

MESSAGE N° 251 17 mai 2011
du Conseil d'Etat au Grand Conseil
accompagnant le projet de loi
concernant le financement des hôpitaux
et des maisons de naissance

Le présent message est structuré selon le plan suivant:

1. Introduction	1
2. Synthèse des nouvelles règles LAMal	1
2.1 La planification	1
2.2 Le libre choix de l'hôpital	1
2.3 Le financement	1
2.4 Les maisons de naissance comme nouveaux fournisseurs de prestations	2
2.5 Entrée en vigueur et dispositions transitoires	2
3. Application cantonale	2
3.1 Adaptation de la législation cantonale	2
3.2 Conséquences en matière de planification cantonale	2
3.3 Conséquences du libre choix de l'hôpital	2
3.4 Conséquences du nouveau système de financement	3
3.5 Conséquences spécifiques pour les hôpitaux	3
4. Commentaires des dispositions	3
5. Incidences	7
5.1 Conséquences financières et en personnel	7
5.2 Influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes	8
5.3 Constitutionnalité, conformité au droit fédéral, eurocompatibilité	8
5.4 Majorité qualifiée et referendum législatif	8

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 fondé 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. Lors de la procédure de consultation, les points essentiels controversés concernaient le contrôle des investissements par l'Etat, la compétence donnée au Conseil d'Etat de fixer au besoin des conditions de travail du personnel et des limites de rémunération des organes dirigeants des établissements, ainsi que la présence de représentants de l'Etat dans les conseils d'administration des hôpitaux publics. Le présent projet tient compte de ces prises de position dans la mesure du possible et dans les limites des principes fixés par la législation fédérale; les remarques seront traitées plus en détail dans les commentaires des dispositions.

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 et patientes 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 la 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 en plus 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 convenance personnelle, jusqu'à concurrence du tarif applicable à cette prestation dans le canton de résidence.

2.3 Le financement

Le nouveau système de financement comprend 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 psychiatriques et des soins subaigus, à savoir 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 fondée 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 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} 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 1^{er} janvier 2017.

La révision de la LAMal introduit la notion de prestations d'intérêt général qui ne font pas partie des coûts à la 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 la 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 qui sont 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 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 la charge de l'AOS (cf. pt 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 et 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 à la condition 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 principaux 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 la charge de l'AOS et 55% à la charge de l'Etat.

Situation	Part AOS	Part canton	Part patient-e ou assurance complémentaire
• Hôpital fribourgeois • Répertoire liste FR	45% du tarif FR	55% du tarif FR	–
• Hôpital fribourgeois • conventionné • non répertorié	45% du tarif FR	–	55% du tarif FR

Situation	Part AOS	Part canton	Part patient-e ou assurance complémentaire
<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 indisponible 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 convention personnelle au niveau suisse engendrera un transfert de coûts de l'assurance complémentaire vers l'Etat. Au surplus, cette nouvelle possibilité offerte aux patients et 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 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. 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 referendum 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 différem-

ment des investissements qui devraient être considérés comme prestation d'intérêt général à la charge unique de l'Etat; de tels investissements devront être accordés par le Grand Conseil et restent soumis au referendum 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 la 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 qui sont 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. Vu le nouveau rôle que la révision de la LAMal confie à l'Etat et, partant, 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 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).

En principe, les dispositions de la présente loi s'appliquent également au financement de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), à la condition qu'elles soient compatibles avec la convention intercantonale y relative. Dans cette perspective, le Conseil d'Etat précisera, conjointement avec son homologue vaudois, les critères et modalités de financement dans le mandat de prestations intercantonal.

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 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2017, les cantons dont la moyenne des primes pour adulte est inférieure à la moyenne suisse au moment de l'in-

troduction du nouveau financement hospitalier peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 et 55%. C'est le cas du canton de Fribourg; par ordonnance du 29 mars 2011, le Conseil d'Etat a fixé à 47% la part cantonale à la rémunération pour l'année 2012.

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. Le droit fédéral prévoit que le canton peut convenir avec les assureurs que cette part leur est versée directement (art. 49a al. 3 LAMal). Si cette option devait être choisie, ce qui n'est pas prévu en l'état, il appartiendrait alors à la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) de convenir des modalités de paiement, cette disposition la désignant comme instance compétente (**al. 2**).

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**). Lors de la procédure de consultation, le contrôle des investissements dits importants a été remis en question par bon nombre d'organismes, aux motifs que la notion d'important était trop floue et que le contrôle des investissements se fait de toute manière par le biais des mandats de prestations. Le présent projet renonce à ce contrôle spécifique, mais précise que l'obligation d'affecter aux investissements une part de la rémunération pour les prestations hospitalières est une condition de financement. La **lettre c** prévoit que les établissements doivent accepter tous les patients et toutes les patientes et garantir les prestations demandées par l'Etat, même en urgence. Ils devront également assurer la transparence des coûts et transmettre les informations utiles à l'autorité sanitaire (**let. d à g**); par mandats au sens de la **lettre g**, on entend des mandats portant sur des prestations hospitalières négociés par exemple avec d'autres cantons. Un accent particulier est mis sur la formation (places 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 bien entendu faire exception notamment des prestations de diagnostic (p. ex. laboratoire, pathologie ou radiologie), à la condition que la couverture des besoins soit assurée. A noter encore que la collaboration avec des médecins agréés n'est pas concernée par cette disposition. 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 au sujet des conditions de travail du personnel ou des indemnités versées aux organes dirigeants des établissements. Lors de la procédure de consultation, certains organismes ont rejeté cette disposition jugée contraire à l'autonomie accrue des établissements, tandis que d'autres ont demandé de renforcer la protection des employés et le contrôle des indemnités

versées aux organes dirigeants. Le présent projet de loi reprend essentiellement la disposition de l'avant-projet qui est à mi-chemin entre ces deux positions.

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, notamment ceux de petite taille comme la maison de naissance, des exceptions pourraient également être prévues et inscrites dans les mandats de prestations. 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. Un fonds pourrait être créé à cet effet, les versements de compensation pouvant être réglés dans le cadre des mandats de prestations (cf. art. 7 al. 1 let. g).

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 qui figurent 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 considérées comme coûts de formation universitaire les charges liées à la formation théorique et pratique d'une profession médicale jusqu'à l'acquisition du diplôme fédéral ainsi qu'à la formation post-grade visant à l'acquisition d'un titre post-grade. 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 qui sont liés à la recherche seront assumés à titre de prestations de formation par l'Université, la Confédération ou l'Etat. Eu égard par exemple 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 (**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 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**). Pour ce qui est des projets et mandats répondant à un intérêt de santé publique, on peut par exemple citer l'Equipe mobile d'urgence psycho-sociale (EMUPS) ou encore des futures équipes mobiles de soins palliatifs (**al. 2**). Enfin, l'Etat peut participer au financement d'activités qui ne relèvent pas d'emblée de l'AOS, à savoir la prise en charge des patients et patientes assurés par l'assurance-accident obligatoire, l'assurance-invalidité ou l'assurance-militaire (**al. 3**). Cette disposition devrait toutefois avoir un effet limité dans le temps dans la mesure où une convention est actuellement en cours de négociation sur le plan suisse. A terme, les tarifs convenus couvriront la totalité du coût des prestations, ce qui n'est pas le cas actuellement.

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 des finances, en principe dans le courant du premier trimestre de l'année précédant l'exercice et préalablement aux négociations tarifaires. Bien entendu, pour le financement de telles prestations, l'Etat doit avoir accès à une comptabilité analytique portant sur l'ensemble des activités de l'établissement.

Art. 7

L'alinéa 1 fixe le cadre à respecter par le Conseil d'Etat pour l'établissement des mandats de prestations. Les prestations hospitalières (examens et traitements) confiées 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, conformément à l'article 3 al. 1 let. b (**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 contribuer à assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses, une éventuelle perte cumulée des hôpitaux publics excédant 3% des charges annuelles d'exploitation doit être compensée par des mesures qui doivent débiter à partir de l'exercice suivant déjà.

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, y compris les infrastructures à réaliser sur le site de Meyriez conformément à l'article 46 LRHF et qui seront cofinancées par l'Etat et les communes. Les coûts d'utilisation des immobilisations (intérêts calculatoires et amortissements) étant désormais intégrés dans le tarif à la prestation, l'article 9 prévoit la conversion en prêt des montants octroyés au titre d'investissement de manière à ce que l'Etat ne paye pas à double. Les modalités de conversion des immobilisations en prêts, en particulier le montant des prêts, le taux d'intérêt appliqué et le délai de remboursement, seront réglées par le Conseil d'Etat dans le cadre des dispositions d'exécution. Les immobilisations ne servant pas à l'exploitation hospitalière feront l'objet d'une décision distincte.

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)

Titre et art. 1 al. 1

L'occasion de la présente révision est saisie pour reprendre dans le texte de la loi le nom «hôpital fribourgeois» et son abréviation «HFR» choisis par le Conseil d'administration de l'établissement en remplacement de la dénomination «Réseau hospitalier fribourgeois» et son abréviation «RHF».

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, par ailleurs réduit à 7 à 9 membres, 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 obligatoirement de représentants du Conseil d'Etat au sein du conseil d'administration de l'hôpital fribourgeois (HFR), même si, dans un premier temps, la présence au sein de ce conseil du conseiller d'Etat-Directeur ou de la conseillère d'Etat-Directrice en charge du domaine de la santé pourrait être judicieuse afin d'assurer une transition harmonieuse. Il est ainsi également répondu aux inquiétudes exprimées lors de la procédure de consultation par certains organismes.

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. d à f

Conséquence de la modification du rôle de l'Etat imposée par la révision de la LAMal et, partant, du renforcement de l'autonomie du HFR, les autorités politiques n'approuvent plus formellement le bilan et les comptes de l'établissement qui leur sont toutefois annuellement présentés pour information (**let. d**).

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. Evidemment, le conseil d'administration a désormais toute compétence en matière budgétaire (**let. e et f**).

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 de l'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. Ainsi, il répartit entre les sites de l'HFR les missions qui lui sont confiées pour l'ensemble de l'établissement dans le cadre de la planification hospitalière. En revanche, le Conseil d'Etat reste compétent pour arrêter la localisation des sites.

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.

Art. 50 al. 1

Actuellement, si l'HFR a repris l'exploitation de l'Hôpital cantonal de Bertigny conformément à l'article 49 al. 1 LRHF, le transfert des biens immobiliers doit encore être formalisé. Une précision rédactionnelle identique à celle de l'article 42 al. 1 LSM permet de clarifier les modalités d'inscription dans le registre foncier; ainsi, cette inscription se fera sur simple présentation d'une décision du Conseil d'Etat. Dans cette décision, le Conseil d'Etat désignera les objets servant à l'exploitation hospitalière dont la propriété est transférée.

Art. 60

Lors de la reprise des hôpitaux de districts, les infrastructures ont été inscrites dans le bilan de l'HFR et consolidées dans le bilan de l'Etat. L'amortissement annuel a alors été fixé à 7,5 millions de francs en se référant à une valeur estimée des biens immobiliers de 150 millions de francs (estimation fondée sur la valeur incendie). Compte tenu des nouvelles règles d'amortissement fixées sur le plan fédéral dans le cadre de la comptabilité de gestion à l'hôpital REKOLE®, sur la base de l'ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), l'article 60 n'est plus conforme au droit fédéral et doit dès lors être abrogé.

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

Vu le parallélisme de la structure des deux lois, le commentaire des dispositions modifiant la LRHF est *mutatis mutandis* applicable à celles qui modifient 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 engendrera 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, les conséquences financières pour l'Etat qu'engendrera le présent 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 et patientes entre les cantons. Par ailleurs, les statistiques disponibles 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 et patientes. Un exode de patients et patientes fribourgeois vers d'autres cantons pourrait par exemple rendre inadaptées les structures hospitalières mises en place, ce qui peut avoir des conséquences financières.

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.

Partant du fait qu'en 2017 la participation de l'Etat aux coûts sera de 55%, la charge annuelle supplémentaire de l'Etat avait été estimée, lors des travaux préliminaires aboutissant à l'avant-projet mis en consultation, à environ 35 millions de francs.

Le 29 mars 2011, le Conseil d'Etat a fixé la part cantonale à 47%; dès lors, ces estimations doivent être corrigées. Sur la base des données disponibles et des hypothèses qui ont fondé les calculs, la charge financière supplémentaire pour l'Etat peut être estimée, pour l'année 2012, à un montant situé dans une fourchette de 7,6 à 14,2 millions de francs. Pour rappel, la part cantonale devra obligatoirement être adaptée à la hausse ces prochaines années, conformément au mécanisme prévu par les dispositions transitoires du droit fédéral (cf. ad art. 2 ci-dessus); par ailleurs, une analyse approfondie et actualisée permet d'ores et déjà de dire que, à terme, le transfert de charge dépassera l'estimation initiale de 35 millions de francs pour atteindre un montant estimé entre 43,1 et 48,8 millions de francs, alors que les frais pour l'AOS diminueront entre 18,2 et 23,9 millions de francs. A noter que cette nouvelle estimation se fonde sur des hypothèses valables pour 2012, qui peuvent changer en fonction de l'évolution des coûts de la santé d'ici à 2017.

La charge supplémentaire pour l'Etat résulte des modifications dans trois domaines principaux, soit les hôpitaux publics (notamment la participation des assureurs aux investissements), le financement des cliniques privées et les hospitalisations hors canton. Pour faire face à ce nouvel engagement et au vu de l'évolution de cette charge, une augmentation de l'impôt n'est pas exclue.

En ce qui concerne les coûts des hôpitaux publics, le transfert estimé des coûts de l'Etat vers l'AOS se situe dans une fourchette de 32,7 à 39,3 millions de francs. Ce transfert est dû à l'intégration des coûts des investissements et de la formation non universitaire, actuellement encore entièrement à la charge de l'Etat, dans les coûts imputables qui se répartissent ensuite entre les deux partenaires. Autre élément, la participation de l'AOS aux coûts de chaque hospitalisation, déterminée actuellement à hauteur de 46% dans le cadre des négociations tarifaires entre assureurs-maladie et hôpitaux, augmente à 53% pour 2012, à la suite de la fixation de la part cantonale à 47%.

S'agissant du financement des cliniques privées, il faut s'attendre à un transfert de charges de l'AOS vers l'Etat estimé à 27,7 millions de francs. Ce transfert est dû au fait qu'actuellement, dans le canton de Fribourg, l'assurance de base prend en charge environ 94% des coûts imputables (investissements compris) dans les hôpitaux privés, le solde étant à la charge de l'établissement. Le montant correspondant à 94% sera réparti, pour l'année 2012, à raison de 47% pour l'Etat et 53% pour l'AOS.

Pour ce qui est des hospitalisations hors canton finalement, l'augmentation des coûts concerne l'Etat tout comme l'AOS. En effet, actuellement, la prise en charge financière des hospitalisations hors canton par commodité personnelle se répartit entre l'AOS et les assurances complémentaires. Avec le libre choix de l'hôpital, les coûts à la charge des assurances complémentaires seront pris en charge par l'AOS et l'Etat. En outre, les hospitalisations hors canton par nécessité médicale entraîneront également un transfert de coûts vers l'AOS, dans la mesure où la participation de l'AOS augmentera à 53%, à la suite de la fixation de la part cantonale à 47%. Globalement, l'augmentation des coûts à charge de l'Etat dans le domaine des hospitalisations hors canton peut être estimée à 19,2 millions de francs.

En ce qui concerne les coûts liés aux prestations d'intérêt général et aux autres prestations, on peut considé-

rer qu'ils sont pour l'essentiel déjà actuellement pris en charge par l'Etat dans le cadre du financement du déficit des hôpitaux publics.

Enfin, les démarches liées à la distinction des biens immobiliers servant à l'exploitation hospitalière de ceux qui sont hors exploitation, ainsi que le transfert de biens immobiliers engendreront des coûts estimés à 200 000 francs, composés essentiellement de frais de géomètre et de notaire.

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 a été estimé à 0,6 EPT (octroyé dans le cadre du budget 2011) 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.

En raison du renforcement de l'autonomie de gestion des hôpitaux publics, ces derniers seront compétents en matière de création et de suppression de postes. Toutefois, la dotation en personnel de ces établissements tant au budget qu'aux comptes continuera d'être publiée dans le budget et les comptes de l'Etat. Elle figurera également à titre d'information dans le rapport annuel transmis au Grand Conseil.

5.1.3 Autres conséquences

Par égalité de traitement avec les cliniques privées, l'Etat ne garantira plus les emprunts des établissements publics. Par ailleurs, il n'assurera plus les liquidités de ces établissements qui devront s'adresser aux organismes bancaires.

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, le 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

Le 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 Majorité qualifiée et referendum législatif

Compte tenu du montant de la dépense, le projet de loi devra, conformément à l'article 141 al. 2 let. a de la loi du 6 septembre 2006 sur le Grand Conseil, être adopté à la majorité qualifiée des membres du Grand Conseil (56 voix).

La présente loi est soumise au referendum législatif. Etant donné que les montants pourtant importants à la charge de l'Etat relèvent d'une dépense liée imposée par le droit fédéral, la présente loi n'est pas soumise au referendum financier.

BOTSCHAFT Nr. 251 des Staatsrats an den Grossen Rat zum Gesetz über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser

17. Mai 2011

Diese Botschaft gliedert sich wie folgt:

1. Einführung	8
2. Zusammenfassung der neuen KVG-Regeln	9
2.1 Die Planung	9
2.2 Die freie Spitalwahl	9
2.3 Die Finanzierung	9
2.4 Die Geburtshäuser als neue Leistungserbringer	9
2.5 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen	9
3. Kantonale Ausführung	9
3.1 Anpassung der kantonalen Gesetzgebung	9
3.2 Auswirkungen auf die kantonale Planung	10
3.3 Auswirkungen der freien Spitalwahl	10
3.4 Konsequenzen des neuen Finanzierungssystems	10
3.5 Spitalspezifische Auswirkungen	11
4. Erläuterung der Bestimmungen	11
5. Auswirkungen	14
5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen	14
5.2 Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden	16
5.3 Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht und dem Europarecht	16
5.4 Qualifiziertes Mehr und Gesetzesreferendum	16

1. EINFÜHRUNG

Am 21. Dezember 2007 verabschiedeten die eidgenössischen Räte eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung. Im Wesentlichen werden mit dieser Revision einheitliche Spitalplanungskriterien für die ganze Schweiz, die freie Spitalwahl in der Schweiz und der Grundsatz einer leistungsorientierten Finanzierung, die auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruht, eingeführt. Hauptziel der Revision ist die Förderung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern auf gesamtschweizerischer Ebene.

Für die Umsetzung dieser Revision ist eine kantonale Ausführungsgesetzgebung nötig. Beim Vernehmlassungsverfahren gaben hauptsächlich die nachfolgenden Punkte Anlass zu Diskussionen: die Kontrolle der Investitionen durch den Staat; die dem Staat zugesprochene Zuständigkeit, bei Bedarf die Arbeitsbedingungen des Personals und die Grenzen der Besoldung der leitenden Organe der Einrichtungen festzulegen; die Präsenz des Staatsrates in den Verwaltungsräten der öffentlichen Spitäler. Dieser Entwurf trägt diesen Stellungnahmen im Rahmen des Möglichen und innerhalb der von der Bundesgesetzgebung definierten Grenzen Rechnung; die Bemerkungen werden in den Erläuterungen der Bestimmungen eingehender behandelt.

2. ZUSAMMENFASSUNG DER NEUEN KVG-REGELN

2.1 Die Planung

Die Planung der Kantone muss den vom Bundesrat erlassenen einheitlichen Kriterien entsprechen und regelmässig geprüft werden. Die Planung soll den Pflegebedarf decken. Sie muss in enger Zusammenarbeit mit den anderen Kantonen ausgearbeitet werden und namentlich Folgendes berücksichtigen:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der erbrachten Leistungen,
- Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert angemessener Frist und
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages.

Auf Grundlage dessen muss der Kanton seine Spitalliste erlassen, auf der alle Spitäler mit Leistungsauftrag aufgeführt sind (Listenspitäler), ungeachtet ihres Status (öffentlich oder privat) und ihrer Situation (in- oder ausserhalb des Kantons). Die Leistungen dieser Einrichtungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und von den Kantonen finanziert. Spitäler ohne Leistungsauftrag können ein Übereinkommen mit einem oder mehreren Krankenversicherern abschliessen (Vertragsspitäler), wodurch ihre Leistungen von der OKP übernommen werden können. Der Restbetrag, der von der Kofinanzierung durch die Kantone ausgenommen ist, geht zu Lasten der Patientinnen und Patienten, oder gegebenenfalls zu Lasten deren Zusatzversicherung.

Die Kantone sind ausserdem für die gesamtschweizerische Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin verantwortlich, weshalb der Kanton Freiburg am 7. November 2008 der Interkantonalen Vereinbarung vom 14. März 2008 über die hochspezialisierte Medizin beigetreten ist (IVHSM).

2.2 Die freie Spitalwahl

Heute ist der Zugang zu den ausserkantonalen Spitälern begrenzt, d. h., die Wohnkantone der Patientinnen und Patienten beteiligen sich nur dann an den Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht, soll heissen: wenn eine Leistung nicht erhältlich ist oder ein Notfall vorliegt. Künftig haben die Patientinnen und Patienten darüber hinaus die freie Wahl unter den Listenspitälern aller Kantone. Der Wohnkanton wird sich zudem auch an den Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte beteiligen müssen, die aus rein persönlichen Gründen beschlossen worden sind, jedoch höchstens nach dem Tarif, der für diese Leistung im Wohnkanton angewandt wird.

2.3 Die Finanzierung

Das neue Finanzierungssystem beinhaltet verschiedene Bestimmungen.

Die Spitäler werden mit leistungsbezogenen Pauschalen entlohnt, und zwar auf Grundlage einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur. Für die Akutspitäler bezieht sich der Tarif auf diagnosebezogene Fallpauschalen (*Diagnosis Related Groups*, DRG). Bei den Psychiatrieleistungen und der «Subakutpflege», d. h. Rehabilitation, Geriatrie, Palliativpflege und Nachbehandlungen im Allgemeinen,

gibt es zurzeit keine einheitliche, auf Fallpauschalen basierende Tarifstruktur. Die neuen Tarifstrukturen für die Psychiatrie und die Rehabilitation werden für 2014 erwartet.

Weiterer wichtiger Punkt: Der neue Tarif beinhaltet die Investitionsausgaben, die somit von den Kantonen und den Krankenversicherern gemeinsam finanziert werden.

Wie bereits heute, wird der Tarif auch in Zukunft in jedem Kanton zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern ausgehandelt und anschliessend der Kantonsregierung zur Genehmigung unterbreitet.

Die Kantone müssen mindestens 55% der ausgehandelten Vergütung übernehmen, da sich die Beteiligung der Krankenversicherer auf 45% beschränkt. Der Kanton hat jedes Jahr seinen Anteil festzulegen. Während einer Übergangsfrist, die sich vom 1. Januar 2012 bis zum 1. Januar 2017 erstreckt, können Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die schweizerische Durchschnittsprämie unterschreitet, ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55% festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen.

Mit der KVG-Revision werden ferner die gemeinwirtschaftlichen Leistungen eingeführt, die nicht Teil der Kosten zu Lasten der OKP sind. Diese Leistungen beinhalten hauptsächlich die Kosten für Forschung und universitäre Lehre sowie Kosten, die aufgrund der Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen entstehen, und gehen zu 100% zu Lasten der Kantone.

2.4 Die Geburtshäuser als neue Leistungserbringer

Die KVG-Revision stellt die Geburtshäuser den Krankenhäusern gleich. Dies führt einerseits dazu, dass die Geburtshäuser der kantonalen Planung unterliegen werden und andererseits dazu, dass ihre Leistungen von den Krankenversicherern und den Kantonen nach den gleichen Grundsätzen finanziert werden, wie diejenigen der Spitäler.

2.5 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Die KVG-Revision ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die Einführung der Leistungspauschalen muss spätestens bis zum 31. Dezember 2011 erfolgen. Wenn nötig, ist die kantonale Planung bis zum 1. Januar 2015 den neuen Anforderungen anzupassen.

3. KANTONALE AUSFÜHRUNG

3.1 Anpassung der kantonalen Gesetzgebung

Die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes (GesG) über die Planung erfüllen bereits die Anforderungen des Bundesrechts (Art. 58a ff. der Bundesverordnung über die Krankenversicherung, KVV) und müssen nicht mehr angepasst werden. Dieser Gesetzesentwurf beschränkt sich somit hauptsächlich auf die kantonale Ausführung der neuen Finanzierungsregeln. Darüber hinaus werden auch das Gesetz über das Freiburger Spitalnetz (FSNG) und das Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (PGG) angepasst; zum ei-

nen, um der grösseren Autonomie der Einrichtungen sowie der Umverteilung der Verantwortlichkeiten zwischen ihren Führungsorganen und den politischen Organen Rechnung zu tragen und zum anderen, um die neuen Finanzierungsregeln zu berücksichtigen.

3.2 Auswirkungen auf die kantonale Planung

Die Spitalplanung, die der Staatsrat am 31. März 2008 verabschiedet hat, bleibt auch weiterhin aktuell. Sie wurde anhand des Pflegebedarfs der Freiburger Bevölkerung ausgearbeitet und entspricht somit dem Bundesrecht. Nichtsdestotrotz muss auch sie verschiedenen Änderungen unterzogen werden, um den ausserkantonalen Spitälern und den Geburtshäusern Rechnung zu tragen, die fortan unter den zu Lasten der OKP tätigen Leistungsanbietern zu finden sind (s. 2.4). Den Übergangsbestimmungen des Bundesrechts zufolge muss der Staatsrat nämlich die Geburtshäuser spätestens bis zum 1. Januar 2015 in seine Planung integriert haben; dieser hat jedoch die Absicht, rascher zu handeln und das Geburtshaus «Le petit prince» bereits ab dem 1. Januar 2012 in die Spitalliste aufzunehmen.

Die kantonale Planung ist nicht in Stein gemeisselt, sondern muss regelmässig geprüft und nach Bedarf angepasst werden. Allerdings muss zuerst ihre vollständige Umsetzung abgewartet werden, damit die Auswirkungen beurteilt werden können und zu einer allfälligen Änderung Stellung genommen werden kann. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu erwähnen, dass die Einrichtungen aufgrund des DRG-Vergütungssystems möglicherweise einen grösseren Druck verspüren, die Dauer der Akutspital-Aufenthalte zu verkürzen (s. dazu die Antwort des Staatsrates auf die Anfrage QA 3225.09 Xavier Ganioz «Fallpauschalen/DRG: problematische Einführung»). Die Entwicklung der Situation muss also genau im Auge behalten werden.

3.3 Auswirkungen der freien Spitalwahl

Gegenwärtig ist der Zugang zu den ausserkantonalen Spitälern stark eingeschränkt. Der Staat beteiligt sich nämlich nur dann an den Kosten, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht, d. h., wenn eine Leistung nicht erhältlich ist oder aber in Notfällen. In allen anderen Fällen werden die Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte zwischen der OKP und der Patientin bzw. dem Patienten oder aber deren Zusatzversicherung aufgeteilt. In Zukunft wird sich der Staat auch an den Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte beteiligen müssen, die aus rein persönlichen Gründen stattgefunden haben, jedoch höchstens nach dem Tarif, der für diese Leistung im Kanton Freiburg angewandt wird, und auch nur dann, wenn das gewählte Spital auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, in dem es sich befindet. Folglich müssen die Patientin oder der Patient oder aber deren Zusatzversicherung die allfällige Differenz zwischen dem Freiburger und dem ausserkantonalen Tarif selber übernehmen.

Die nachfolgende Tabelle fasst die wichtigsten finanziellen Beteiligungen des Staates zusammen, und zwar am Beispiel der Kantone Freiburg und Bern und unter Annahme einer 45% zu 55% Kostenverteilung zwischen OKP und Staat.

Situation	Anteil OKP	Anteil Kanton	Anteil Patient/ in oder Zusatz- versicherung
• Freiburger Spital • Listenspital FR	45% FR-Tarif	55% FR-Tarif	–
• Freiburger Spital • Vertragsspital • Kein Listenspital	45% FR-Tarif	–	55% FR-Tarif
• Berner Spital • Listenspital FR	45% BE-Tarif	55% BE-Tarif	–
• Berner Spital • Listenspital BE • Notfall/Leistung nicht verfügbar in FR	45% BE-Tarif	55% BE-Tarif	–
• Berner Spital • Listenspital BE • Persönliche Gründe	45% FR-Tarif	55% FR-Tarif	Differenz FR- Tarif und BE- Tarif
• Berner Spital • Vertragsspital • Kein Listenspital • Notfall	45% BE-Tarif	55% BE-Tarif	
• Berner Spital • Vertragsspital • Kein Listenspital • Persönliche Gründe	45% BE-Tarif		55% BE-Tarif

Es ist offensichtlich, dass die schweizweit freie Spitalwahl aus persönlichen Gründen eine Kostenverschiebung von der Zusatzversicherung weg hin zum Staat verursachen wird. Im Übrigen besteht durch diese neue Möglichkeit die Gefahr, dass die Anzahl ausserkantonaler Spitalaufenthalte zunimmt, namentlich in den Regionen in Nähe der Kantone Bern und Waadt, genauer gesagt im See-, im unteren Sense- und im Vivisbachbezirk. Die freie Spitalwahl könnte aber auch Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen anziehen, wobei hier natürlich auch die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen der Freiburger Spitalanlagen eine Rolle spielen.

3.4 Konsequenzen des neuen Finanzierungssystems

Mit dem neuen Finanzierungssystem werden sich die Rolle und die Aufgaben des Staates grundlegend verändern. Bisher bürgte der Kanton Freiburg wie die meisten anderen Kantone für die Defizite seiner öffentlichen Spitäler; im Grossen und Ganzen spielte er die Rolle des Planers, des Investors und des Betreibers dieser Spitäler. In Zukunft jedoch wird der Staat Antragsteller für Spitalleistungen sein, die er mit den Versicherern gemeinsam finanzieren wird. Er wird die Rolle des Regulators und des Auftraggebers einnehmen.

Eine weitere wichtige Neuheit ist, dass die Investitionen der Spitäler nicht mehr direkt und ausschliesslich vom Staat getragen, sondern in die vom Staat und den Krankenversicherern gemeinsam finanzierten leistungsorientierten Tarife integriert werden. Somit werden die Spitäler in Zukunft frei über die Mittelzuteilung (neue Investition, Ersatzinvestitionen, zusätzliches Personal usw.) bestimmen. Die Kontrolle, die der Staat bislang über die Investitionsfinanzierung ausüben konnte, wird es somit künftig nicht mehr geben. Auch wird der Grosse Rat nicht mehr aufgerufen werden, per Dekret Investi-

onsentscheide zu treffen, vor allem aber wird der Betrag, den ein Spital für eine grosse Investition aufwendet, nicht mehr dem Finanzreferendum unterliegen. Um den Fortbestand der Infrastrukturen zu garantieren, wird in den Leistungsaufträgen der für die Investitionen aufzuwendende Mindestanteil der Vergütung festgelegt. Bei den Investitionen, die als gemeinwirtschaftliche Leistungen zu Lasten des Staates betrachtet werden sollen, ist es jedoch anders: Solche Investitionen müssen vom Grossen Rat genehmigt werden und unterliegen auch weiterhin dem Finanzreferendum.

Mit der KVG-Revision wird der Begriff der gemeinwirtschaftlichen Leistung eingeführt. Das KVG gibt hierzu zwei Beispiele: die Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Gemeinwirtschaftliche Leistungen können nicht der OKP zugeschrieben werden und gehen somit zu 100% zu Lasten des Staates.

3.5 Spitalspezifische Auswirkungen

3.5.1 Finanzierung der Privatspitäler

Der Staat wird sich auch an der Finanzierung der Leistungen der Privatspitäler beteiligen müssen, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Selbstverständlich gelten für ihre Aufführung auf dieser Liste und infolgedessen auch für die Finanzierung ihrer Leistungen dieselben Bedingungen wie für die öffentlichen Spitäler.

3.5.2 Führung der öffentlichen Spitäler

Die Einführung der Leistungsfinanzierung auf Grundlage einer einheitlichen Tarifsstruktur, in der auch die Investitionsausgaben enthalten sind, sowie die Einführung des Grundsatzes der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz – alles Dinge, die den Wettbewerb unter den Spitälern fördern sollen – geht mit einem grösseren Druck auf die Spitalleitungen einher, weil diese einen noch wirtschaftlicheren Betrieb auf die Beine stellen müssen. Aufgrund der neuen Rolle, mit der die KVG-Revision den Staat betraut, und somit auch aufgrund der grösseren Verantwortung der Führungsorgane der öffentlichen Spitäler, müssen die Kompetenzen zwischen deren Organen und dem Staat strenger verteilt werden.

4. ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN

Art. 1

Weil sich dieser Gesetzesentwurf in erster Linie auf die Ausführung des Finanzierungsbereichs der neuen Bundesbestimmungen bezieht, wird in **Artikel 1** präzisiert, dass die kantonale Spitalplanung dem GesG unterstellt ist (s. Art. 15 und 20ff. GesG).

Sofern sie sich mit der einschlägigen interkantonalen Vereinbarung vereinbaren lassen, gelten die Bestimmungen dieses Gesetzes grundsätzlich auch für die Finanzierung des Interkantonalen Spitals der Broye (HIB). Im Hinblick darauf wird der Freiburger Staatsrat die Kriterien und die Modalitäten der Finanzierung gemeinsam mit dem Waadtländer Staatsrat im interkantonalen Leistungsauftrag regeln.

Art. 2

Entsprechend dem Bundesgesetz (Art. 49a Abs. 2 KVG) übernehmen die Versicherer höchstens 45% der Spitalbehandlungskosten (oder der Behandlungskosten in einem Geburtshaus), während der Staat für den anderen Teil, also mindestens 55%, aufkommen muss. Allerdings können Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die schweizerische Durchschnittsprämie unterschreitet, ihren Vergütungsanteil während einer Übergangsfrist, die sich vom 1. Januar 2012 bis zum 1. Januar 2017 erstreckt, zwischen 45 und 55% festlegen. Dies trifft auf den Kanton Freiburg zu; in seiner Verordnung vom 29. März 2011 legte der Staatsrat den Kantonsanteil an der Vergütung für 2012 bei 47% fest.

Die Verpflichtung, wonach der Kantonsanteil neun Monate im Voraus festgelegt werden muss, hat weder auf den Voranschlagskalender noch auf das Voranschlagsverfahren des Staates einen Einfluss. Die zugesprochenen Beiträge werden im Rahmen des üblichen Genehmigungsverfahrens des Staatsvoranschlags festgelegt.

Im Übrigen muss der Staat seinen Anteil den Leistungserbringern direkt überweisen. Das Bundesrecht sieht vor, dass der Kanton mit den Versicherern vereinbaren kann, dass ihnen dieser Anteil direkt überwiesen wird (Art. 49a Abs. 3 KVG). In diesem Fall – der derzeit nicht vorgesehen ist – wäre es an der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD), die Einzelheiten für die Überweisung festzulegen, weil sie durch diese Bestimmung zur zuständigen Instanz wird (**Abs. 2**).

Art. 3

Absatz 1 enthält die Voraussetzungen für die Finanzierung derjenigen Leistungen, die der Staat von den Spitälern und Geburtshäusern verlangt, welche die Aufnahmekriterien nach Bundesrecht erfüllen. Diesen Voraussetzungen zufolge müssen die Einrichtungen über eine genügend stabile organisatorische und wirtschaftliche Basis verfügen, um den Fortbestand des Angebots sicherzustellen (**Bst. a und b**). Beim Vernehmlassungsverfahren wurde die Kontrolle der «gewichtigen» Investitionen von diversen Vernehmlassungsteilnehmenden in Frage gestellt, mit der Begründung, der Begriff «gewichtig» sei zu wage und die Kontrolle der Investitionen über die Leistungsaufträge erfolge ohnehin schon. Dieser Entwurf verzichtet nun auf diese spezifische Kontrolle, präzisiert aber, dass die Pflicht, einen Teil der Vergütung der stationären Leistungen für Investitionen vorzusehen, eine Finanzierungs Voraussetzung ist. **Buchstabe c** sieht vor, dass die Einrichtungen jede Patientin und jeden Patienten aufnehmen und die vom Staat verlangten Leistungen jederzeit bereitstellen müssen, auch in Notfällen. Sie werden auch für Kostentransparenz sorgen und die nützlichen Informationen an die Gesundheitsbehörde weiterleiten müssen (**Bst. d bis g**). Unter «Leistungsauftrag» im Sinne von **Buchstabe g** ist ein Leistungsauftrag für stationäre Leistungen zu verstehen, der z. B. mit einem anderen Kanton ausgehandelt wurde. Ein besonderer Schwerpunkt gilt der Ausbildung (Lehr- und Praktikumsstellen) der Gesundheitsfachpersonen, die den Nachwuchs in den Einrichtungen sicherstellen soll (**Bst. h**); die Vergütung der damit einhergehenden Kosten ist übrigens im Tarif enthalten. Bei **Buchstabe j** geht es um die Auslagerung von Leistungen. Grundsätzlich muss die Einrichtung die Leistungen, die Bestandteil eines Leistungsauftrages sind, selber liefern. Selbstverständlich können namentlich Diagnoseleistungen (z. B.

Labor, Pathologie oder Radiologie) davon ausgeschlossen werden, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Bedarfsdeckung gewährleistet ist. Ebenfalls zu bemerken ist, dass die Zusammenarbeit mit Belegärztinnen und Belegärzten nicht von dieser Bestimmung betroffen ist. Um schliesslich eine Gleichbehandlung unter den privaten und den öffentlichen Spitälern zu garantieren, erlauben die **Buchstaben k und l** dem Staatsrat, im Bedarfsfall auf die Arbeitsbedingungen des Personals oder der Entschädigung der leitenden Organe der Einrichtungen Einfluss zu nehmen. Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens haben einige Vernehmlassungsadressaten diese Bestimmung abgelehnt, weil sie der Meinung sind, dass diese der erweiterten Autonomie der Einrichtungen widerspricht. Andere wiederum wollten den Schutz der Mitarbeitenden und die Kontrolle der Entschädigung der leitenden Organe sogar noch verstärken. Der Entwurf übernimmt deshalb im Wesentlichen die Bestimmung aus dem Vorentwurf, die eine Mischform dieser beiden Ansichten darstellt.

Absatz 2 gibt dem Staatsrat die Möglichkeit, im Ausnahmefall von diesen Anforderungen abzuweichen, vor allem dann, wenn er ausserkantonale Spitäler in die Spitalliste aufnehmen muss, um dem Pflegebedarf der Freiburger Bevölkerung nachzukommen; der Staatsrat wird allerdings darauf achten, dass diese Anforderungen in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern enthalten sind. Auch für die Freiburger Einrichtungen, namentlich die kleineren, wie das Geburtshaus, können Ausnahmen vorgesehen werden und in den Leistungsaufträgen festgehalten werden. Sollten sich daraus finanzielle Vorteile ergeben, so kann die Einrichtung dazu veranlasst werden, Ausgleichszahlungen zu tätigen. Ist zum Beispiel eine Einrichtung nicht in der Lage, die gesamte Berufsausbildung zu sichern, so könnte der entsprechende Anteil der Vergütung abgezweigt und an die Einrichtungen weitergeleitet werden, die für diese Aufgabe zuständig sind. Zu diesem Zweck könnte etwa ein Fonds geschaffen werden; die Ausgleichszahlungen wären dann im Rahmen der Leistungsaufträge zu regeln (s. Art. 7 Abs. 1 Bst. g).

Art. 4

Diese Bestimmung schafft die gesetzliche Grundlage für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen via Leistungsaufträge; sie enthält eine nicht vollständige Liste an gemeinwirtschaftlichen Leistungen (**Abs. 1**), wobei die beiden ersten (**Bst. a und b**) diejenigen aus Artikel 49 Abs. 3 Bst. a und b KVG übernehmen, soll heissen: die Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Als universitäre Bildungskosten angesehen werden die Kosten für die theoretische und die praktische Ausbildung für einen medizinischen Beruf bis zur Erlangung des eidgenössischen Diploms sowie für die Nachdiplomausbildung zur Erlangung eines Weiterbildungstitels. Im Gegensatz dazu sind die Löhne der Assistenzärztinnen und -ärzte Bestandteil der Betriebskosten der Spitäler und werden über die Tarife bezahlt. Die Bildungskosten wie auch die Kosten in Zusammenhang mit der Forschung werden als Bildungsleistungen von der Universität, vom Bund oder vom Staat übernommen. Im Hinblick auf einen allfälligen Pflegepersonalmangel bspw. wird der Staat den Einrichtungen ausserdem punktuell dabei helfen können, ein den spezifischen Bedürfnissen des Pflegepersonals angepasstes Arbeitsumfeld anzubieten (**Bst. c**). Des Weiteren kann er die Betreuung der Patientinnen und Patienten gesamthaft fördern, in

dem er einen Beitrag zur Finanzierung der spirituellen Betreuung leistet (**Bst. d**). Die Liaisonleistungen sollen die Sensibilisierung des Pflegepersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte von Akutspitalern fördern, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit («Liaison-Psychiatrie») (**Bst. e**). **Buchstabe f** schliesslich betrifft die Beteiligung an Massnahmen zur Prävention- und Vorbereitung in ausserordentlichen Situationen im Sinne von Artikel 123b GesG. Die Finanzierung eines Einsatzes wiederum (Art. 123c GesG) wird im Rahmen der Spezialgesetzgebung im Bereich Bevölkerungsschutz sichergestellt (Art. 10 Gesetz über den Bevölkerungsschutz, BevSG).

In Ausnahmefällen könnte es sein, dass der Staat die Einrichtungen im Interesse der öffentlichen Gesundheit dazu verpflichten muss, gemeinwirtschaftliche Leistungen anzubieten (**Abs. 2**), beispielsweise im Bereich der universitären Lehre.

Art. 5

Artikel 5 schafft eine gesetzliche Grundlage, die dem Staat die Finanzierung anderer Leistungen erlaubt. Dabei handelt es sich vornehmlich um Aktivitäten, für deren Finanzierung die OKP nur zum Teil oder gar nicht aufkommt. Kosten für einen Aufenthalt im eigentlichen Sinne in einer Tages- oder Nachtambulanz z. B. (Infrastruktur, Betreuung, Freizeitgestaltung o. ä.) werden von der OKP nicht übernommen (**Abs. 1**). Zu den Projekten und Mandaten im Interesse der öffentlichen Gesundheit zählen bspw. das mobile Team für psychosoziale Notfälle (EMUPS) oder noch die künftigen mobilen Palliativpflege-Teams (**Abs. 2**). Schliesslich kann sich der Staat auch noch an der Finanzierung von Aktivitäten beteiligen, die nicht auf Anrieb von der OKP herrühren, soll heissen: die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die bei der obligatorischen Unfallversicherung, der Invalidenversicherung oder bei der Militärversicherung versichert sind (**Abs. 3**). Diese Bestimmung wird mittelfristig ihre Bedeutung verlieren: derzeit sind auf schweizerischer Ebene Verhandlungen im Gange, die dazu führen werden, dass die Tarife die Gesamtheit der Leistungskosten decken, was heute nicht der Fall ist.

Art. 6

Artikel 6 legt die Finanzierungsmodalitäten der Leistungen fest, die Teil eines Leistungsauftrages sind. Weil es sich dabei in erster Linie um die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen handelt (**Abs. 2**), machen das betroffene Spital und die GSD, mit der Unterstützung der Finanzdirektion, prinzipiell im Verlaufe des 1. Quartals des dem Geschäftsjahr vorausgehenden Jahres und im Vorfeld der Tarifverhandlungen einen Pauschalbetrag unter sich aus. Selbstverständlich muss der Staat für die Finanzierung solcher Leistungen auf die Kosten- und Leistungsrechnung der gesamten Tätigkeiten der Einrichtung zugreifen können.

Art. 7

Absatz 1 legt den Rahmen fest, den der Staatsrat bei der Erstellung der Leistungsaufträge einzuhalten hat. Die stationären Leistungen (Untersuchungen und Behandlungen), mit denen die Spitäler und Geburtshäuser betraut werden, entstammen der Spitalliste (**Bst. a**). Für die Berechnung des staatlichen Beitrags und die Einzelheiten seiner Entrichtung wird auf Grundlage der geschätzten Aktivität für das kommende Jahr und des ausgehandel-

ten Tarifs ein voraussichtlicher Betrag festgesetzt. Der besagte Beitrag wird in vierteljährlichen Akontozahlungen ausgerichtet. Für die Untersuchungen und die Behandlungen sowie für die anderen Leistungen im Sinne von Artikel 5 Abs. 3 wird die Differenz zwischen den voraussichtlichen und den tatsächlichen Leistungen im Folgejahr bei Rechnungsabschluss beglichen. Die Pauschalbeträge hingegen, die zugesprochen wurden, um die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen Leistungen im Sinne von Artikel 5 Abs. 1 und 2 zu finanzieren, werden nicht korrigiert (**Bst. c**). Zwar stimmt es, dass die Spitäler fortan frei über die Mittelzuteilung bestimmen werden (neue Investition, Ersatzinvestitionen, zusätzliches Personal usw.), jedoch wird in den Leistungsaufträgen der für die Investitionen aufzuwendende Mindestanteil präzisiert, gemäss Artikel 3 Abs. 1 Bst. b (**Bst. d**). Des Weiteren enthalten die Leistungsaufträge die Informationspflichten und die allgemeinen Ziele, welche die Einrichtungen erreichen müssen (**Bst. e**) sowie die Einzelheiten in Bezug auf Beurteilung, Kontrolle und Nachkontrolle (**Bst. f**). Für den Fall, dass die Einrichtungen ihre Verpflichtungen nicht einhalten sollten, sehen die Leistungsaufträge namentlich die Rückerstattung der finanziellen Beteiligung des Staates vor (**Bst. g**).

Die Leistungsaufträge sind über mehrere Jahre hinweg – vorerst für eine Dauer von drei Jahren – gültig («mehrjährige Leistungsaufträge») und werden von Einjahreszusatzverträgen begleitet («einjährige Leistungsaufträge»); Letztere beinhalten namentlich die Höhe des staatlichen Beitrages, das voraussichtliche Volumen der geforderten Leistungen sowie die Verpflichtungen der Einrichtung (z. B. Verpflichtung, eine Fehlbelegungsanalyse durchzuführen, Qualitätssicherungsmassnahmen, o. ä.) (**Abs. 2**). Des Weiteren müssen die gemeinwirtschaftlichen Leistungen Bestandteil spezifischer Einjahresaufträge sein, die vorzeitig zu erteilen sind, sodass die Tarifpartner so früh wie möglich über alle wichtigen Einzelheiten Bescheid wissen, die es bei den Tarifverhandlungen zu berücksichtigen gilt. Natürlich treten diese spezifischen Aufträge erst mit Unterzeichnung der mehrjährigen Leistungsverträge und deren Zusatzverträge in Kraft.

Art. 8

Um zur Eindämmung der Kostenentwicklung beizutragen muss ein allfälliger kumulierter Verlust der öffentlichen Spitäler von mehr als 3% der jährlichen Betriebskosten mit Massnahmen kompensiert werden, die bereits ab dem darauffolgenden Betriebsjahr zu ergreifen sind.

Art. 9

Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes benutzen die öffentlichen Spitäler auch weiterhin die Infrastruktur, die der Staat finanziert oder zu finanzieren beschlossen hat; dazu gehört auch die Infrastruktur, die am Standort Meyriez noch geschaffen werden muss und die von Staat und Gemeinden gemeinsam finanziert wird (Art. 46 FSNG). Weil die Kosten der Nutzung der Anlagen (kalkulatorische Zinsen und Amortisation) fortan Teil des Leistungstarifs sind, sieht **Artikel 9** eine Umwandlung der für Investitionen gesprochenen Beträge in Darlehen vor; damit soll verhindert werden, dass der Staat doppelt zahlen muss. Die Modalitäten der Umwandlung der Anlagekosten in Darlehen, insbesondere die Höhe der Darlehen, den anwendbaren Zinssatz und die Rückerstattungsfrist, wird der Staatsrat im Rahmen der Ausführungsbestimmungen festlegen. Diejenigen Anlagen, die nicht dem

Spitalbetrieb dienen, werden in einem separaten Entscheid behandelt.

Art. 10

Aus systematischen Gründen wird Artikel 5a des Ausführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, der die ausserkantonale Hospitalisation aus medizinischer Notwendigkeit regelt, gelöscht und sein Inhalt in **Artikel 10** dieses Gesetzes übernommen, jedoch mit einer zusätzlichen Angabe zu den Rechtsmitteln. So schafft **Absatz 2** eine formelle gesetzliche Grundlage für das Einspracheverfahren, das materiell bereits im September 2009 über eine Änderung der Verordnung vom 13. Dezember 2004 über das Verfahren für die finanzielle Beteiligung des Kantons Freiburg an den Behandlungskosten bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt eingeführt worden war.

Art. 11

Es kann vorkommen, dass eine für die Bedarfsdeckung notwendige Einrichtung bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht in der Lage sein wird, alle Finanzierungsanforderungen nach Artikel 3 Abs. 1 zu erfüllen. So kann bspw. die Anpassung des Informationssystems eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. In diesem Falle ist im Leistungsauftrag ein Zeitplan für die Durchführung der notwendigen Arbeiten festzulegen.

Bestimmung zur Änderung des Gesetzes über das Freiburger Spitalnetz (Art. 12)

Überschrift und Art. 1 Abs. 1

Die Revision soll dazu genutzt werden, den Namen «freiburger spital» und seine Abkürzung «HFR» in den Gesetzestext aufzunehmen. Diese Namen wurden vom Verwaltungsrat gewählt und ersetzen die Bezeichnung «Freiburger Spitalnetz» und die Abkürzung «FSN».

Art. 10 Abs. 3

Aufgrund der neuen Rolle, mit der die KVG-Revision den Staat betraut, und somit auch aufgrund der grösseren Verantwortung der Führungsorgane der öffentlichen Spitäler, müssen die Kompetenzen zwischen deren Organen und dem Staat neu verteilt und streng voneinander getrennt werden. Der Verwaltungsrat, dessen Mitgliederzahl übrigens auf 7 bis 9 herabgesetzt wurde, trägt die Verantwortung für eine effiziente und wirtschaftliche Führung des Spitals, dem Staatsrat obliegt die Aufsicht: Er gewährt die Leistungsaufträge und genehmigt die Tarife, die mit den Versicherern ausgehandelt wurden. Folglich wird der Staatsrat in Zukunft nicht mehr zwingend im Verwaltungsrat des freiburger spitals (HFR) vertreten sein, auch wenn in einer ersten Phase die Anwesenheit der Vorsteherin oder des Vorstehers der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats geboten scheint, um einen harmonischen Übergang zu gewährleisten. Mit dieser Lösung wird auch den Bedenken einiger Vernehmlassungsteilnehmer Rechnung getragen.

Im gleichen Sinne ist auch eine Vertretung der Regionen nicht mehr sinnvoll.

Um den direkten Informationsaustausch zwischen dem HFR und der Gesundheitsbehörde sicherzustellen, soll die Vorsteherin oder der Vorsteher des Amtes für Gesundheit mit beratender Stimme an den Verwaltungsrats-sitzungen teilnehmen.

Art. 12 Abs. 2 Bst. d, e und f

Aufgrund der neuen Rolle des Staates, welche durch die KVG-Revision auferlegt wird, und somit auch aufgrund der grösseren Autonomie des HFR, werden Bilanz und Jahresrechnung von den politischen Behörden nicht mehr formell genehmigt; immerhin werden sie ihnen weiterhin alljährlich zur Information unterbreitet (**Bst. d**)

Mit der Einführung des Leistungsfinanzierungssystems, wird das System des Globalbudgets, das bislang für die finanzielle Beteiligung des Staates angewandt wurde, hinfällig. Selbstverständlich hat der Verwaltungsrat fortan umfassende Kompetenzen in Budgetbelangen (**Bst. e und f**).

Art. 25 Abs. 1

Gegenwärtig behält dieses Gesetz dem Staat die Kompetenz vor, die geografische Situierung und den Auftrag der HFR-Standorte zu beschliessen, wobei dem Verwaltungsrat die Organisation der Spitaltätigkeiten und die Mittelzuteilung zufällt (s. Art. 12 Abs. 2 Bst. a und f FSNG). Angesichts des neuen Finanzierungssystems ist es wichtig, dass der Verwaltungsrat die Führungsautonomie bekommt, die er für die Erfüllung seiner Verantwortlichkeiten braucht. Demnach verteilt der Verwaltungsrat unter den einzelnen HFR-Standorten die Leistungsaufträge, die ihm im Rahmen der Spitalplanung für das gesamte HFR anvertraut werden, hingegen bestimmt der Staatsrat auch weiterhin die geografische Situierung der Standorte.

Es sei daran erinnert, dass die Mitglieder des Verwaltungsrates gegenüber dem Staat für ihre Tätigkeiten haften, gemäss den Bestimmungen des Gesetzes über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger.

Art. 26 Abs. 2

Weil der Verwaltungsrat für die Mittelzuteilung im Allgemeinen zuständig ist (s. Art. 12 Abs. 2 Bst. f FSNG), kann diese Bestimmung aufgehoben werden, dies umso mehr als sie sich auf das nun hinfällige System des Globalbudgets bezieht.

Art. 27–33

Durch dieses Gesetz werden diese Bestimmungen, die im Übrigen nicht mit dem Finanzierungssystem nach Bundesrecht vereinbar sind, hinfällig.

Art. 35

Die Instrumente für die Haushaltsführung sind im Bundesrecht (Art. 49 Abs. 7 KVG) und in den vorliegenden kantonalen Anwendungsbestimmungen geregelt, weshalb diese Bestimmung wegfallen kann.

Art. 44 Abs. 2

Weil die GSD im Allgemeinen sowieso alle vom Staatsrat zu behandelnden Gegenstände vorbereiten muss, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, (Art. 45 Abs. 1 Gesetz über die Organisation des Staatsrates und der Verwaltung, SVOG), kann diese Bestimmung aufgehoben werden.

Art. 50 al. 1

Das HFR hat zwar entsprechend dem Artikel 49 Abs. 1 FSNG den Betrieb des Kantonsspitals Bertigny bereits übernommen, die Übertragung der Immobilien muss je-

doch noch formalisiert werden. Mit einer redaktionellen Änderung (analog zu Artikel 42 Abs. 1 PGG) werden die Einzelheiten für den Eintrag im Grundbuch präzisiert: konkret kann der Eintrag gestützt auf einen Entscheid des Staatsrates vorgenommen werden. In diesem Entscheid wird der Staatsrat die Vermögensgegenstände aufführen, die dem Betrieb des Spitals dienen und deren Eigentum übertragen werden soll.

Art. 60

Bei der Übernahme der Bezirksspitäler wurden die Infrastrukturen in die Bilanz des HFR übertragen und in der Bilanz des Staates konsolidiert. Die jährliche Abschreibung wurde damals bei 7,5 Millionen Franken festgelegt, wobei ein Immobilienwert von 15 Millionen Franken (Schätzung gemäss Brandschutzversicherungswert) berücksichtigt wurde. In Anbetracht der neuen Abschreibungsregeln, die auf Bundesebene im Rahmen des betrieblichen Rechnungswesens im Spital REKOLE® auf Grundlage der Bundesverordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) festgelegt wurden, entspricht Artikel 60 nicht mehr dem Bundesrecht und muss somit aufgehoben werden.

Bestimmung zur Änderung des Gesetzes über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (Art. 13)

Angesichts der strukturellen Parallelen der beiden Gesetze lassen sich die Erläuterungen der Bestimmungen zur Änderung des FSNG *mutatis mutandis* auf diejenigen zur Änderung des PGG anwenden.

Bestimmung zur Änderung des Ausführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Art. 14)

S. Erläuterung zu Artikel 10.

Inkrafttreten (Art. 15)

Weil der leistungsbezogene Tarif spätestens auf dem 31. Dezember 2011 eingeführt werden muss, muss dieses Gesetz am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

5. AUSWIRKUNGEN

5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

5.1.1 Finanzielle Auswirkungen

Die schweizweit freie Spitalwahl wird eine Kostenverschiebung von der Zusatzversicherung weg hin zum Staat verursachen. Darüber hinaus wird die Finanzierung der Privatspitäler zu einer Kostenverschiebung von der OKP weg hin zum Staat führen. Die Beteiligung an den Investitionen der Versicherer hingegen wird einen Kosten-transfer vom Staat weg hin zur OKP zur Folge haben.

Weil es zurzeit noch schwierig ist, die verschiedenen Geldflüsse einzuschätzen, geschweige denn von einander zu unterscheiden, können die finanziellen Folgen dieses Gesetzesentwurfs für den Staat nur grob eingeschätzt werden; dies umso mehr als der Staat die wichtigsten Parameter nicht beeinflussen kann. Die grösste Unsicherheit rührt sicherlich von der schweizweit freien Spital-

wahl her, welche die Patientenströme unter den Kantonen deutlich verändern könnte. Des Weiteren erlauben die verfügbaren Statistiken nur eine grobe Einschätzung der ausserkantonalen Spitalaufenthalte aus persönlichen Gründen und somit auch der Kosten, die sie verursachen.

Es fehlt an Anhaltspunkten, mit denen die Auswirkungen der freien Spitalwahl auf den Patientenfluss eingeschätzt werden könnte. Eine Abwanderung der Freiburger Patientinnen und Patienten in andere Kantone könnte bspw. dazu führen, dass die bestehenden Spitalstrukturen nicht mehr zweckmässig sind, was finanzielle Auswirkungen haben kann.

In Bezug auf die neue Aufteilung der Investitionskosten oder der gemeinwirtschaftlichen Leistungen zwischen Krankenversicherern und Kantonen gibt es ebenfalls grosse Unbekanntes, zum einen, weil es an Möglichkeiten für eine Tarifsimulation und für eine Koordination auf Bundesebene fehlt, zum anderen aufgrund von Auslegungsdifferenzen unter den einzelnen Betroffenen (Krankenversicherer, Spitäler und Kantone). Werden diese Punkte nicht geregelt, bevor die neue Tarifstruktur eingeführt wird, so werden sich die Gerichte in den Beschwerdeverfahren darum kümmern müssen.

Ausgehend von der Tatsache, dass im 2017 die Kostenbeteiligung des Staates 55% betragen wird, wurden die jährlichen Mehrausgaben des Staates im Vernehmlassungsvorentwurf noch auf rund 35 Millionen Franken veranschlagt.

Am 29. März 2011 hat der Staatsrat den Kantonsanteil nun aber bei 47% festgelegt; somit müssen die Schätzungen berichtigt werden. Aufgrund der vorliegenden Daten und der Hypothesen, die den Berechnungen zugrunde liegen, kann der finanzielle Mehraufwand für den Staat für 2012 zwischen 7,6 und 14,2 Millionen veranschlagt werden. Dabei ist nicht zu vergessen, dass der Kantonsanteil in den kommenden Jahren zwingend angehoben werden muss, entsprechend dem Mechanismus der Übergangsbestimmungen des Bundesrechtes (s. zu Art. 2). Ausserdem kann aufgrund einer eingehenden und aktualisierten Analyse bereits heute gesagt werden, dass der Lastentransfer letzten Endes die anfängliche Schätzung von 35 Millionen übersteigen und schliesslich einen Betrag zwischen 43,1 und 48,8 Millionen Franken ergeben wird, wohingegen die Kosten für die OKP zwischen 18,2 und 23,9 Millionen Franken abnehmen werden. Dem ist anzufügen, dass diese neue Schätzung auf Hypothesen beruht, die für 2012 gültig sind und die je nach Entwicklung der Gesundheitskosten bis 2017 noch variieren können.

Der Mehraufwand für den Staat ist auf die Änderungen in drei Hauptbereichen zurückzuführen: öffentliche Spitäler (namentlich die Beteiligung der Versicherer an den Investitionen) Finanzierung der Privatkliniken und ausserkantonale Spitalaufenthalte. Um dieser neuen Verpflichtung, gerade auch mit Blick auf deren Entwicklung, nachkommen zu können, ist eine Steuererhöhung nicht ausgeschlossen.

Was die Kosten der öffentlichen Spitäler betrifft, so kann die geschätzte Kostenverschiebung vom Staat weg hin zur OKP bei 32,7 bis 39,3 Millionen Franken angesiedelt werden. Diese Verschiebung ist auf die Integration der Investitions- und der nicht universitären Ausbildungskosten in die anrechenbaren Kosten, die in der Folge unter den beiden Partnern aufgeteilt werden, zurückzuführen;

diese werden derzeit noch gänzlich vom Staat getragen. Zudem wird die OKP-Beteiligung an den Kosten jedes Spitalaufenthaltes, die derzeit im Rahmen der Tarifverhandlungen zwischen Krankenversicherern und Spitalern bei 46% festgelegt wurde, 2012 auf 53% ansteigen, weil der Kantonsanteil bei 47% festgesetzt wurde.

Was die Finanzierung der Privatkliniken betrifft, so muss mit einer Kostenverschiebung von geschätzten 27,7 Millionen Franken von der OKP weg hin zum Staat gerechnet werden. Diese Verschiebung rührt daher, dass im Kanton Freiburg die Grundversicherung in den privaten Spitalern derzeit rund 94% der anrechenbaren Kosten (einschliesslich Investitionen) übernimmt. Der Restbetrag geht zu Lasten der Einrichtung. 2012 wird der den 94% entsprechende Betrag folgendermassen aufgeteilt: 47% für den Staat und 53% für die OKP.

Was schliesslich die ausserkantonalen Spitalaufenthalte betrifft, so betrifft der Kostenanstieg sowohl den Staat als auch die OKP. Zurzeit wird die Übernahme der Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte aus persönlichen Gründen zwischen OKP und Zusatzversicherungen aufgeteilt. Mit der freien Spitalwahl werden die Kosten zu Lasten der Zusatzversicherung von der OKP und dem Staat getragen werden. Darüber hinaus werden auch die ausserkantonalen Spitalaufenthalte aus medizinischer Notwendigkeit eine Kostenverschiebung hin zur OKP verursachen, dies weil die Beteiligung infolge der Festlegung des Kantonsanteils bei 47% auf 53% ansteigen wird. Unter dem Strich können die Kosten zu Lasten des Staates im Bereich der ausserkantonalen Spitalaufenthalte bei 19,2 Millionen Franken veranschlagt werden.

Was die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen Leistungen betrifft, so kann davon ausgegangen werden, dass diese im Rahmen der Defizitfinanzierung der öffentlichen Spitäler bereits heute vom Staat getragen werden.

Die Abgrenzung zwischen den Immobilien, die dem Spitalbetrieb dienen, und solchen, die nicht dem Spitalbetrieb dienen, sowie die Übertragung der Immobilien werden Kosten von schätzungsweise 200 000 Franken verursachen, die sich hauptsächlich aus Vermessungs- und Notariatskosten zusammensetzen.

5.1.2 Personelle Auswirkungen

Die Verwaltung der Finanzierung der ausserkantonalen Spitalaufenthalte aus persönlichen Gründen wird für das Kantonsarztamt und das Amt für Gesundheit einen zusätzlichen administrativen Aufwand bedeuten. Der dadurch verursachte Personalbedarf wurde für die Anfangsphase der Umsetzung bei 0,6 VZÄ veranschlagt (im Rahmen des Voranschlages 2011 genehmigt), vorbehalten bleibt die Neubeurteilung des Personalbedarfs im Jahre 2012.

Aufgrund der grösseren Führungsautonomie werden die öffentlichen Spitäler künftig selbst über die Schaffung und Aufhebung von Arbeitsplätzen entscheiden. Immerhin wird ihr Personalbestand sowohl gemäss Budget als auch Jahresrechnung weiterhin im Budget und in der Rechnung des Staates veröffentlicht werden. Der Personalbestand wird informationshalber auch im Jahresbericht, der dem Grossen Rat weitergeleitet wird, aufgeführt werden.

5.1.3 Weitere Auswirkungen

Mit Blick auf den Grundsatz der Gleichbehandlung mit den Privatspitalern wird der Staat keine Garantie für die

Anleihen der öffentlichen Spitäler mehr stellen. Ebenso wird der Staat deren Liquidität nicht mehr gewährleisten; sie werden sich dafür an Banken wenden müssen.

5.2 Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden

Weil die Spitäler und ihre Finanzierung ausschliesslich in den Zuständigkeitsbereich des Staates fallen, wirkt sich der Gesetzesentwurf nicht auf die Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gemeinden aus.

5.3 Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht und dem Europarecht

Der Gesetzesentwurf ist mit der Kantonsverfassung und dem Bundesrecht vereinbar. Er ist auch mit dem Europarecht vereinbar.

5.4 Qualifiziertes Mehr und Gesetzesreferendum

In Anbetracht der Höhe des Aufwands muss der Gesetzesentwurf nach Artikel 141 Abs. 2 Bst. a des Grossratsgesetzes vom 6. September 2006 vom Grossen Rat mit qualifiziertem Mehr angenommen werden (56 Stimmen).

Dieses Gesetz unterliegt dem Gesetzesreferendum. Weil die zusätzlichen Kosten für den Staat eine vom Bundesrecht auferlegte gebundene Ausgabe darstellen, unterliegt dieses Gesetz trotz der Höhe der Beiträge nicht dem Finanzreferendum.

Loi

du

concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance

Le Grand Conseil du canton de Fribourg

Vu la modification du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal);

Vu la modification du 22 octobre 2008 de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal);

Vu la modification du 22 octobre 2008 de l'ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP);

Vu le message du Conseil d'Etat du 17 mai 2011;

Sur la proposition de cette autorité,

Décrète:

Art. 1 But et champ d'application

¹ La présente loi a pour but de régler le financement des hôpitaux et des maisons de naissance, en particulier en application des dispositions fédérales en la matière.

² Les principes et les compétences en matière de planification hospitalière sont régis par la loi sur la santé.

³ Sont en outre réservées les dispositions particulières de la convention intercantonale passée entre les cantons de Fribourg et de Vaud et du mandat de prestations intercantonal.

Gesetz

vom

über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser

Der Grosse Rat des Kantons Freiburg

gestützt auf die Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG);

gestützt auf die Änderung vom 22. Oktober 2008 der Verordnung des Bundes über die Krankenversicherung (KVV);

gestützt auf die Änderung vom 22. Oktober 2008 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL);

nach Einsicht in die Botschaft des Staatsrates vom 17. mai 2011;

auf Antrag dieser Behörde,

beschliesst:

Art. 1 Zweck und Geltungsbereich

¹ Dieses Gesetz regelt die Finanzierung der Spitäler und der Geburtshäuser und führt dabei insbesondere die entsprechenden eidgenössischen Bestimmungen aus.

² Grundsätze und Zuständigkeiten für die Spitalplanung werden im Gesundheitsgesetz geregelt.

³ Ebenfalls vorbehalten bleiben die besonderen Bestimmungen der interkantonalen Vereinbarung zwischen den Kantonen Freiburg und Waadt und des interkantonalen Leistungsauftrags.

Art. 2 Part cantonale (art. 49a LAMal)

¹ La part cantonale aux coûts des prestations pour les patients et patientes domiciliés dans le canton de Fribourg est fixée par le Conseil d'Etat, chaque année au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile.

² La Direction chargée des assurances sociales (ci-après: la Direction) est compétente pour convenir des modalités de versement de la part cantonale aux hôpitaux et aux maisons de naissance ou, le cas échéant, aux assureurs.

Art. 3 Conditions de financement

¹ L'Etat finance les prestations des hôpitaux et des maisons de naissance qui:

- a) disposent de l'infrastructure nécessaire pour assumer à long terme le mandat de prestations (art. 7);
- b) présentent un plan quinquennal des investissements en conséquence et garantissent le financement y relatif, notamment en affectant une part de la rémunération des prestations hospitalières à un fonds d'investissements destiné exclusivement à cet effet;
- c) garantissent la prise en charge des patients et patientes, indépendamment de leur couverture d'assurance;
- d) présentent une comptabilité financière et une comptabilité analytique qui portent sur l'ensemble des prestations hospitalières et garantissent une différenciation appropriée entre ces prestations, les prestations ambulatoires et les prestations annexes;
- e) présentent leur budget et leurs comptes selon le plan comptable prévu pour l'établissement; les hôpitaux publics doivent au surplus présenter le budget et les comptes sur la base du plan comptable appliqué par l'Etat;
- f) fournissent toute autre information permettant d'établir le budget et le plan financier de l'Etat;
- g) informent la Direction sur toute intention de modification d'activité ayant un impact sur le mandat de prestations cantonal ainsi que sur des négociations en vue d'autres mandats de prestations;
- h) assurent la formation continue du personnel et offrent le nombre de places de formation qui correspond au besoin du canton, cela proportionnellement au volume de l'activité;
- i) disposent d'un système d'information permettant de contribuer à la qualité, à l'efficience, à l'efficacité et à la sécurité des prises en charge, d'assurer la comparabilité des données produites et de se conformer à la stratégie nationale en matière de cybersanté;

Art. 2 Kantonsanteil (Art. 49a KVG)

¹ Der Kantonsanteil an den Kosten der Leistungen für im Kanton Freiburg wohnhafte Patientinnen und Patienten wird vom Staatsrat festgelegt, und zwar spätestens neun Monate vor Beginn des Kalenderjahrs.

² Die für Sozialversicherungen zuständige Direktion (die Direktion) vereinbart die Einzelheiten der Entrichtung des Kantonsanteils an die Spitäler und die Geburtshäuser oder gegebenenfalls an die Versicherer.

Art. 3 Finanzierungsvoraussetzungen

¹ Der Staat finanziert die Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser, die:

- a) über die notwendige Infrastruktur verfügen, um den Leistungsauftrag langfristig zu erfüllen (Art. 7);
- b) eine entsprechende Fünfjahresplanung für Investitionen einreichen und die damit einhergehende Finanzierung sicherstellen, namentlich indem sie einen Teil der Abgeltung der stationären Leistungen in einen ausschliesslich zu diesem Zweck vorgesehenen Investitionsfonds einschiessen;
- c) die Betreuung der Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Versicherungsdeckung garantieren;
- d) eine Finanzbuchhaltung und eine Kosten-Leistung-Rechnung einreichen, in denen die gesamten stationären Leistungen aufgeführt sind und die eine angemessene Differenzierung zwischen diesen Leistungen, den ambulanten Leistungen und den Nebenleistungen garantieren;
- e) ihren Vorschlag und ihre Jahresrechnung entsprechend dem für die Einrichtung vorgesehenen Kontenplan einreichen; die öffentlichen Spitäler müssen ausserdem den Vorschlag und die Jahresrechnung entsprechend des vom Staat angewandten Kontenplans unterbreiten;
- f) alle weiteren Informationen liefern, die der Erstellung des Vorschlages und des Finanzplanes des Staates dienen;
- g) die Direktion über jegliche Absichten zur Änderung der Tätigkeit, die einen Einfluss auf den kantonalen Leistungsauftrag haben, sowie über Verhandlungen im Hinblick auf andere Leistungsaufträge informieren;
- h) die Weiterbildung des Personals sicherstellen und die Anzahl Ausbildungsplätze anbieten, die dem Bedarf des Kantons entspricht, und zwar proportional zum Tätigkeitsvolumen;
- i) über ein Informationssystem verfügen, das zu Qualität, Effizienz, Wirksamkeit und Betreuungssicherheit, zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit der gelieferten Daten und zur Anpassung an die nationale eHealth Strategie beiträgt;

- j) fournissent les examens et traitements en nom propre et à propre compte;
- k) pour ce qui concerne les établissements privés, à défaut de conventions collectives de travail ayant force obligatoire, se conforment aux éventuelles exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions de travail pour l'ensemble du personnel travaillant dans l'institution;
- l) se conforment aux éventuelles limites posées par le Conseil d'Etat pour les indemnités versées aux membres des organes dirigeants des institutions; ces limites tiennent notamment compte de la taille et de la mission des institutions.

² Exceptionnellement, l'Etat peut financer les prestations des établissements nécessaires à la couverture des besoins, en particulier des établissements situés hors canton, même s'ils ne répondent pas à toutes les exigences énumérées à l'alinéa 1.

Art. 4 Prestations d'intérêt général (art. 49 al. 3 LAMal)

¹ L'Etat peut participer au financement de prestations reconnues comme prestations d'intérêt général; celles-ci doivent ainsi notamment entrer dans une des catégories suivantes:

- a) maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;
- b) recherche et formation universitaire;
- c) mesures ponctuelles permettant d'éviter une pénurie de personnel;
- d) accompagnement spirituel;
- e) prestations de liaison dans les hôpitaux;
- f) préparation et prévention en cas de situations extraordinaires sur le plan sanitaire.

² Pour des raisons de santé publique, en particulier pour assurer la couverture des besoins de la population fribourgeoise, l'Etat peut imposer aux hôpitaux et aux maisons de naissance d'offrir des prestations d'intérêt général. Il en assure alors le financement.

Art. 5 Autres prestations

¹ L'Etat peut participer au financement d'une activité ambulatoire dont les coûts ne sont pas couverts par l'assurance-maladie, en particulier dans les cliniques de jour ou de nuit.

- j) die Untersuchungen und die Behandlungen im eigenen Namen und auf eigene Rechnung liefern;
- k) soweit es private Einrichtungen ohne verbindliche Gesamtarbeitsverträge sind, sich in Bezug auf die Arbeitsbedingungen für das gesamte Personal der Einrichtung nach den allfälligen Anforderungen des Staatsrates richten;
- l) sich für die Besoldung der Mitglieder von leitenden Organen der Einrichtungen nach den allfälligen Einschränkungen des Staatsrates richten; diese Einschränkungen berücksichtigen namentlich die Grösse und den Auftrag der Einrichtungen.

² Im Ausnahmefall kann der Staat die Leistungen von Einrichtungen finanzieren, die zur Bedarfsdeckung nötig sind, namentlich diejenigen von ausserkantonalen Einrichtungen, auch wenn diese nicht alle Anforderungen nach Absatz 1 erfüllen.

Art. 4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Art. 49 Abs. 3 KVG)

¹ Der Staat kann sich an der Finanzierung von als gemeinwirtschaftlich anerkannten Leistungen beteiligen; diese müssen sich namentlich in eine der nachfolgenden Kategorien einteilen lassen:

- a) Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b) Forschung und universitäre Lehre;
- c) punktuelle Massnahmen, die zur Verhinderung eines Personalmangels beitragen;
- d) Seelsorge;
- e) Liaisonleistungen in den Spitälern;
- f) Vorbereitung und Prävention für den Fall ausserordentlicher Lagen im Gesundheitsbereich.

² Im Interesse der öffentlichen Gesundheit, insbesondere um den Bedarf der Freiburger Bevölkerung zu decken, kann der Staat die Spitäler und Geburtshäuser dazu verpflichten, gemeinwirtschaftliche Leistungen anzubieten. In diesem Falle stellt er die Finanzierung sicher.

Art. 5 Andere Leistungen

¹ Der Staat kann sich insbesondere zugunsten von Tages- oder Nachtkliniken an der Finanzierung einer ambulanten Tätigkeit beteiligen, deren Kosten von der Krankenversicherung nicht gedeckt werden.

² Il peut participer au financement de projets et de mandats répondant à un besoin de santé publique spécifique.

³ Il peut prendre en charge une éventuelle différence entre le prix des prestations stationnaires relevant de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-militaire et celui qui relève de l'assurance-maladie.

Art. 6 Modalités de financement

¹ Les examens et traitements demandés par l'Etat ainsi que les autres prestations au sens de l'article 5 al. 3 sont financés à la prestation.

² Les prestations d'intérêt général ainsi que les autres prestations au sens de l'article 5 al. 1 et 2 sont financées par le biais de montants forfaitaires et sur la base d'une comptabilité analytique.

³ Le détail des modalités de financement est fixé dans des mandats de prestations passés entre le Conseil d'Etat et les hôpitaux ou les maisons de naissance.

Art. 7 Mandats de prestations

¹ Les mandats de prestations fixent les engagements de l'Etat et des hôpitaux. Ils portent notamment sur:

- a) les prestations hospitalières demandées par l'Etat;
- b) les prestations d'intérêt général et les autres prestations au sens de l'article 5;
- c) les bases de calcul de la part cantonale et les modalités de son versement;
- d) la part minimale à affecter aux investissements;
- e) les informations et les résultats attendus de la part des hôpitaux et des maisons de naissance;
- f) les modalités d'évaluation, de suivi et de contrôle;
- g) les charges et conditions imposées aux hôpitaux et aux maisons de naissance ainsi que les conséquences en cas de non-respect.

² Les mandats de prestations sont conclus pour une durée de cinq ans au maximum, avec des avenants annuels.

³ Pour le surplus, le Conseil d'Etat fixe le contenu des mandats de prestations et les modalités de leur signature.

² Er kann sich an der Finanzierung von Projekten und Aufträgen beteiligen, die einem spezifischen Bedürfnis der öffentlichen Gesundheit entsprechen.

³ Er kann eine allfällige Differenz zwischen dem Preis für stationäre Leistungen nach Unfallversicherung, Invalidenversicherung oder Militärversicherung und dem Preis der Krankenversicherung übernehmen.

Art. 6 Finanzierungsmodalitäten

¹ Die vom Staat verlangten Untersuchungen und Behandlungen sowie die anderen Leistungen im Sinne von Artikel 5 Abs. 3 werden leistungsbezogen finanziert.

² Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen Leistungen nach Artikel 5 Abs. 1 und 2 werden durch Pauschalbeträge und auf der Grundlage einer Kosten-Leistung-Rechnung finanziert.

³ Die Einzelheiten der Finanzierungsmodalitäten werden im Leistungsauftrag zwischen dem Staatsrat und dem betreffenden Spital bzw. Geburtshaus geregelt.

Art. 7 Leistungsaufträge

¹ Die Leistungsaufträge enthalten die Verpflichtungen des Staats und der Spitäler. Sie betreffen namentlich:

- a) die vom Staat verlangten stationären Leistungen;
- b) die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen Leistungen im Sinne von Artikel 5;
- c) die Berechnungsgrundlagen für den Kantonsanteil und die Einzelheiten für dessen Überweisung;
- d) den Mindestanteil für Investitionen;
- e) die Informationen und Ergebnisse, die von den Spitälern und den Geburtshäusern erwartet werden;
- f) die Einzelheiten in Bezug auf Beurteilung, Kontrolle und Nachkontrolle;
- g) die Pflichten und Anforderungen an die Spitäler und die Geburtshäuser, sowie die Konsequenzen bei deren Nichteinhaltung.

² Die Leistungsaufträge werden längstens für fünf Jahre abgeschlossen und enthalten Zusatzverträge, die jährlich geregelt werden.

³ Im Übrigen bestimmt der Staatsrat den Inhalt der Leistungsaufträge und regelt die Unterzeichnung.

Art. 8 Contrôles particuliers

Pour les hôpitaux publics, la perte éventuelle cumulée ne peut excéder 3% des charges annuelles d'exploitation. Si ce taux est dépassé, l'établissement doit, dès l'exercice suivant, prendre des mesures pour couvrir le dépassement.

Art. 9 Conversion des montants octroyés au titre d'investissements

Les investissements dans les hôpitaux publics décidés avant l'entrée en vigueur de la présente loi sont recensés, et leur valeur, telle qu'elle est fixée par le Conseil d'Etat, est convertie en prêt remboursable portant intérêts.

Art. 10 Traitements hors canton (art. 41 LAMal)

¹ La Direction est compétente pour fixer la procédure et rendre des décisions concernant la participation financière de l'Etat aux coûts des traitements hors canton médicalement justifiés au sens de l'article 41 LAMal.

² Les décisions prises par la Direction sont sujettes à réclamation, et les décisions sur réclamation sont susceptibles de recours au Tribunal cantonal.

Art. 11 Disposition transitoire

Si un établissement nécessaire à la couverture des besoins n'est pas en mesure de répondre aux exigences prévues à l'article 3 al. 1 de la présente loi, un calendrier de mise en conformité est fixé dans le mandat de prestations.

Art. 12 Modifications

a) Loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois

La loi du 27 juin 2006 concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) (RSF 822.0.1) est modifiée comme il suit:

Titre

Loi sur l'hôpital fribourgeois (LHFR)

Remplacement de terme

Remplacer l'abréviation «RHF» par «HFR» dans l'ensemble du texte, en procédant aux adaptations grammaticales nécessaires.

Art. 8 Besondere Kontrollen

Allfällige kumulierte Verluste der öffentlichen Spitäler dürfen höchstens 3% der jährlichen Betriebskosten ausmachen. Wird dieser Betrag überschritten, so muss die Einrichtung ab dem darauffolgenden Geschäftsjahr Massnahmen treffen, um diese Überschreitung zu decken.

Art. 9 Umwandlung der für Investitionen gesprochenen Beträge

Die Investitionsbeiträge an die öffentlichen Spitäler, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes beschlossen worden sind, werden mit ihrem Wert, der vom Staatsrat bestimmt wurde, erfasst und in ein rückzahlbares und verzinsliches Darlehen umgewandelt.

Art. 10 Ausserkantonale Behandlungen (Art. 41 KVG)

¹ Die Direktion ist zuständig für die Festlegung des Verfahrens und die Entscheide über die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Kosten ausserkantonaler Behandlungen, die nach Artikel 41 KVG medizinisch begründet sind.

² Gegen die Beschlüsse der Direktion kann Einsprache erhoben werden; die Einspracheentscheide können beim Kantonsgericht mit Beschwerde angefochten werden.

Art. 11 Übergangsbestimmung

Sollte eine für die Bedarfsdeckung notwendige Einrichtung nicht in der Lage sein, die Anforderungen nach Artikel 3 Abs. 1 dieses Gesetzes zu erfüllen, so wird im Leistungsauftrag ein Zeitplan für die Anpassung festgelegt.

Art. 12 Änderung bisherigen Rechts

a) Gesetz über das Freiburger Spitalnetz

Das Gesetz vom 27. Juni 2006 über das Freiburger Spitalnetz (FSNG) (SGF 822.0.1) wird wie folgt geändert:

Titel

Gesetz über das freiburger spital (HFRG)

Ersetzen eines Ausdrucks

Die Abkürzung «FSN» im ganzen Text durch «HFR» ersetzen und die erforderlichen grammatischen Anpassungen vornehmen.

Art. 1 al. 1

Remplacer les mots «du Réseau hospitalier fribourgeois» par «de l'hôpital fribourgeois».

Art. 10 al. 1 et 3

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

³ En principe, 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. Le ou la chef-fe du service chargé de la santé participe aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

Art. 12 al. 2 let. d, e et f

[² Il [le conseil d'administration] a les attributions suivantes:]

- d) il adopte le budget, les comptes ainsi que le rapport de gestion et les présente annuellement au Conseil d'Etat, qui en prend acte et les transmet au Grand Conseil pour information;
- e) il collabore à l'élaboration du mandat de prestations;
- f) il procède à l'allocation des ressources;

Art. 25 al. 1

¹ L'HFR exerce ses activités hospitalières sur plusieurs sites, dont la localisation est arrêtée dans le cadre de la planification hospitalière établie par le Conseil d'Etat.

Art. 26 al. 2, art. 27 à 33, art. 35 et art. 44 al. 2

Abrogés

Art. 50 al. 1

¹ Sur décision du Conseil d'Etat, l'HFR reprend les biens de l'Hôpital cantonal de Bertigny qui servent à l'exploitation hospitalière.

Art. 60

Abrogé

Art. 1 Abs. 1

Den Ausdruck «Freiburger Spitalnetz» durch «freiburger spital» ersetzen.

Art. 10 Abs. 1 und 3

¹ Der Verwaltungsrat besteht aus sieben bis neun Mitgliedern.

³ Zu den Mitgliedern zählt grundsätzlich die Vorsteherin oder der Vorsteher der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats. Die Vorsteherin oder der Vorsteher des für die Gesundheit zuständigen Amtes nimmt mit beratender Stimme an den Verwaltungsratssitzungen teil.

Art. 12 Abs. 2 Bst. d, e und f

[² Er [der Verwaltungsrat] hat die folgenden Befugnisse:]

- d) Er genehmigt das Budget, die Jahresrechnung sowie den Geschäftsbericht und unterbreitet sie alljährlich dem Staatsrat, der sie zur Kenntnis nimmt und dem Grossen Rat zur Information weiterleitet;
- e) Er arbeitet bei der Erstellung des Leistungsauftrages mit;
- f) Er teilt die Mittel zu;

Art. 25 Abs. 1

¹ Das HFR übt seine Spitaltätigkeit an mehreren Standorten aus, deren geografische Situierung im Rahmen der vom Staatsrat erstellten Spitalplanung beschlossen wird.

Art. 26 Abs. 2, Art. 27–33, Art. 35 und Art. 44 Abs. 2

Aufgehoben

Art. 50 Abs. 1

¹ Auf Beschluss des Staatsrates übernimmt das HFR das dem Spitalbetrieb dienende Vermögen des Kantonsspitals Bertigny.

Art. 60

Aufgehoben

Art. 13 b) Loi sur l'organisation des soins en santé mentale

La loi du 5 octobre 2006 sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM) (RSF 822.2.1) est modifiée comme il suit:

Art. 11 al. 3

³ En principe, 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. Le ou la chef-fe du service chargé de la santé participe aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

Art. 13 al. 2 let. d, e et f

[² Il [*conseil d'administration*] a les attributions suivantes:]

- d) il adopte le budget, les comptes ainsi que le rapport de gestion et les présente annuellement au Conseil d'Etat, qui en prend acte et les transmet au Grand Conseil pour information;
- e) il collabore à l'élaboration du mandat de prestations;
- f) il procède à l'allocation des ressources;

Art. 25 al. 2, art. 26 à 30, art. 32 et art. 39 al. 2

Abrogés

Art. 42 al. 1

¹ Sur décision du Conseil d'Etat, le RFSM reprend les activités et biens de l'Hôpital psychiatrique cantonal, du Service psychosocial et du Service de pédopsychiatrie qui servent à l'exploitation hospitalière.

Art. 14 c) Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (hospitalisation hors canton)

La loi du 24 novembre 1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal) (RSF 842.1.1) est modifiée comme il suit:

Art. 5a

Abrogé

Art. 13 b) Gesetz über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit

Das Gesetz vom 5. Oktober 2006 über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit (PGG) (SGF 822.2.1) wird wie folgt geändert:

Art. 11 Abs. 3

³ Zu den Mitgliedern zählt grundsätzlich die Vorsteherin oder der Vorsteher der für das Gesundheitswesen zuständigen Direktion des Staatsrats. Die Vorsteherin oder der Vorsteher des für die Gesundheit zuständigen Amtes nimmt mit beratender Stimme an den Verwaltungsratssitzungen teil.

Art. 13 Abs. 2 Bst. d, e und f

[² Er [*der Verwaltungsrat*] hat die folgenden Befugnisse:]

- d) Er genehmigt das Budget, die Jahresrechnung sowie den Geschäftsbericht und unterbreitet sie alljährlich dem Staatsrat, der sie zur Kenntnis nimmt und dem Grossen Rat zur Information weiterleitet;
- e) Er arbeitet an der Erstellung des Leistungsauftrages mit;
- f) Er teilt die Mittel zu;

Art. 25 Abs. 2, Art. 26–30, Art. 32 und Art. 39 Abs. 2

Aufgehoben

Art. 42 Abs. 1

¹ Auf Beschluss des Staatsrates übernimmt das FNPG die dem Spitalbetrieb dienenden Tätigkeiten und Vermögen des Kantonalen Psychiatriischen Spitals, des Psychosozialen Dienstes und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

Art. 14 c) Ausführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (ausserkantonale Spitalaufenthalte)

Das Ausführungsgesetz vom 24. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (SGF 842.1.1) wird wie folgt geändert:

Art. 5a

Aufgehoben

Art. 25a c) de la Direction

Les décisions prises par la Direction [*de la santé et des affaires sociales*] en application des articles 4 al. 4 et 25 al. 1 de la présente loi sont sujettes à recours au Tribunal cantonal.

Art. 15 Referendum et entrée en vigueur

¹ La présente loi est soumise au referendum législatif. Elle n'est pas soumise au referendum financier.

² Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 25a c) der Direktion

Die Entscheide der Direktion [*für Gesundheit und Soziales*] gemäss den Artikeln 4 Abs. 4 und 25 Abs. 1 dieses Gesetzes können mit Beschwerde beim Kantonsgericht angefochten werden.

Art. 15 Referendum und Inkrafttreten

¹ Dieses Gesetz untersteht dem Gesetzesreferendum. Es untersteht nicht dem Finanzreferendum.

² Der Staatsrat bestimmt das Inkrafttreten dieses Gesetzes.