L'**article 5** pose une base légale permettant à l'Etat de financer d'autres prestations. Il s'agit tout d'abord d'activités dont le financement n'est pas ou pas entièrement assuré par l'AOS. Ainsi, les frais liés au séjour proprement dit dans une clinique de jour ou de nuit (infrastructure, accompagnement, animation, etc.) ne sont pas pris en charge par l'AOS (**al. 1**). Quant aux projets et mandats répondant à un intérêt de santé publique (**al. 2**), on peut par exemple citer l'Equipe mobile d'urgence psycho-sociale (EMUPS). Il s'agit également d'activités qui ne relèvent pas d'emblée de l'AOS (**al. 3**).

Art. 6

L'**article 6** fixe les modalités du financement des prestations qui font l'objet d'un mandat de prestations. S'agissant en particulier du financement des prestations d'intérêt général (**al. 2**), un montant forfaitaire est négocié entre l'hôpital concerné et la DSAS, avec l'appui de la Direction de finances, dans le courant du 1er trimestre de l'année précédant l'exercice et préalablement aux négociations tarifaires.

Art. 7

L'**alinéa 1** fixe le cadre à respecter par le Conseil d'Etat pour l'établissement des mandats de prestations. Les examens et traitements confiés aux hôpitaux et aux maisons de naissance découlent de la liste hospitalière (**let. a**). S'agissant du calcul de la contribution de l'Etat et des modalités de son versement, un montant prévisionnel sera fixé sur la base de l'activité estimée pour l'année à venir et du tarif négocié. Cette contribution est versée en acomptes trimestriels. Pour les examens et traitements ainsi que les autres prestations au sens de l'article 5 al. 3, la différence entre les prestations prévisionnelles et effectives est réglée l'année suivante lors du bouclage des comptes. En revanche, les montants forfaitaires attribués pour financer les prestations d'intérêt général et les autres prestations au sens de l'article 5 al. 1 et 2 ne feront pas l'objet d'une correction (**let. c**). Si les hôpitaux décideront désormais librement de l'allocation de ressources (nouvel investissement, remplacement, personnel supplémentaire, etc.), les mandats de prestations préciseront tout de même la part minimale à affecter aux investissements (**let. d**). Les mandats de prestations préciseront en outre les obligations d'information et les buts généraux à atteindre par les établissements (**let. e**), ainsi que les modalités d'évaluation, de suivi et de contrôle (**let. f**). Pour le cas où les établissements ne respecteraient pas leurs obligations, les mandats de prestations prévoient notamment la restitution de la participation financière de l'Etat (**let. g**).

Les mandats de prestations s'étendent sur plusieurs années, dans un premier temps sur trois ans (« mandats de prestation pluriannuels »), et sont assortis d'avenants annuels (« mandats de prestations annuels ») portant notamment sur le montant de la contribution de l'Etat, le volume prévisionnel des prestations demandées, ainsi que les engagements de l'établissement (p. ex. obligation d'effectuer une revue d'hospitalisation, mesures d'assurance de qualité, etc.) (**al. 2**). Par ailleurs, les prestations d'intérêt général devront faire l'objet des mandats annuels spécifiques, à octroyer de manière anticipée afin d'informer le plus tôt possible les partenaires tarifaires d'éléments importants à considérer lors des négociations tarifaires. Evidemment, ces mandats spécifiques n'entreront en vigueur qu'avec la signature des contrats de prestations pluriannuels et de leurs avenants.

Art. 8

Pour veiller à une mise en œuvre efficiente de la planification hospitalière et contribuer à assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses, les décisions prises par les établissements concernant des investissements importants sont soumises à l'approbation du Conseil d'Etat (**al. 1**). Dans la même perspective, une perte éventuelle des hôpitaux publics excédant les trois pour cent du budget annuel d'exploitation doit être compensée dès l'exercice suivant (**al. 2**). Au besoin, les modalités d'application seront réglées par le Conseil d'Etat dans le cadre des dispositions d'exécution.

Art. 9

Les hôpitaux publics continueront d'utiliser l'infrastructure que l'Etat a financé ou décidé de financer avant l'entrée en vigueur de la présente loi et qui n'est pas encore amortie, y compris celle qui doit encore être réalisée conformément à l'article 46 LRHF. Les frais d'infrastructure étant désormais intégrés dans le tarif à la prestation et leur amortissement donc financé par ce biais-là, l'**article 9** prévoit la conversion des montants octroyés au titre d'investissement de manière à ce que l'Etat ne paye pas à double. Les modalités d'application, en particulier le taux d'intérêt appliqué et le délai de remboursement, seront réglées par le Conseil d'Etat dans le cadre des dispositions d'exécution.

Art. 10

Pour des raisons de systématique, l'article 5a de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui règle les compétences en matière d'hospitalisation hors canton par nécessité médicale, est supprimé et son contenu repris par l'**article 10** de la présente loi, avec toutefois une précision concernant les voies de droit. En effet, l'alinéa 2 crée une base légale au sens formel pour la procédure de réclamation, déjà matériellement introduite en septembre 2009 par une modification de l'ordonnance du 13 décembre 2004 fixant la procédure sur la participation financière de l'Etat de Fribourg aux coûts de traitement de ses résidents en cas d'hospitalisation hors canton.

Art. 11

Il est possible qu'un établissement nécessaire à la couverture des besoins ne soit pas en mesure de remplir, lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, toutes les conditions de financement énumérées à l'article 3 al. 1. A titre d'exemple, la mise en conformité du système d'information peut prendre un certain temps. Le mandat de prestations fixera alors un calendrier pour effectuer les travaux nécessaires.

Disposition modifiant la loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (art. 12)

Art. 10 al. 3

Au vu du nouveau rôle que la révision de la LAMal confie à l'Etat et, partant, de la responsabilité accrue des organes dirigeants des hôpitaux publics, les compétences entre ces derniers et les organes de l'Etat doivent être réaménagées en les séparant strictement. Le conseil d'administration est responsable d'une gestion efficace et économique de l'hôpital, le Conseil d'Etat en assure la surveillance en octroyant le mandat de prestations et en approuvant les tarifs négociés avec les assureurs. Par conséquent, il n'y aura plus de représentants du Conseil d'Etat au sein du conseil d'administration de l'hôpital fribourgeois (HFR).

Dans le même ordre d'idées, une représentation des régions n'est plus judicieuse.

Afin d'assurer l'échange d'informations direct entre l'HFR et l'autorité sanitaire, il est prévu que le ou la chef-fe du Service de la santé publique participe aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

Art. 12 al. 2 let. e et f

Avec l'introduction du système du financement par prestations, le système du budget global appliqué jusqu'à présent pour la participation financière de l'Etat devient caduc.

Art. 25 al. 1

Actuellement, tout en attribuant au conseil d'administration la tâche d'organiser les activités hospitalières et de procéder à l'allocation des ressources, la loi réserve au Conseil d'Etat la compétence d'arrêter la mission et la localisation des sites du HFR (cf. art. 12 al. 2 let. a et f LRHF). Compte tenu du nouveau système de financement, il importe de donner au conseil d'administration l'autonomie de gestion dont il a besoin pour faire face à ses responsabilités. Dans le cadre de sa planification hospitalière, le Conseil d'Etat arrêtera ainsi désormais la mission du HFR dans son ensemble.

Pour rappel, les membres du conseil d'administration répondent envers l'Etat de leurs actes conformément aux dispositions de la loi sur la responsabilité civile des collectivités publiques et de leurs agents

Art. 26 al. 2

Le conseil d'administration étant chargé, de manière générale, de l'allocation des ressources (cf. art. 12 al. 2 let. f LRHF), cette disposition peut être supprimée ; ce d'autant qu'elle fait référence au système désormais caduc du budget global.

Art. 27 à 33

La présente loi rend caduques ces dispositions, qui par ailleurs ne sont pas compatibles avec le système de financement mis en place par le droit fédéral.

Art. 35

Les instruments de gestion financière étant fixés par le droit fédéral (art. 49 al. 7 LAMal) et les présentes dispositions d'application cantonales, cette disposition doit être supprimée.

Art. 44 al. 2

Dans la mesure où la DSAS est de manière générale amenée à préparer les objets relevant de sa compétence qui doivent être traités par le Conseil d'Etat (art. 45 al. 1 de la loi sur l'organisation du Conseil d'Etat et de l'administration, LOCEA), cette disposition peut être supprimée.

Disposition modifiant la loi sur l'organisation des soins en santé mentale (art. 13)

Au vu du parallélisme de la structure des deux lois, le commentaire des dispositions modifiant la LRHF est mutatis mutandis applicable à celles modifiant la LSM.

Disposition modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (art. 14)

Cf. commentaire ad article 10.

Entrée en vigueur (art. 15)

Le tarif à la prestation devant être introduit au plus tard le 31 décembre 2011, la présente loi doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

5 INCIDENCES

5.1 Conséquences financières et en personnel

5.1.1 Conséquences financières

Le libre choix de l'hôpital au niveau suisse générera un transfert de coûts de l'assurance complémentaire vers l'Etat. Par ailleurs, le financement des hôpitaux privés entraînera un transfert de charge de l'AOS vers l'Etat. A l'inverse, la participation aux investissements des assureurs engendrera un transfert des charges de l'Etat vers l'AOS.

Ces différents flux financiers étant actuellement difficiles à évaluer et même à distinguer, et leur ampleur étant directement liée à la part cantonale fixée par le Conseil d'Etat, les conséquences financières pour l'Etat qu'engendrera le présent avant-projet de loi ne peuvent être que grossièrement estimées ; ce d'autant plus que l'Etat ne peut pas influencer les paramètres les plus importants. La principale incertitude découle certainement du libre choix de l'hôpital au niveau suisse qui pourrait modifier sensiblement les flux des patients entre les cantons. Par ailleurs, les statistiques à disposition ne permettent que des estimations grossières en ce qui concerne le nombre d'hospitalisations hors canton par commodité personnelle et les coûts qu'elles engendrent.

Les repères manquent pour cerner l'impact du libre choix des hôpitaux sur les flux de patients. Un exode de patients fribourgeois vers d'autres cantons pourrait par exemple rendre inadéquates les structures hospitalières mises en place ; les coûts du maintien de telles structures devraient alors être pris en charge par l'Etat en tant que prestations d'intérêt général supplémentaires.

En ce qui concerne la nouvelle répartition des coûts des investissements ou des prestations d'intérêt général entre assureurs-maladie et cantons, il reste des inconnues importantes par manque de possibilités de simulation de l'application du tarif et de coordination au niveau fédéral, ainsi qu'en raison de divergences d'interprétation entre les parties concernées (assureurs-maladie, hôpitaux et cantons). Si ces points ne sont pas réglés préalablement à l'introduction de la nouvelle structure tarifaire, ils le seront par les tribunaux dans le cadre des procédures de recours.

Rappelons encore que la liberté de l'Etat de déterminer sa participation aux coûts est toute relative, dans la mesure où il ne s'agit en définitive que d'un transfert des impôts vers les primes de l'assurance-maladie ou vice-versa, avec un impact direct sur les montants à mettre à disposition par l'Etat pour les réductions individuelles des primes.

Dans l'hypothèse que la participation de l'Etat aux coûts soit de 55%, la charge annuelle supplémentaire de l'Etat peut être estimée, sur la base d'une première estimation grossière, à environ 35 millions de francs. En cas de diminution de la participation de l'Etat, ce montant serait réduit. En ce qui concerne les coûts liés aux prestations d'intérêt général et aux autres prestations, on peut considérer qu'ils sont pour l'essentiel déjà actuellement pris en charge par l'Etat dans le cadre du financement du déficit des hôpitaux publics.

5.1.2. Conséquences en personnel

La gestion du financement des hospitalisations hors canton par convenance personnelle va engendrer un travail administratif supplémentaire pour le Service du médecin cantonal et le Service de la santé publique. Le besoin en personnel ainsi occasionné peut être estimé à 0.6 EPT pour la phase initiale de mise en œuvre, sous réserve de l'évaluation du besoin en personnel qui sera effectuée dans le courant de l'année 2012.

Il faut relever par ailleurs qu'au vu de la modification du rôle de l'Etat imposée par la révision de la LAMal et, partant, du renforcement de l'autonomie de gestion des hôpitaux publics, le personnel de ces établissements n'émergera plus au calcul des effectifs de l'Etat. De plus, la gestion du personnel, qui continue de bénéficier du statut du personnel de l'Etat, incombera à ces établissements.

5.1.3. Autre conséquence

Dans l'hypothèse que la part de l'Etat doit être considérée comme une subvention, une modification de l'article 21 de la loi sur les subventions pourrait être nécessaire.

5.2 Influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes

Les hôpitaux et leur financement étant du seul ressort de l'Etat, l'avant-projet de loi n'a pas d'influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes.

5.3 Constitutionnalité, conformité au droit fédéral, eurocompatibilité

L'avant-projet de loi est conforme à la Constitution cantonale et au droit fédéral. Il ne se pose pas de question particulière en matière d'eurocompatibilité.

5.4 Soumission au référendum législatif

La présente loi est soumise au référendum législatif. Elle n'est pas soumise au référendum financier.
