

**Rapport 2019-DSAS-70
du Conseil d'Etat au Grand Conseil
relatif aux instruments parlementaires suivants :**

26 novembre 2019

- **Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy :
Etat des finances de l'hôpital fribourgeois (HFR)**
- **Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel :
HFR : la mission avant tout**
- **Mandat 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al. :
Mission stratégique et financement HFR**

Nous avons l'honneur de vous soumettre un rapport faisant suite aux instruments parlementaires mentionnés en titre. Le rapport est structuré comme il suit :

Table des matières

1	Les instruments parlementaires	3
1.1	<i>Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy : état des finances de l'hôpital fribourgeois (HFR)</i>	3
1.2	<i>Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel : HFR: la mission avant tout</i>	4
1.3	<i>Mandat 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al. : mission stratégique et financement de l'HFR</i>	4
2	La gouvernance et la surveillance de l'HFR	5
3	La planification hospitalière, la collaboration interhospitalière et la médecine hautement spécialisée	6
4	Les principes du nouveau financement hospitalier	7
4.1	<i>Les prestations hospitalières à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et du canton</i>	7
4.2	<i>Les prestations ambulatoires à charge de l'AOS</i>	8
4.3	<i>Le projet pour un financement uniforme des prestations à charge de l'AOS et des cantons (« einheitliche Finanzierung ambulante und stationär, EFAS »)</i>	9
4.4	<i>Les assureurs fédéraux (accident, militaire et invalidité)</i>	10
4.5	<i>Les prestations d'intérêt général (PIG), les autres prestations (AP) et le financement transitoire</i>	10
5	Les défis du nouveau financement hospitalier pour l'HFR	11

5.1	<i>Une concurrence accrue : augmentation des hospitalisations hors canton</i>	11
5.2	<i>Une meilleure comparaison entre les hôpitaux : pression sur les tarifs stationnaires</i>	12
5.3	<i>Un financement des investissements par les tarifs : manque de moyens financiers</i>	12
5.4	<i>Un accroissement du déficit dans le secteur ambulatoire</i>	13
6	Les difficultés financières de l’HFR et leurs causes	14
6.1	<i>Gouvernance lourde et complexe</i>	16
6.2	<i>Comptabilité analytique difficilement exploitable, processus budgétaire et planification des investissements lacunaires</i>	16
6.3	<i>Durée moyenne de séjour élevée</i>	17
6.4	<i>Augmentation de la dotation et des charges salariales</i>	17
6.5	<i>Charges liées au multi-site</i>	18
7	Les mesures mises en place	18
7.1	<i>La gouvernance</i>	18
7.1.1	<i>Redimensionnement du Conseil d’administration</i>	18
7.1.2	<i>Conseil de direction au complet</i>	18
7.1.3	<i>Création d’un comité bipartite et permanent DSAS – HFR</i>	19
7.2	<i>Mise en place des recommandations de l’Inspection des finances concernant l’information financière de l’HFR</i>	19
7.3	<i>Synthèse du suivi des recommandations de l’IF</i>	19
7.4	<i>Diminution de la durée moyenne de séjour</i>	20
7.5	<i>Blocage des effectifs : analyse de la dotation en personnel et des charges salariales</i>	20
7.6	<i>Multi-site</i>	20
8	La mission et les objectifs stratégiques 2019–2021 fixés par l’Etat à l’HFR	21
8.1	<i>La mission</i>	21
8.2	<i>Les objectifs stratégiques</i>	21
8.2.1	<i>Accessibilité aux soins, qualité et efficacité des prestations</i>	21
8.2.2	<i>Synergies et transversalité</i>	22
8.2.3	<i>Infrastructures</i>	22
8.2.4	<i>Economicité</i>	22
8.2.5	<i>Aspects sociaux</i>	22
8.3	<i>Cadre institutionnel</i>	23
8.3.1	<i>Gouvernance</i>	23
8.3.2	<i>Surveillance et transparence</i>	23
9	La stratégie entrepreneuriale de l’HFR	23
	<i>La mission de l’Etat</i>	24

<i>Les principaux défis</i>	24
<i>Les valeurs de l’HFR et des collaboratrices et des collaborateurs qui les font vivre</i>	25
<i>Les principes directeurs de la stratégie de l’HFR</i>	25
<i>Les objectifs 2020–2029</i>	27
<i>La mise en œuvre de la stratégie HFR 2030</i>	28
10 Préavis du Conseil d’Etat sur la stratégie de l’HFR	29
11 Préavis du Conseil d’Etat sur les mesures urgentes	30
12 Conclusion	31

1 LES INSTRUMENTS PARLEMENTAIRES

1.1 Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy : état des finances de l’hôpital fribourgeois (HFR)

Dans leur postulat déposé et développé le 14 décembre 2017, pris en considération par le Grand Conseil le 24 mai 2018, les députés Jean-Daniel Schumacher et Philippe Savoy, ainsi que 23 cosignataires, se disent préoccupés par la situation financière inquiétante de l’hôpital fribourgeois (HFR) et rappellent que le canton de Fribourg doit pouvoir bénéficier d’un hôpital performant, qui puisse fournir à sa population des soins médicaux de haute qualité en tout temps et à tout moment.

Ils demandent au Conseil d’Etat de présenter un rapport circonstancié sur la situation économique de l’HFR en précisant :

- > la situation financière actuelle de l’HFR, les causes des contraintes financières rencontrées de même, si l’on en dispose, les résultats financiers de chaque clinique avec ses spécialités et sous-spécialités en fonction des sites, des secteurs (ambulatoire/stationnaire/prestations d’intérêt général) ;
- > les résultats de l’audit que l’organe d’administration et de gestion de l’HFR a fait faire sur l’ensemble des structures composant l’hôpital, en particulier dans le domaine financier et en comparaison à d’autres hôpitaux en précisant le benchmark utilisé ;
- > l’inventaire des mesures prises à court, moyen et long termes pour assainir et redresser la situation économique.

Dans ce cadre, la Direction et le Conseil d’administration devraient présenter :

- > la vision et les perspectives à long terme de l’évolution de leur institution et particulièrement les impacts attendus sur la situation financière : par sites, par secteurs (ambulatoire versus stationnaire) ;
- > les mesures prises ou prévues pour prendre le virage des DRG et celui plus récent de l’ambulatoire.

Dans sa réponse du 1^{er} mai 2018, le Conseil d’Etat a précisé que les résultats financiers et les perspectives à long terme, en particulier leurs impacts attendus sur la situation financière, pourront être présentés pour l’ensemble de l’HFR, mais pas en fonction de chaque clinique avec ses

spécialités et sous-spécialités ni en fonction des sites et des secteurs. Ces éléments relèvent de la gestion opérationnelle de l'établissement et ne sauraient être rendus publics.

Les éléments principaux soulevés dans le postulat sont notamment abordés dans les chapitres 4 à 9 du présent rapport.

A noter encore que le texte du postulat mentionne un audit que l'organe d'administration et de gestion de l'HFR aurait fait faire sur l'ensemble des structures composant l'hôpital. Il faut préciser ici qu'un tel audit n'a pas eu lieu.

1.2 Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel : HFR: la mission avant tout

Par postulat déposé et développé le 13 septembre 2018, pris en considération par le Grand Conseil le 28 mars 2019, les député-e-s Johanna Gapany et Jean-Daniel Schumacher, ainsi que 9 cosignataires, demandent au Conseil d'Etat de présenter un rapport définissant les missions de l'HFR et servant de base au Conseil d'administration pour établir la stratégie de l'établissement.

Ils estiment nécessaire de discuter et de définir la mission de l'HFR avant que le Grand Conseil ne se prononce sur des éléments décisifs pour l'avenir de l'hôpital, tels que la gestion du personnel, l'organisation de la structure multi-sites ou encore un nouveau projet de construction. Le rapport devrait définir :

- > les missions d'intérêt public confiées au HFR à court, moyen et long terme;
- > les objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés au Conseil d'administration et à la Direction;
- > l'inventaire des prestations non-couvertes par l'assurance-maladie de base et les propositions pour les financer ;
- > la coordination proposée par le Conseil d'Etat entre les différents prestataires de soins cantonaux et extra-cantonaux (HFR, cliniques, médecins privés et hôpitaux universitaires voisins).

Dans sa réponse du 29 janvier 2019, le Conseil d'Etat a constaté que le postulat Gapany/Schumacher s'inscrit dans une suite logique du postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy, raison pour laquelle le rapport y relatif est intégré dans le présent rapport.

Les points principaux soulevés dans le postulat sont notamment abordés dans les chapitres 4, 5 et 8 du rapport.

1.3 Mandat 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al. : mission stratégique et financement de l'HFR

Par mandat déposé et développé le 11 octobre 2018 et accepté par le Grand Conseil le 28 mars 2019, les député-e-s Ralph Alexander Schmid, Sylvie Bonvin-Sansonens, Christa Mutter, Nicolas Kolly, Peter Wüthrich, Benoît Rey, Mirjam Ballmer, Urs Perler, Claude Chassot et Cédric Péclard demandent au Conseil d'Etat :

- 1) de définir les conditions-cadres pour l'HFR.

- 2) d'exiger du Conseil d'administration de l'établissement le développement de la stratégie médicale de l'HFR et la définition de son positionnement stratégique, plus concrètement :
 - > de définir et planifier le positionnement médical de l'HFR entre les deux pôles universitaires que sont le CHUV à Lausanne et l'Inselspital Berne, comme concurrents ou comme partenaires;
 - > de définir et planifier le positionnement médical par rapport aux besoins de la population fribourgeoise et par rapport aux autres prestataires ;
 - > de définir la mission de l'HFR par rapport aux différents aspects influençant l'évolution du paysage hospitalier, tels que la tendance vers l'ambulatoire, la pénurie de personnel qualifié, l'évolution de la médecine, la digitalisation, etc.
- 3) de clarifier, en plus des missions médicales de l'HFR, les prestations d'intérêt général (PIG) et leur financement (maintien des antennes régionales, bilinguisme, formation/recherche, autres)
- 4) d'exiger de l'HFR une planification des investissements (état et avancement de la planification d'un nouveau bâtiment HFR central et d'autres investissements nécessaires, possibilités de financement conformes aux DRG et envisageables par rapport à la situation financière de l'HFR, conditions pour l'octroi d'un crédit à l'HFR pour ses investissements).

Enfin, les mandataires demandent une information régulière du Grand Conseil par le Conseil d'Etat sur la stratégie de l'HFR et sa mise en œuvre.

Dans sa réponse du 29 janvier 2019, le Conseil d'Etat a fait part de son intention d'agir dans le sens du mandat et d'informer le Grand Conseil des mesures et décisions prises dans le cadre du présent rapport.

Ces mesures et décisions sont notamment abordées dans les chapitres 4, 5, 8 et 9 du présent rapport.

2 LA GOUVERNANCE ET LA SURVEILLANCE DE L'HFR

L'HFR est un établissement autonome de droit public cantonal doté de la personnalité juridique. Il est rattaché administrativement à la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS).

L'Etat évalue les besoins sanitaires de la population, établit sur préavis de la commission de planification sanitaire la planification hospitalière cantonale et achète à l'HFR des prestations hospitalières. Il finance également des prestations d'intérêt général ainsi que d'autres prestations répondant à un besoin de santé publique. Ces prestations sont formalisées dans des mandats annuels et pluriannuels. Il prend acte du budget, des comptes et du rapport annuel de l'HFR et les présente au Grand Conseil qui en prend acte.

Le Grand Conseil assure la haute surveillance de l'HFR. Il s'agit d'un contrôle politique qu'il assure par le biais du processus budgétaire de l'Etat, par des instruments parlementaires et par les débats relatifs au rapport annuel de l'HFR.

La DSAS assure la surveillance de l'HFR, sous réserve des compétences que la loi donne au Conseil d'Etat et au Grand Conseil.

Le Conseil d'administration est l'organe stratégique de l'HFR. Nommé selon le processus défini par la Loi sur l'hôpital fribourgeois (LHFR), il exerce ses tâches et responsabilités selon ladite loi. Il

définit notamment la stratégie de développement entrepreneuriale de l'HFR dans le respect de la mission et les objectifs stratégiques fixés par l'Etat au HFR (voir sous 8.). Le Conseil d'administration compte parmi ses membres un membre du Conseil d'Etat. Le Conseil d'administration ou sa délégation rencontre au moins une fois par année le Conseil d'Etat ou sa délégation et lui rend compte sur sa stratégie de développement entrepreneuriale.

Le Conseil de direction de l'HFR met en œuvre la stratégie du Conseil d'administration.

3 LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE, LA COLLABORATION INTERHOSPITALIÈRE ET LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE

La LAMal instaure l'obligation pour les cantons d'élaborer une planification hospitalière servant d'instrument au canton pour assurer la couverture des besoins en soins stationnaires de sa population. Elle se base sur une analyse des besoins qui tient compte autant de l'épidémiologie de la population que du progrès dans le domaine médical, ou encore de l'évolution démographique, et notamment du vieillissement de la population.

Dans le cadre de la dernière planification hospitalière en 2015, la DSAS a établi des projections de besoins en soins stationnaires de la population fribourgeoise à l'horizon 2020. Elle a défini les groupes de prestations¹ relatifs à chaque domaine des soins, que ce soit en soins somatiques aigus, en réadaptation ou en soins psychiatriques, ainsi que les exigences par prestation. Sur cette base, la DSAS a lancé une procédure d'appel d'offre, suivie d'une évaluation des offres reçues. Cette procédure a abouti à l'établissement de la liste hospitalière (Ordonnance du 31 mars 2015 fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance), respectivement des mandats de prestations annuels et pluriannuels conclus avec les prestataires de soins dans le canton de Fribourg et hors canton qui répondent aux critères et exigences de cet appel d'offre. L'HFR a dans ce cadre participé à l'appel d'offre et a reçu les mandats correspondant aux besoins de la population.

Selon les exigences de la LAMal, la planification hospitalière doit porter sur plusieurs années et être réexaminée périodiquement (art. 58a, al. 2 OAMal). Une prochaine planification est prévue pour 2023. Les travaux vont débuter en 2020. Toutefois, selon la jurisprudence, des adaptations de l'offre sont possibles dans le courant d'un cycle de planification si les besoins de la population l'exigent. Dans le cadre de cette planification, l'HFR sera à nouveau amené à postuler à l'appel d'offre. Il pourra alors postuler pour les prestations qui correspondent à sa stratégie d'entreprise qui, elle, devra permettre de remplir la mission et les objectifs stratégiques fixés par le Conseil d'Etat à l'HFR.

Dans certains domaines, l'HFR entretient des coopérations avec d'autres hôpitaux intra- et extracantonaux, comme par exemple avec l'Hôpital Daler dans le cadre du centre du sein et du centre de la prostate, avec le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) entre autres pour la cardiologie, la chirurgie pédiatrique et l'angiologie, avec l'Inselspital Berne par exemple pour la chirurgie thoracique, les soins intensifs et la neurologie. En l'état, l'HFR a conclu 31 conventions de coopérations avec des hôpitaux intra- et extracantonaux.

¹ Pour sa planification 2015, le canton de Fribourg, comme la majorité des cantons, a appliqué la logique des groupes de prestation pour la planification hospitalière (GPPH) du canton de Zurich (Spitalleistungsgruppen, SPLG).

En complément, l'HFR a un contrat cadre avec l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA) ainsi que l'Association fribourgeoise des services d'aides et soins à domicile (AFAS) pour renforcer la collaboration avec ces acteurs dans le but d'offrir à la population les soins en adéquation avec leurs besoins. Des mesures ont été également mises en place par l'HFR afin de renforcer la communication et la collaboration avec les médecins installé-e-s dans le canton de Fribourg.

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse (art. 39 LAMal, al. 2^{bis}), ceci afin de garantir une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique. Afin d'exécuter ce mandat légal, les cantons ont signé le 1^{er} janvier 2009 la Convention intercantonale² relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)³ et se sont ainsi engagés à planifier et attribuer en commun les mandats de prestations concernant la médecine hautement spécialisée. Ainsi pour la MHS une seule planification est établie conjointement par tous les cantons. La CIMHS, comme base légale, règle les processus de décision des organes CIMHS et définit les critères auxquels un domaine de prestations doit satisfaire pour relever de la médecine hautement spécialisée. Le processus de planification MHS se réalise concrètement en deux phases : dans un premier temps, les domaines attribués à la MHS et les critères d'attribution sont définis et dans un deuxième temps, les mandats de prestations sont attribués aux hôpitaux. En l'état, l'HFR est au bénéfice de mandats de la MHS dans plusieurs domaines de la chirurgie viscérale.⁴

4 LES PRINCIPES DU NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER

L'HFR offre des prestations ambulatoires et stationnaires en somatique aigue et réadaptation. Ce chapitre donne un aperçu des principes en vigueur pour le financement de ces prestations.

4.1 Les prestations hospitalières à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et du canton

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. Cette révision introduit un financement à la prestation fondé sur une structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse. Elle introduit aussi le libre choix de l'hôpital au niveau suisse ainsi que des critères de planification hospitalière. Les objectifs principaux visés par cette révision sont l'amélioration de la comparaison et le renforcement de la concurrence entre les hôpitaux au niveau national.

Depuis l'introduction de ce financement hospitalier en 2012, les prestations hospitalières en somatique aigue sont financées selon les tarifs SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups). Ces forfaits liés aux prestations sont cofinancés par l'AOS et les cantons. Les cantons fixent annuellement la part qu'ils prennent en charge. Celle-ci doit s'élever au moins à 55%. A Fribourg, la participation de l'Etat est fixée à ce taux depuis 2017. Les tarifs SwissDRG incluent les coûts d'utilisation des immobilisations (intérêts calculatoires et amortissements). Ces derniers sont donc également cofinancés par l'AOS et les cantons, et non plus par les pouvoirs publics uniquement.

² https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_f_c.pdf

³ Le Grand Conseil a approuvé en 2008 le projet de loi portant adhésion du Canton de Fribourg à cette convention.

⁴ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/HSM_Spitalliste_20190801_def_f.pdf

Concernant les traitements stationnaires en réadaptation, il n'existe pas encore de structure tarifaire conforme à la LAMal pour leur financement. Celle-ci est en cours de développement dans le cadre du projet ST Reha. Son entrée en vigueur est prévue le 1^{er} janvier 2022. D'ici là, les prestations de réadaptation sont remboursées sur la base de forfaits journaliers négociés individuellement entre chaque hôpital et assureur-maladie. Ces coûts sont cofinancés à hauteur de 55 % par les cantons et 45 % par l'AOS.

La révision de la LAMal a aussi introduit la notion de prestations d'intérêt général (PIG) qui ne font pas partie des coûts à la charge de l'AOS. Selon la LAMal, ces prestations comprennent en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, la recherche et la formation universitaire.

Un autre élément important du nouveau financement hospitalier est le libre choix de l'hôpital au niveau suisse. Avant 2012, l'accès aux hôpitaux hors canton était limité. L'Etat ne participait aux coûts qu'en cas de nécessité médicale, soit lorsqu'une prestation n'était pas disponible dans le canton ou en cas d'urgence. Or, depuis 2012, le ou la patient-e peut choisir l'établissement dans lequel il ou elle souhaite se faire traiter.⁵ Ceci accroît la concurrence entre hôpitaux et peut entraîner une augmentation du nombre d'hospitalisations en dehors du canton de domicile.

4.2 Les prestations ambulatoires à charge de l'AOS

Les hôpitaux assument un rôle essentiel dans les soins de base en prenant en charge une partie non négligeable des soins ambulatoires.⁶ Ces prestations sont prises en charge par l'AOS et sont facturées en principe selon la structure tarifaire des prestations médicales TARMED, uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Le Conseil fédéral est intervenu à deux reprises, en 2014 et 2017. Avec sa deuxième intervention entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, le Conseil fédéral a baissé les tarifs et espère faire, au niveau de la Suisse, des économies d'environ 470 millions de francs par année dans le domaine ambulatoire.

Afin de remplacer TARMED, la Fédération des médecins suisses (FMH), les assureurs de curafutura (CSS, Helsana, Sanitas et CPT) et la Commission des tarifs médicaux LAA (MTK) ont élaboré un nouveau tarif pour le financement des prestations ambulatoires. En juillet 2019, la FMH et curafutura ont soumis ce tarif - baptisé « TARDOC » - au Conseil fédéral. Ils visent une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Toutefois, ce tarif n'est porté que par une minorité des partenaires tarifaires. Ne bénéficiant actuellement ni du soutien des assureurs de santé suisse, ni de celui de H+ les hôpitaux de Suisse, il n'est pas sûr que TARDOC entre en vigueur. Entre temps, c'est le tarif TARMED qui fait référence.

En ce qui concerne le nombre d'interventions ambulatoires, celui-ci ne cesse d'augmenter. De plus, le progrès dans les techniques médicales permet de transférer des interventions chirurgicales de manière sûre et efficace du stationnaire vers l'ambulatoire. Afin d'encourager ce transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a établi une liste comportant six groupes d'interventions qui sont désormais prises en charge par l'AOS uniquement à condition d'être réalisées en ambulatoire. Cette adaptation de l'Ordonnance sur les prestations de

⁵ A relever que selon la loi fédérale, le canton restreint sa participation financière à un tarif de référence pour des hospitalisations par convention personnelle (sans nécessité médicale) dans un établissement qui ne figure pas sur la liste hospitalière du canton de Fribourg. En fonction du tarif applicable, une différence de coût peut être facturée à la patiente ou au patient ou à son assurance complémentaire. Le canton participe au tarif de l'hôpital de destination en cas de nécessité médicale (prestation non-disponible dans le canton de résidence ou urgence).

⁶ Pour la définition d'un traitement ambulatoire, voir OCP art. 3 et 4.

l'assurance des soins est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et le DFI se réserve le droit d'élargir cette condition de prise en charge par l'AOS à d'autres interventions. Fribourg a introduit cette liste au 1^{er} janvier 2019.

4.3 Le projet pour un financement uniforme des prestations à charge de l'AOS et des cantons (« einheitliche Finanzierung ambulant und stationär, EFAS »)

Les différences dans le financement des prestations stationnaires et ambulatoires pourraient inciter certains acteurs et actrices dans le domaine de la santé à prendre des décisions en fonction de leurs intérêts financiers, faisant parfois passer l'efficacité et l'efficience des traitements au second plan. Ainsi la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a proposé d'introduire un financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires (EFAS).⁷

Le projet de la CSSS-N daté du 5 avril 2019 concerne toutes les prestations visées par la LAMal, à l'exception des soins de longue durée. Il prévoit une contribution minimale des cantons de 22,6 % des prestations brutes des assureurs, y compris la participation des assuré-e-s aux coûts. Il introduit aussi la possibilité pour les cantons de piloter l'offre de soins ambulatoires de manière ciblée.

Dans sa prise de position du 14 août 2019 concernant le projet de la CSSS-N, le Conseil fédéral approuve sur le principe un financement uniforme dans les secteurs hospitalier et ambulatoire. Toutefois, il demande à la CSSS-N d'examiner les demandes des cantons et de les intégrer au mieux dans le projet.

En effet, le projet de la CSSS-N du 5 avril 2019 ne bénéficie pas du soutien des cantons. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) exige, pour entrer en matière sur ce projet, que l'ensemble des prestations LAMal soient intégrées dans le projet, donc y compris les soins de longue durée. Elle n'est pas non plus satisfaite des possibilités qui sont accordées aux cantons pour piloter l'offre de prestations ambulatoires. Aussi, la CDS demande, dans le projet de loi, l'inscription d'une organisation tarifaire nationale ainsi qu'une garantie de la neutralité des coûts pour chaque canton lors du passage à un financement uniforme. L'ensemble des réserves émises par la CDS sont résumées dans sa prise de position du 27 juin 2019.⁸ Dans l'état actuel, elle estime que le projet représente une violation du principe fondamental d'équivalence régissant la politique financière.

Lors de la session parlementaire de septembre 2019, le Conseil national a adopté le projet EFAS. Le financement moniste va maintenant être soumis au Conseil des États. La revendication des cantons quant à l'extension de l'EFAS aux soins de longue durée n'a pas été retenue. La Chambre du peuple souhaite d'abord élaborer les bases nécessaires, estimant que l'urgence de la situation exige une action rapide. Compte tenu de la résistance des cantons, le projet aura vraisemblablement du mal à passer auprès des conseillers et conseillères aux États. Par ailleurs les cantons se réservent le droit de lancer un référendum.

⁷ L'abréviation EFAS vient de l'allemand « Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationären Leistungen ». Voir le document de la Confédération Suisse intitulé « Initiative parlementaire: Financement moniste des prestations de soins, Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 5 avril 2019, Avis du Conseil fédéral du 14 août 2019 ».

⁸ <https://www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/financement>

4.4 Les assureurs fédéraux (accident, militaire et invalidité)

Les assureurs fédéraux financent les traitements des patient-e-s qui tombent sous leur couverture aussi bien dans le domaine stationnaire (aigu et réadaptation) que dans le domaine ambulatoire.

La modification des lois et ordonnances d'exécution sur l'assurance-accidents (LAA) et militaire (LAM) entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 s'oriente fortement d'après la LAMal dans le domaine tarifaire. Les frais des traitements sont pris en charge à hauteur de 100% par l'assurance dans ces deux domaines.

Pour le domaine de l'assurance-invalidité, les frais des traitements stationnaires sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'assurance et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré-e.

En ce qui concerne le domaine ambulatoire, les trois assurances prennent en charge les prestations à hauteur de 100%, à l'instar de la LAMal.

A l'HFR, le volume des coûts à charge de ces trois assurances représente environ 6% et les tarifs sont en général meilleurs que dans l'AOS. Le présent rapport ne se focalise donc pas sur ces trois domaines.

4.5 Les prestations d'intérêt général (PIG), les autres prestations (AP) et le financement transitoire

La Loi cantonale du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance dresse une liste non exhaustive des PIG. En plus de celles mentionnées dans la LAMal, elle inclut d'autres prestations telles que le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, l'accompagnement spirituel, les prestations de liaison dans les hôpitaux et la préparation en cas de situations extraordinaires sur le plan sanitaire. La même loi pose aussi la base légale permettant à l'Etat de financer ces PIG ainsi que d'autres prestations (AP) qui répondent à un besoin de santé publique ou qui ne sont pas entièrement financées par l'AOS.

Sur la base de ces dispositions légales et notamment dans le cadre des procédures budgétaires, les PIG/AP font régulièrement l'objet de discussions entre l'HFR et la DSAS. Afin de formaliser ces discussions et pour consigner par écrit leurs pratiques, l'HFR et la DSAS ont élaboré un concept PIG/AP. Ce concept répond au rapport de l'Inspection des finances relatif à l'audit des PIG/AP de l'HFR, réalisé le 22 janvier 2018 et qui a émis 14 recommandations.⁹

Le concept permet une meilleure traçabilité des discussions et décisions prises relatives au financement des PIG/AP. Dans ce cadre, les coûts de certaines prestations qui étaient jusqu'alors couverts par le financement transitoire ont également été identifiés.

Dans ce sens, un travail particulier a été fourni en vue d'identifier plus précisément les coûts liés à la PIG recherche et formation universitaire. Néanmoins, compte tenu de la complexité, l'HFR et les services de l'Etat se sont focalisés sur la formation pré- et postgrade. Des progrès de chiffrage ont pu être obtenus en particulier dans le domaine de la formation postgrade, justifiant une amélioration de son financement via la PIG recherche et formation universitaire. Toutefois, les travaux sont

⁹ Rapport de l'Inspection des finances de l'Etat du 22 janvier 2018 concernant « Les Prestations d'intérêt général (PIG) et les Autres prestations (AP) ».

encore en cours, en particulier dans le domaine de la formation prégrade, pour laquelle les données suscitent encore des interrogations. Une comparaison avec des hôpitaux semblables d'autres cantons paraît indispensable lors d'une prochaine étape.

Concernant le financement de la recherche, de nouvelles pistes sont en cours d'analyse en collaboration avec l'HFR. Ces travaux sont en bonne voie.

Quant aux surcoûts salariaux, ceux-ci ont été estimés par une entreprise spécialisée sur la base d'un benchmarking intercantonal d'environ 75 hôpitaux et des données salariales 2017. Ils ont été chiffrés à CHF 16 millions environ et sont inclus dans le financement transitoire 2019 à hauteur de CHF 14.1 millions et de CHF 1.9 millions dans les PIG.

5 LES DÉFIS DU NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER POUR L'HFR

5.1 Une concurrence accrue : augmentation des hospitalisations hors canton

Le taux global d'hospitalisations est bas dans le canton de Fribourg : 133 pour 1000 habitant-e-s en 2017. En comparaison, la moyenne nationale est de 145 pour 1000 habitant-e-s.¹⁰ Par ailleurs, le taux d'hospitalisations des patient-e-s fribourgeois-e-s en dehors du canton est élevé en comparaison nationale selon la statistique des hôpitaux 2016¹¹, qui est la statistique complète la plus actuelle au moment de la rédaction du présent rapport. Il a augmenté de 5 % depuis 2011 pour atteindre 27 % en 2016 (contre 17 % en moyenne suisse).¹² Ce sont avant tout les patient-e-s des districts limitrophes des cantons de Berne et Vaud qui se rendent hors canton. En 2016, 45% des hospitalisations de patient-e-s provenant de la Veveyse, 47% des hospitalisations de patient-e-s de la Singine et 58% des hospitalisations de patient-e-s du district du Lac ont eu lieu hors canton. Parmi ces hospitalisations, deux tiers sont annoncées ou planifiées. Les patient-e-s concerné-e-s exercent leur libre choix pour aller principalement dans les cantons de Berne et Vaud, et ceci pour des prestations souvent disponibles dans le canton de Fribourg.

Une deuxième étude mandatée par la DSAS à la société *M.I.S. Trend* suggère que les patient-e-s fribourgeois-e-s suivent souvent le conseil de leur médecin lorsqu'ils choisissent un hôpital hors du canton.¹³ Les germanophones dans 45% des cas et les francophones dans 48% des cas. L'offre des prestations dans la langue maternelle est aussi un critère de choix très important. Il est intéressant de constater que les personnes interrogées ont, pour une grande partie, déjà été hospitalisées dans le canton et que les trois quarts ont été satisfait-e-s de la prise en charge.

La DSAS a transmis les résultats de ces enquêtes aux réseaux hospitaliers et aux cliniques privées. Elle les a présentés au Collège des médecins de l'HFR ainsi que lors de l'Assemblée de la Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF). Aussi, une Task Force chargée de la mise en place de mesures permettant de limiter les hospitalisations hors canton a été créée. Des mesures ont été mises

10 <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus>

11 La base de données 2017 est incomplète car il manque la réadaptation. Les données 2018/2019 ne sont pas encore disponibles. Pour cette raison, ce sont les chiffres 2016 qui sont utilisés.

12 Obsan (2017). Hospitalisation hors canton des résidents fribourgeois, 2011 – 2016. Neuchâtel. Les chiffres concernent tous les cas AOS.

13 M.I.S Trend (2017). Etude sur les hospitalisations hors canton par libre choix.

https://www.fr.ch/sites/default/files/reprise/documents/pdf/404_08_171128_Resultats_enquete_MIS_Trend_F.pdf. Voir aussi le communiqué de la DSAS du 1er décembre 2017 intitulé Hospitalisations hors du canton de Fribourg : leur diminution passe par le renforcement de la collaboration entre public et privé (<https://www.fr.ch/dsas/institutions-et-droits-politiques/gouvernement-et-administration/hospitalisations-hors-du-canton-de-fribourg-leur-diminution-passe-par-le-renforcement-de-la-collaboration-entre-public-et-prive>).

en place par l’HFR afin de renforcer la communication et collaboration avec les médecins installé-e-s dans le canton de Fribourg. Ils peuvent désormais appeler une hotline médicale qui leur garantit un contact professionnel direct et privilégié avec les spécialistes de l’HFR, facilitant la prise de contact et l’envoi de patient-e-s à l’HFR.¹⁴ Il a également convenu que les représentant-e-s de la SMCF et des établissements hospitaliers fribourgeois au sein de la Task Force organisent des rencontres pour entamer des discussions sur des actions concrètes. Ces actions seront discutées au sein de la Task Force qui veille à la mise en œuvre de ces mesures.

5.2 Une meilleure comparaison entre les hôpitaux : pression sur les tarifs stationnaires

L’introduction d’une structure tarifaire uniforme au niveau suisse améliore la comparaison entre les prestataires, notamment en ce qui concerne la lourdeur des cas et les coûts des prestations. Cette comparaison a montré que l’HFR est le prestataire avec la durée moyenne de séjour (DMS) la plus élevée parmi les hôpitaux comparables et fait partie des établissements non-universitaires les plus chers de Suisse.

Alors que les négociations entre l’HFR et HSK avaient abouti assez rapidement, ce n’est qu’en 2019 que l’HFR, tarifsuisse et la CSS ont réussi à s’entendre sur les tarifs pour les années 2012 à 2020. Les conventions tarifaires passées entre l’HFR et tarifsuisse SA ont été transmises au Conseil d’Etat pour la procédure d’approbation. Elles seront approuvées en même temps que celles passées avec la CSS. Concernant celles-ci, la procédure de signature pour les tarifs est encore en cours, car ce n’est qu’en août 2019 que les parties ont trouvé un accord.

Le tableau 1 montre l’évolution des tarifs définitifs négociés entre l’HFR et les différents assureurs-maladie. Elle suit la tendance observée au niveau national : les tarifs diminuent d’année en année. Cette évolution accentue la pression financière exercée sur l’HFR rendant les mesures permettant de diminuer les charges d’exploitation et d’augmenter l’efficacité d’autant plus inévitables.

Assureur-maladie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HSK	10 150	10 070	10 050	9950	9900	9850	9825	9750	9750
tarifsuisse*	9950	9912	9875	9837	9800	9762	9725	9700	9700
CSS**	9950	9900	9875	9840	9800	9750	9725	9700	9690
* procédure d’approbation de la convention en cours									
** convention en cours de signature par les parties									

Tableau 1 : Evolution des tarifs négociés entre l’HFR et les assureurs-maladie, 2012 – 2020

5.3 Un financement des investissements par les tarifs : manque de moyens financiers

La construction de l’Hôpital cantonal sur le site de Bertigny date du début des années septante. Depuis, des travaux d’agrandissement et de rénovation ont été réalisés pour répondre à l’évolution des besoins (par exemple la rénovation et l’extension des urgences, rénovation des services de

¹⁴ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg : p. 15.

radiologie et de médecine nucléaire et de la maternité). Toutefois, les adaptations du bâtiment sont très coûteuses et ont atteint leurs limites tant architecturales que fonctionnelles. Une nouvelle construction répondant aux exigences d'un hôpital moderne est nécessaire.

Ainsi, la réflexion pour la réalisation d'une nouvelle construction est en cours au sein du Conseil d'administration. Une des options retenues pour l'instant est celle d'une nouvelle construction dans le cadre du projet de développement urbain durable Chamblioux-Bertigny¹⁵. Un concours d'idées a été lancé et va se terminer au printemps 2020. La nouvelle construction devra permettre une grande modularité et un fonctionnement optimisé tenant notamment compte des flux de patient-e-s et entraînant une diminution des coûts de fonctionnement et d'entretien.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier, un tel investissement présuppose toutefois que la rémunération de ses prestations permette à l'HFR de dégager les moyens financiers nécessaires pour un tel projet. D'autant plus que la Loi cantonale du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance exclut depuis 2012 la possibilité pour l'Etat de se porter garant des emprunts de l'HFR qui doit désormais s'adresser aux organismes bancaires.¹⁶ Or, les revenus de l'HFR ne couvrent pas ses coûts et ne lui permettent pas de dégager la totalité des moyens financiers nécessaires au financement d'une nouvelle construction. D'ailleurs, l'HFR n'est pas le seul hôpital dans cette situation. Plusieurs cantons ont déjà décidé de soutenir la construction et/ou la rénovation de bâtiments hospitaliers, soit par un investissement direct, soit par un cautionnement.¹⁷

En réponse à la motion 2019-GC-22 des député-e-s Loetscher Anne et Dafflon Hubert, le Conseil d'Etat a accepté de modifier la loi cantonale concernant le financement des hôpitaux pour que l'Etat ait la possibilité d'octroyer à l'HFR une aide complémentaire aux investissements. Une réflexion est en cours sur la forme la plus adéquate que peut prendre cette aide dans le cadre de la modification de cette loi.

5.4 Un accroissement du déficit dans le secteur ambulatoire

Actuellement, les hôpitaux ne font pas ou peu de bénéfices avec les cas ambulatoires. En 2017, le déficit dans ce domaine a atteint CHF 710 millions pour l'ensemble des hôpitaux suisses.¹⁸ La diminution des tarifs dans le domaine ambulatoire décidée par le Conseil fédéral en 2018 accentue davantage la pression financière dans ce secteur. C'est d'ailleurs ce qui a pu être observé pour l'HFR. En 2018, 38 % de son chiffre d'affaire a été réalisé dans le domaine ambulatoire.¹⁹ Il comptait alors plus de 495'000 consultations, en augmentation de 5 % par rapport à 2017.²⁰ Malgré cette croissance, les recettes ambulatoires ont diminué de CHF 4.2 millions sur la même période.²¹

¹⁵ <https://fr.ch/daec/territoire-amenagement-et-constructions/territoire/chamblioux-bertigny-faq>

¹⁶ Cf. message 251 du 17 mai 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance, chap. 5.1.3.

¹⁷ Selon les dépositaires de la motion 2019-GC-22, l'Etat de Vaud peut se porter garant des emprunts des établissements publics, le Valais peut accorder un cautionnement supplémentaire à l'Hôpital du Valais pour les nouvelles constructions et Genève demande que les grands projets d'investissements hospitaliers fonctionnent comme des projets de lois et nécessitent donc un acte législatif spécifique.

¹⁸ OFSP (2019). Chiffres-clés des hôpitaux suisses. OFSP, Berne : p. 26. Il s'agit des prestations à charge de l'AOS.

¹⁹ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg : p. 49.

²⁰ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg : p. 4 et 62.

²¹ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg : p. 51.

6 LES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES DE L'HFR ET LEURS CAUSES

Suite à la présentation des comptes 2016, la DSAS a tiré la sonnette d'alarme face à la situation financière inquiétante de l'HFR et a demandé un plan de mesures d'efficacité au Conseil d'administration. Les comptes 2016 présentaient un déficit annuel de presque CHF 7.2 millions alors que le budget prévoyait CHF 2.0 millions.

En 2017, la situation s'est aggravée. Le déficit annuel s'est élevé à CHF 14.5 millions pour atteindre un déficit cumulé de CHF 21.7 millions. Il a dépassé pour la première fois les 3 % des charges d'exploitation, limite fixée dans la Loi cantonale du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance.²²

A relever que cette situation a également préoccupé plusieurs député-e-s qui ont déposé diverses interventions parlementaires. Le Conseil d'Etat y a répondu en mai 2018.²³

En 2018, le déficit se chiffre à 11.8 millions. Initialement, le budget prévoyait une perte de CHF 21.3 millions. Le déficit a donc pu être réduit de CHF 9.5 millions grâce aux mesures d'amélioration de l'efficacité (cf. chapitre 7). La hausse des activités stationnaires a permis d'augmenter les recettes d'exploitation de 4% pour atteindre CHF 482 millions, et cela malgré la diminution des recettes ambulatoires liée aux modifications du tarif TARMED. Les charges d'exploitation n'ont de leur côté augmenté que de 1.9 % sur la même période pour s'élever à CHF 470 millions.

²² Selon l'art. 8 de la Loi cantonale du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance, les comptes des hôpitaux publics doivent être en principe équilibrés. Une 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.

²³ <https://www.fr.ch/ce/sante/institutions-et-professionnels-de-sante/hfr-dossier-de-presse-7-mai-2018>

Le budget 2019 de l’HFR dont le Conseil d’Etat a pris acte dans sa séance du 8 janvier 2019 prévoit un déficit de 17.99 millions. Selon les clôtures trimestrielles présentées par l’HFR, ce déficit sera probablement moins élevé que prévu.

Le tableau 2 montre l’évolution des résultats financiers depuis l’entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012.

Chiffres en milliers	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Recettes d'exploitation	425 908	442 607	441 562	451 650	460 920	463 489	482 036
Charges d'exploitation	-414 297	-417 506	-419 726	-430 405	-450 577	-461 724	-470 277
Excédent brut d'exploitation (EBITDA)	11 611	25 100	21 837	21 246	10 343	1765	11 759
Marge EBITDA (%)	2.7	5.6	4.9	4.7	2.24	0.38	2.44
Amortissement	-18 578	-18 819	-18 328	-17 385	-18 109	-18 797	-20 019
Résultat d'exploitation (EBIT)	-6968	6281	3509	3861	-7766	-17 032	-8260
Résultat financier	-1676	-1360	-1105	-1078	-1141	-1525	-2281
Résultat exceptionnel / Variation fonds	3241	481	-4420	-766	1745	4004	-1229
Résultat de la période positif=bénéfice négatif=perte	-5402	5402	-2016	2016	-7162	-14553	-11770
Déficits annuels cumulés		0	-2016	0	-7162	-21 715	-33 486
- % des coûts d'exploitation			0.5%		1.5%	4.5%	6.8%

Source : Rapports annuels de l’HFR.

Tableau 2 : Evolution du résultat annuel de l’HFR, 2012 - 2018

Si les mesures prises ont commencé à porter leurs fruits en 2018, le déficit appelle néanmoins des mesures supplémentaires afin de consolider l’HFR d’un point de vue financier et organisationnel. C’est particulièrement important dans le contexte actuel, car la baisse des tarifs stationnaires et les nouveaux tarifs TARMED adoptés par le Conseil fédéral au 1^{er} janvier 2018 mettent les hôpitaux sous une forte pression financière. A cela s’ajoutent d’autres difficultés auxquelles l’HFR fait ou a fait face et qui sont décrites dans ce chapitre.

La suite de ce chapitre se base, entre autres, sur les rapports de l’Inspection des finances (IF) relatifs à l’audit des PIG et AP (rapport N° 2018/02), à l’audit de l’information financière de l’HFR (rapport N° 2018/38) et à l’analyse des salaires octroyés à l’engagement (rapport N° 2018/39), ainsi que sur l’analyse de la gouvernance de l’HFR mandatée à la société *triaspect*.

6.1 Gouvernance lourde et complexe

Sous l'impulsion de la DSAS, le Conseil d'administration de l'HFR a confié à la société *triaspect* en août 2017 la tâche de réaliser une analyse de la gouvernance de l'institution. L'évaluation devait porter sur le fonctionnement du Conseil d'administration et du Conseil de direction.

Afin d'améliorer le fonctionnement du Conseil d'administration, les auteurs de l'analyse ont recommandé son redimensionnement, en proposant de le réduire à neuf membres, y compris les membres avec voix consultative. Ils ont aussi proposé une diminution du nombre de séances, en séparant les décisions opérationnelles des décisions stratégiques. Pour une majorité des personnes interrogées dans le cadre de cette analyse, le Conseil d'administration a un fonctionnement lourd, souvent marqué par des intérêts de politique régionale. Il manquerait de compétences spécifiques en matière de gouvernance et/ou de connaissance du domaine de la santé.

Les experts ont également recommandé que le ou la membre du Conseil d'Etat responsable de la DSAS se retire du Conseil d'administration pour prévenir d'éventuels conflits d'intérêt. Enfin, ils ont estimé que le Conseil d'administration devait clarifier sa vision et sa stratégie et les communiquer de façon claire.

Compte tenu des observations faites, la société *triaspect* a encore émis plusieurs recommandations, notamment :

- > la création d'un comité bipartite et permanent DSAS – HFR,
- > l'élaboration d'une stratégie claire et soutenue par l'ensemble des organes de l'HFR,
- > la reconsidération du maintien de la directrice générale dans ses fonctions et
- > un examen approfondi du fonctionnement de la direction générale et de la direction financière.

6.2 Comptabilité analytique difficilement exploitable, processus budgétaire et planification des investissements lacunaires

Lors de son audit de l'information financière de l'HFR du 26 juin 2018, l'IF a constaté différentes lacunes dans la comptabilité analytique qui pouvaient conduire à des variations difficiles à justifier d'une année à l'autre, en raison notamment du manque de fiabilité des données utilisées. L'analyse détaillée menée par l'IF a montré que la comptabilité analytique n'était ainsi pas utilisée comme véritable outil de gestion et offrait des résultats difficilement exploitables. De plus, l'audit a révélé que l'HFR bouclait sa comptabilité analytique seulement une fois par année durant le deuxième trimestre de l'exercice suivant. L'IF a ainsi recommandé d'introduire un bouclage intermédiaire au 30 juin de chaque année, afin d'exploiter la comptabilité analytique comme un outil de gestion permettant au Conseil d'administration du HFR d'anticiper les résultats et de corriger une situation insatisfaisante en cours d'année.

L'IF a aussi constaté que pour l'établissement du budget, aucune procédure formalisée n'existait, déterminant les rôles et les responsabilités de chacun-e et le calendrier à observer. L'HFR se basait essentiellement sur les connaissances et compétences de sa direction des finances pour établir son budget, les unités-métiers étant peu impliquées.

La planification des investissements montrait également un grand potentiel d'amélioration : l'HFR disposait d'un recensement des besoins d'investissement, mais pas d'un plan d'investissement, ni d'une étude sur les possibilités de financement.

Dans son rapport, l'IF a émis 67 recommandations qui devraient permettre de redresser cette situation.

6.3 Durée moyenne de séjour élevée

Dans un système tarifaire avec des forfaits par cas tel que le SwissDRG, la durée moyenne de séjour (DMS) élevée est un facteur de coût important. Au niveau suisse, la DMS a diminué depuis l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012. Celle de l'HFR n'a pas toujours suivi cette tendance. Selon les chiffres de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), un-e patient-e restait en moyenne 5.5 jours dans un hôpital Suisse en 2016 et 5.4 jours en 2017. A l'HFR, selon ses rapports annuels, la durée moyenne de séjour était de 6.9 en 2016, 7.2 en 2017 et 6.8 en 2018.

6.4 Augmentation de la dotation et des charges salariales

Les charges salariales représentent presque 70% des coûts d'exploitation de l'HFR, d'où l'importance de surveiller et maîtriser ces coûts. Pourtant, ces dernières années, l'augmentation du personnel a dépassé les prévisions budgétaires et n'était pas en adéquation avec les revenus de l'HFR. Par exemple:²⁴

- > Entre 2015 et 2016, la dotation en personnel a augmenté de 54 EPT. En incluant les automatismes salariaux, les charges de personnel ont augmenté de CHF 14 millions (+ 4.7%) alors que les recettes n'ont augmenté que de CHF 9 millions (+ 2.1%) ;
- > Entre 2016 et 2017, la dotation en personnel a augmenté de 89 équivalents plein temps (EPT), dépassant de 39 EPT les prévisions budgétaires. En incluant les automatismes salariaux, les charges de personnel ont augmenté de CHF 16 millions (+ 5.1%) alors que les recettes sont pratiquement restées stables (+ 0.6%).
- > Entre 2017 et 2018, la dotation en personnel a augmenté de 52 EPT. En incluant les automatismes salariaux, les charges de personnel ont augmenté de CHF 8.8 millions (+ 2.6%) alors que les recettes ont augmenté de CHF 18.5 millions (+ 4%).

Depuis 2014, la progression des charges de personnel a été plus rapide que l'évolution des recettes.

Par mandat du 19 février 2018, le Conseil d'Etat a chargé l'IF, en collaboration avec le Service du personnel et d'organisation (SPO), d'effectuer une analyse comparative des pratiques de classification des postes de travail et de fixation des salaires entre l'HFR et l'administration centrale cantonale.

Au total, 159 dossiers d'engagements effectués en 2016 et 2017 ont été analysés, dont 108 dans le domaine des soins et 51 dans les fonctions administratives et techniques. Le SPO a constaté que les cahiers des charges étaient manquants pour près de la moitié des dossiers. En outre, il a relevé plusieurs cas pour lesquels la fonction mentionnée dans le cahier des charges ne correspond pas à la description des tâches. Au regard de cette dernière, le SPO aurait attribué une fonction de référence – et donc une rémunération – inférieure. Ce constat concerne le domaine administratif et technique. Pour le domaine médical, le SPO ne relève aucun point particulier.

²⁴ OFSP (2017). Série temporelle des « chiffres-clés des hôpitaux suisses » depuis 2008. 25.06.2019 : www.bag-anw.admin.ch/2016_taglab/2016_spitalstatistik/data/download/KZ_Zeitreihe.xlsx?v=1556013466. Variables PersT, PersA, PersP, PersMT, AwBesold, AwT. Les chiffres nécessaires pour le calcul des variations annuelles des recettes d'exploitation proviennent des rapports annuels de l'HFR.

Dans son rapport, l'IF a fait 5 recommandations qui portent sur la systématisation des cahiers de charges pour chaque poste de travail. Le traitement doit être adapté aux exigences liées au poste et à l'expérience professionnelle antérieure utile à la fonction, conformément à l'Arrêté du 19 mars 1990 concernant la classification des fonctions du personnel d'Etat.

6.5 Charges liées au multi-site

Bien que l'HFR ait procédé à un certain nombre de concentrations ces dernières années, on constate que certaines prestations sont toujours trop dispersées sur les différents sites. Ceci peut poser un problème de masse critique, de qualité et d'efficacité.

7 LES MESURES MISES EN PLACE

Des mesures ont été mises en place à tous les niveaux afin d'assainir les finances et améliorer l'efficacité de l'HFR. Certaines de ces mesures ont déjà porté leurs fruits en permettant d'afficher un résultat meilleur que prévu pour l'exercice 2018 et de baisser le coût de production par cas DRG. Ainsi, en 2018 une hospitalisation en somatique aigue coûtait en moyenne 10'818 francs, alors qu'elle coûtait encore 12'120 francs en 2016.²⁵

Ce chapitre donne un aperçu non exhaustif des principales mesures d'efficacité et d'organisation mises en place.

7.1 La gouvernance

7.1.1 Redimensionnement du Conseil d'administration

Le Conseil d'Etat a suivi les recommandations du rapport d'analyse de gouvernance de l'HFR et a proposé au Grand Conseil une modification de la LHFR. Celle-ci réduit notamment le nombre de membres du Conseil d'administration avec voix délibérative de neuf à sept.

Un nouveau Conseil d'administration, avec trois membres désignés par le Conseil d'Etat (au bénéfice d'une lettre de mission du Conseil d'Etat) et trois membres par le Grand Conseil, est entré en fonction au 1^{er} juillet 2019. Le Conseil d'administration a nommé son septième membre en septembre et sa présidente en octobre. Cette dernière entrera en fonction au 1^{er} janvier 2020, la présidence ad intérim étant assurée par le représentant du Conseil d'Etat.

7.1.2 Conseil de direction au complet

Un nouveau directeur général a été nommé le 27 juin 2018 et le Conseil de direction a été complété par un nouveau directeur des ressources humaines, un nouveau directeur financier, un nouveau directeur des systèmes d'information ainsi qu'un nouveau directeur médical. Depuis le 1^{er} juin 2019, le Conseil de Direction est au complet.

²⁵ Benchmark 2018 entre les hôpitaux suisses.

7.1.3 Création d'un comité bipartite et permanent DSAS – HFR

Un comité bipartite permanent composé de représentant-e-s de l'HFR et de la DSAS a été créé en février 2018 par Madame la Conseillère d'Etat Anne-Claude Demierre et Monsieur Philippe Menoud, alors Président du Conseil d'administration de l'HFR. Ce comité permet de renforcer les échanges entre la DSAS et l'HFR ainsi que de formaliser les modalités de leur collaboration relative aux enjeux budgétaires et financiers.

Le comité a aussi été chargé de clarifier les données chiffrées des PIG/AP et de définir le cadre du financement de ces prestations, ce qui a abouti à l'élaboration d'un concept PIG/AP qui a été approuvé par le Conseil d'administration et le Conseil d'Etat.

Pour donner suite aux recommandations du comité et pour formaliser les échanges entre le Service de santé publique (SSP) et la Direction des finances de l'HFR, des rencontres trimestrielles ont été introduites en 2019. Ces séances servent notamment à suivre la situation financière de l'HFR (clôtures trimestrielles), ce qui est d'autant plus important depuis que la Directrice de la santé et des affaires sociales et le chef du SSP ne participent plus aux séances du Conseil d'administration.

7.2 Mise en place des recommandations de l'Inspection des finances concernant l'information financière de l'HFR

Afin de mettre en place les recommandations de l'IF, l'HFR a établi un plan d'action global dont il a confié la concrétisation à huit groupes de travail pluridisciplinaires. Ces groupes de travail fonctionnent avec une gouvernance transparente et rapportent régulièrement sur l'avancement des travaux au Conseil de direction de l'HFR, à la DSAS et à l'IF.

Concernant le processus budgétaire, des instructions qui formalisent l'établissement du budget annuel et qui définissent clairement les rôles, compétences et responsabilités de chacun-e ont été émises par l'HFR.

Pour les investissements, un nouveau règlement accompagné de directives définit désormais les critères à respecter pour le dépôt d'une demande d'investissement ou de lancement de projet. Il précise aussi le processus décisionnel et les compétences de chacun-e. Les procédures à suivre ont été formalisées et un concept a été élaboré. Aussi, tous les investissements et projets antérieurs à 2019 qui n'ont pas encore été déclenchés sont suspendus et doivent faire l'objet d'une nouvelle demande.

Le Conseil d'administration est en train de finaliser un plan d'investissement qui lui permet d'avoir une vue globale sur les travaux en cours ou planifiés, et de prendre des mesures, si nécessaire.

Tous les travaux d'entretien et de réparations ainsi que le remplacement des appareils médicaux sont pour l'instant maintenus à un minimum.

7.3 Synthèse du suivi des recommandations de l'IF

Au 30 août 2019, sur les 86 recommandations émises par l'IF dans ses trois rapports, 33 sont prêtes pour validation par l'IF, 45 sont en cours de réalisation et 7 recommandations sont en retard par rapport aux délais donnés par l'IF. En plus, il est à relever que la recommandation 46 demande le suivi des premières recommandations du 22 janvier 2018, ce qui est également en cours.

Il y a lieu de relever que l'IF procédera à un nouvel audit à la fin 2020 pour valider la réalisation des recommandations.

7.4 Diminution de la durée moyenne de séjour

En 2018, l'HFR a mis en place des mesures qui ont permis de réduire la durée moyenne de séjour de 7.2 jours en 2017 à 6.8 en 2018, et cela sans compromettre la qualité des soins.²⁶ Une de ces mesures concrètes par exemple consiste en une équipe pluridisciplinaire qui se réunit tous les matins pour traiter le cas de chaque patient-e et de mieux planifier les départs. Cette procédure a permis à l'HFR de disposer de davantage de lits et de traiter environ 1'700 (+10 %) patient-e-s de plus en 2018 qu'en 2017. En effet, les recettes dans le domaine stationnaire sont passées de CHF 232 millions en 2017 à CHF 252 millions en 2018, soit une augmentation de CHF 20 millions (+ 8.6 %).²⁷

L'HFR doit poursuivre les efforts pour atteindre une durée moyenne de séjour qui ne doit pas dépasser la moyenne des hôpitaux comparables, selon la mission et les objectifs stratégiques 2019-2021 fixés par l'Etat à l'HFR.

7.5 Blocage des effectifs : analyse de la dotation en personnel et des charges salariales

De nombreuses mesures sont en train d'être mises en place afin de stabiliser et d'analyser les charges liées au personnel, notamment :

- > un gel partiel du recrutement de personnel,
- > une analyse systématique du nombre d'EPT nécessaires,
- > des améliorations en lien avec la gestion des absences,
- > la mise sur pied d'une commission du personnel,
- > l'élaboration d'un budget du personnel précis,
- > la révision des contrats de travail des médecins,
- > la mise en place d'une entité de gestion et coordination avec le Service du personnel et d'organisation de l'Etat de Fribourg,
- > l'analyse et la planification des coûts relatifs aux formations de manière centralisée au département des ressources humaines.

7.6 Multi-site

En attendant la nouvelle stratégie entrepreneuriale décidée par son Conseil d'administration, l'HFR a déjà pris notamment les mesures d'efficience suivantes :

- > fermeture nocturne du bloc opératoire à Riaz en semaine en raison de faible activité,
- > réorganisation de l'anesthésiologie sur les sites de Riaz et Tafers afin d'optimiser l'utilisation des ressources en personnel,
- > centralisation de la stérilisation à Fribourg,
- > signature d'une convention de collaboration avec la Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale des hôpitaux universitaires Vaud-Genève (Conseil d'administration) afin de bénéficier des meilleurs prix du marché via des acquisitions en commun avec d'autres établissements romands,

²⁶ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg : p. 14, 62.

²⁷ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg : p. 51 et 54.

- > externalisation du traitement du linge des sites de Fribourg et Tafers.

8 LA MISSION ET LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES 2019–2021 FIXÉS PAR L’ETAT À L’HFR

Afin de confirmer le rôle central de l’HFR dans la couverture des besoins de santé de la population le Conseil d’Etat a transmis au Conseil d’administration le 28 mai 2019 la mission et les objectifs stratégiques 2019-2021 qu’il lui fixe. Ce document sera réactualisé et mis à jour à chaque nouvelle législature.

Les points suivants sont repris de ce document.

8.1 La mission

L’HFR occupe un rôle central dans le système de santé fribourgeois. Il répond aux besoins de la population fribourgeoise en offrant les prestations qui lui sont octroyées par la planification hospitalière, dans les deux langues officielles du canton. Il offre des prestations de qualité à un coût efficient lui permettant d’assurer une position forte entre les deux centres universitaires de Lausanne et Berne.

Pour ce faire, l’HFR met un accent particulier sur l’accès de la population fribourgeoise à un éventail conséquent de prestations hospitalières et ambulatoires dans les domaines de la médecine interne et de la chirurgie générale ainsi que des soins urgents. L’HFR garantit également l’exploitation de structures de réadaptation et de soins palliatifs adaptées aux besoins de la population.

L’HFR s’engage dans la formation du personnel médical et des soins. Enfin, il favorise activement les synergies avec les différents prestataires de santé actifs sur le territoire fribourgeois dans une logique d’intégration de la chaîne de soins.

8.2 Les objectifs stratégiques

Pour remplir cette mission, le Conseil d’Etat fixe les objectifs stratégiques à atteindre par l’HFR jusqu’en 2021 :

8.2.1 Accessibilité aux soins, qualité et efficience des prestations

Dans les limites de la planification hospitalière,

- > L’HFR fournit des prestations de qualité pour couvrir les besoins de santé de la population fribourgeoise. Il offre une prise en charge hospitalière des urgences 24/24.
- > L’HFR offre ses prestations dans les deux langues officielles du canton.
- > L’HFR offre des prestations stationnaires, ambulatoires et en réadaptation de qualité. Ces prestations consolident sa réputation, sa compétitivité et sa notoriété en tant qu’hôpital de référence pour la population fribourgeoise. Dans ce but, l’HFR confirme et renforce son attractivité pour ses collaboratrices et collaborateurs et attire des spécialistes reconnus dans les domaines de la médecine et des soins.

Par ailleurs,

- > L'HFR occupe une position significative d'institution de formation. De plus, il participe activement dans le développement et la réalisation du master en médecine avec un accent particulier mis sur la médecine de famille, la médecine interne, la chirurgie générale et les soins urgents. Il pratique la recherche clinique dans les limites de ses possibilités.
- > L'HFR respecte les principes d'efficience dans la desserte de ses prestations. Il favorise l'esprit entrepreneurial et l'innovation de ses services cliniques.
- > L'HFR exploite un système de gestion de la qualité, de gestion des risques et de contrôle avec un processus d'amélioration continue. Il examine et optimise de manière constante les processus sur tous les niveaux et dans tous ses domaines d'activité.
- > L'HFR répond à des mandats de santé publique donnés par le canton dont les modalités (y compris financement) sont réglées dans un concept et dans les mandats de prestation.

8.2.2 Synergies et transversalité

- > Sur le plan de son organisation interne, l'HFR vise à développer au maximum les synergies dans l'itinéraire clinique des patient-e-s qui lui sont confié-e-s. Il adapte ses prestations pour répondre à l'évolution des besoins dans le domaine de la santé.
- > Sur le plan externe et compte tenu de son rôle central au sein du système sanitaire fribourgeois, l'HFR favorise la mise en réseau et la collaboration et cherche des coopérations et partenariats avec les différents acteurs sanitaires, notamment dans la médecine somatique aigüe, dans la psychiatrie, dans la réadaptation, dans les soins de longue durée ainsi qu'avec les services d'aide et de soins à domicile.

8.2.3 Infrastructures

- > L'HFR poursuit une stratégie de ressources responsable et durable dans l'exploitation de l'ensemble des infrastructures dont il est responsable.
- > L'HFR garantit une infrastructure de qualité, axée autour de l'intégration de la chaîne de soins et respectueuse des patient-e-s. Il en assure l'exploitation efficiente et la qualité appropriée.

8.2.4 Economicité

- > L'HFR porte une attention particulière au volume et aux coûts de ses prestations et garantit un résultat financièrement équilibré.
- > Un fonctionnement économique, efficient et concurrentiel lui permet d'atteindre une marge EBITDA suffisamment élevée, soit au moins entre 5% et 10% en moyenne annuelle.
- > La durée moyenne de séjour des patient-e-s hospitalisé-e-s ne doit pas dépasser la moyenne des hôpitaux suisses comparables.

8.2.5 Aspects sociaux

Coopération et partenariat

- > L'HFR dispose d'une culture de coopération et de partenariats basée sur les principes de confiance et d'éthique en interne de l'hôpital et en externe avec différents acteurs de prestations de soins privés et publics.
- > Dans son rôle central du système de santé fribourgeois, l'HFR favorise la collaboration et des partenariats dans une logique de création de valeur.

Ressources humaines

- > L’HFR dispose d’une politique du personnel moderne et transparente, dans le respect des principes éthiques. Il est ainsi un employeur attractif sur le marché du travail.
- > L’HFR est un employeur socialement responsable et loyal, qui offre à ses collaboratrices et collaborateurs des conditions de travail attractives et valorisantes. De cette façon, l’HFR fidélise ses collaboratrices et collaborateurs.
- > L’HFR met en place une politique de formation qui contribue au développement professionnel de ses collaboratrices et collaborateurs.
- > L’HFR applique les bases de la politique du personnel de l’Etat de Fribourg.

8.3 Cadre institutionnel

8.3.1 Gouvernance

- > Le Grand Conseil assure la haute surveillance de l’HFR.
- > Le Conseil d’Etat définit la mission et les objectifs stratégiques de l’Etat pour l’HFR. Il prend acte du budget et du rapport annuel de l’HFR et les présente au Grand Conseil qui en prend acte.
- > Le Conseil d’administration est l’organe stratégique de l’HFR. Nommé selon le processus défini par la LHFR, il exerce ses tâches et responsabilités selon ladite loi. Il définit notamment la stratégie de développement entrepreneuriale de l’HFR. Celle-ci est consacrée dans un plan pluriannuel dans le respect de la présente mission et des objectifs stratégiques du Conseil d’Etat ainsi que dans le respect de la liste hospitalière.
- > La Direction de l’HFR met en œuvre la stratégie du Conseil d’administration.

8.3.2 Surveillance et transparence

- > Le Conseil d’administration rencontre au moins une fois par année le Conseil d’Etat ou sa délégation et lui rend compte sur sa stratégie de développement entrepreneuriale.
- > L’HFR collabore étroitement avec la DSAS et son Service de la santé publique (SSP) afin qu’elle puisse exercer son rôle de surveillance. L’HFR utilise un système d’indicateurs défini avec la DSAS qui sert au suivi des objectifs stratégiques.
- > L’HFR présente ses comptes à un organisme de révision externe selon les standards de Swiss GAAP RPC.

9 LA STRATÉGIE ENTREPRENEURIALE DE L’HFR

Sur la base de la mission et des objectifs stratégiques 2019–2021 fixés par le Conseil d’Etat, le Conseil d’administration de l’HFR a formulé la stratégie 2030 suivante (repris du document de l’HFR intitulé : la stratégie 2030 de l’HFR, daté du 7 novembre 2019) :

La stratégie HFR 2030

Dans un système sanitaire suisse en pleine mutation, l’hôpital fribourgeois (HFR) se trouve à la croisée des chemins, il doit se positionner et se distinguer dans l’univers hospitalier afin de rester un acteur essentiel de la santé du système de santé dans le canton de Fribourg alors qu’un processus de concentration, au-delà des limites cantonales, se profile à l’échelle nationale.

L'HFR doit être la référence centrale pour une partie importante de la population fribourgeoise. Grâce à sa large palette de prestations stationnaires, ambulatoires et de réadaptation, aux compétences reconnues de son personnel médico-soignant, à sa proximité avec les patients et leurs proches ainsi qu'à sa crédibilité et à la qualité des soins qu'il prodigue, l'HFR dispose d'atouts majeurs pour relever les nombreux défis qui l'attendent à l'horizon 2030.

Avec la stratégie HFR 2030, le Conseil d'administration et la Direction générale entendent maintenir et renforcer ses potentialités, tout en apportant des réponses adéquates aux importants défis auxquels l'hôpital sera confronté ces prochaines années.

La vision

« Votre partenaire de santé accessible et de qualité, proche de chez vous. »

L'HFR veut garantir un système de santé de haute qualité, offrant des prestations de base de proximité en collaboration avec les autres partenaires du paysage sanitaire fribourgeois et intercantonal dans les deux langues officielles. Des portes d'entrée dans chaque région doivent permettre à chaque habitante et habitant de recevoir un accès rapide et efficient au système de santé fribourgeois, notamment en cas d'urgence.

La mission de l'Etat

Les autorités cantonales ont octroyé une mission claire à l'HFR. Celle-ci est rappelée ci-dessous :

- > *« L'HFR occupe un rôle central dans le système de santé fribourgeois. Il répond aux besoins de la population fribourgeoise en offrant les prestations qui lui sont octroyées par la planification hospitalière, dans les deux langues officielles du canton. Il offre des prestations de qualité à un coût efficient lui permettant d'assurer une position forte entre les deux centres universitaires de Lausanne et Berne. »*
- > *« L'HFR met un accent particulier sur l'accès de la population fribourgeoise à un éventail conséquent de prestations hospitalières et ambulatoires dans les domaines de la médecine interne et de la chirurgie générale, la gériatrie aigue ainsi que des soins d'urgence. L'HFR garantit également l'exploitation de structures de réadaptation élargie et de soins palliatifs adaptées aux besoins de la population. »*
- > *« L'HFR s'engage dans la formation du personnel médical et des soins. Enfin, il favorise activement les synergies avec les différents prestataires de santé actifs sur le territoire fribourgeois dans une logique d'intégration de la chaîne de soins. »*
- > *« L'HFR s'engage dans la mise en œuvre du master en médecine. »*

Les principaux défis

Dans l'accomplissement des missions qui lui sont conférées par les autorités cantonales et par la planification hospitalière, l'HFR doit tenir compte d'une série de défis liés à l'évolution du monde de la santé. Parmi ces défis, on peut notamment souligner les suivants :

- > *L'importance croissante d'une logique de prise en charge de patients conçue et organisée autour des besoins du patient à travers l'intégration de la chaîne de soins (pré-hospitaliers, hospitaliers et post-hospitaliers) dans les disciplines chirurgicales et interventionnelles.*

- > *Le tournant ambulatoire, en particulier sur le plan de la chirurgie, engagé depuis quelques années grâce à l'évolution de la médecine et la volonté politique (liste du DFI) et publique.*
- > *Les exigences en matière de qualité et de casuistique minimale définies par les sociétés médicales.*
- > *Les besoins en formation et en recrutement de personnel qualifié dans un contexte de risque de pénurie et de concurrence accrue avec les autres acteurs du monde de la santé.*
- > *Les pressions économiques en hausse constante.*
- > *La concurrence avec les autres acteurs hospitaliers – autant publics que privés – sur le plan intra- et intercantonal et extracantonal.*
- > *Les fortes attentes des pouvoirs publics et de la population face au monde de la santé dans un contexte de forte médiatisation du potentiel de développement des pratiques médicales induites par l'exploitation des big data et à la médecine de précision.*
- > *La digitalisation dans le domaine médical (e-Health, Cybersanté).*
- > *La gestion du personnel*

Les valeurs de l'HFR et des collaboratrices et des collaborateurs qui les font vivre

La stratégie de l'HFR repose sur des valeurs fortes : la responsabilité, l'empathie et l'humanisme, la compétence et la qualité, la transparence ainsi que la créativité et l'innovation.

Le développement futur de l'HFR accompli par toutes les personnes qui le composent repose sur ses valeurs et sur la conviction que l'intérêt du patient doit systématiquement se trouver au centre des préoccupations de l'hôpital et orienter les décisions qu'il prend.

Dans la mise en œuvre de sa stratégie, l'HFR peut compter sur des collaboratrices et des collaborateurs hautement qualifiés et motivés, qui font preuve en toutes circonstances, d'un grand professionnalisme, faisant ainsi vivre les valeurs de notre hôpital. Grâce à leur engagement, la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients par l'HFR est largement reconnue et l'hôpital bénéficie par conséquent d'un appui fort et d'une très bonne réputation auprès de la population fribourgeoise, notoriété qu'il s'agira de préserver.

Les principes directeurs de la stratégie de l'HFR

Fort de ce qui précède, le Conseil d'administration de l'HFR détermine trois principes directeurs qui constituent le cadre général du développement stratégique de l'hôpital pour la période 2020–2030.

Un hôpital multi-site fort et reconnu dans le système de santé suisse

Déterminée par les autorités cantonales (planification hospitalière), la mission fondamentale de l'HFR consiste à mettre à la disposition de l'ensemble de la population fribourgeoise de prestations sanitaires de base, de qualité et fondées sur les preuves scientifiques et les bonnes pratiques. Par ailleurs, il est essentiel que l'hôpital consolide et clarifie son positionnement d'hôpital cantonal, offrant une large palette de prestations entre les deux pôles de référence que sont le CHUV et l'Inselspital. Le Conseil d'administration de l'HFR entend assurer la mise en œuvre de cette mission par le biais de services cliniques assurant les soins de :

- > médecine interne générale hospitalière et ambulatoire (y compris l'oncologie médicale, neurologie de base, mère-enfant et soins palliatifs) ;
- > chirurgie générale (viscérale, orthopédique, gynécologique, pédiatrique, neurochirurgie de base, vasculaire) ;
- > urgences H24 ;
- > gériatrie aigue ;
- > réadaptation élargie.

En ce qui concerne des prises en charge nécessitant les compétences et le plateau technique d'un hôpital et de services cliniques universitaires, l'HFR poursuivra systématiquement des collaborations institutionnalisées, soit avec l'Inselspital, soit avec le CHUV. Il en va notamment de :

- > l'oncologie médicale spécialisée ;
- > la neurologie spécialisée (stroke center, épilepsie, mémoire) ;
- > la chirurgie spécialisée (traumatologie sévère (trauma-center), cardiaque, thoracique, neurochirurgie complexe) ;
- > l'immunologie ;
- > la médecine de précision ;
- > les prestations qui relèvent de la médecine hautement spécialisée (MHS) non octroyées à l'HFR.

Le Conseil d'administration de l'HFR est convaincu que le développement de l'HFR, réalisé sur la base d'une consolidation de son rôle d'hôpital offrant des prestations générales et spécialisées en dehors du champ de compétence et de responsabilité des hôpitaux universitaires, permettra à l'hôpital de garantir sa pérennité.

A l'intérieur de l'hôpital, il s'agit de poursuivre et d'élargir la définition d'itinéraires et de filières cliniques cohérentes et efficaces en veillant notamment à leur transversalité là où cela s'avère nécessaire. Le renforcement de l'efficacité dans les prises en charge doit se traduire par une réduction générale de la durée moyenne des séjours, par des coûts par cas à hauteur de ceux de la moyenne des hôpitaux suisses comparables et par une utilisation efficace des ressources à disposition.

Enfin, pour garantir la pérennité de l'HFR dans la durée, la construction d'un nouveau site principal dédié aux soins aigus hospitaliers sera indispensable.

Un hôpital référence principale du système sanitaire fribourgeois

L'HFR dispose d'une structure géographique et d'infrastructures qui en font la référence principale du système sanitaire fribourgeois. Face aux défis démographiques et épidémiologiques, il est impératif que l'hôpital consolide et élargisse sa présence dans le terrain basée sur sa mission fondamentale.

Pour ce faire, l'hôpital poursuit le développement d'une politique de soins intégrés concentrée sur les besoins du patient, en structurant ses collaborations en amont et en aval de l'hôpital avec les cabinets et les médecins installés, avec les soins à domicile et avec les établissements médico-sociaux (EMS) et cela dans les deux langues officielles du canton.

Par ailleurs, il s'agira également pour l'HFR de développer et de consolider des équipes mobiles pouvant soutenir des prises en charge à domicile ou dans les EMS ainsi que d'approfondir et d'élargir le lien structurel entretenu par les services cliniques de l'hôpital avec les médecins installés en cabinet. Enfin, l'HFR vise à renforcer sa politique partenariale avec l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) et les cliniques privées fribourgeoises dans une logique de complémentarité (ex. obstétrique).

Un hôpital haut lieu de la formation de médecins et de soignants généralistes et spécialisés

La formation pré- et post-graduée, paramédicale, spécialisée et la recherche clinique font partie des missions de l'HFR. Le lancement d'un master en médecine par l'Université de Fribourg, tout comme la présence de la Haute école de santé Fribourg, sont de puissants leviers pour attirer et fidéliser la future relève et doivent permettre à l'HFR de renforcer son rôle de lieu fort de la formation et de la recherche. L'hôpital entend contribuer à la réussite de ces filières de formation en concentrant ses efforts notamment sur la médecine interne, la chirurgie générale et spécialisée non-universitaire, la gériatrie, la réadaptation et les soins palliatifs.

Les objectifs 2020–2029

La réalisation de la stratégie 2030 de l'HFR s'effectue en fonction de sept objectifs.

- 1. Présence régionale forte et actualisation des missions médicales par site :** *l'HFR entend maintenir une présence régionale forte. Il passera toutefois en revue l'adéquation des missions des sites avec les besoins de l'hôpital compte tenu de l'évolution de la médecine et de la démographie médicale. Ces missions seront exclusivement basées sur leur adéquation avec les besoins du patient ainsi qu'une politique de prise en charge permettant de répondre aux exigences de qualité, de sécurité ainsi que d'efficacité clinique et économique. L'organisation médico-soignante sur le plan de l'organisation territoriale et clinique tiendra également dûment compte de la perspective stratégique fondamentale de la construction à venir d'un nouveau site hospitalier principal.*
- 2. Concentration sur la mission fondamentale :** *l'HFR maintient voire développe seulement des prestations cliniques qui font partie de sa mission fondamentale et pour lesquelles le nombre de patients traités par ce dernier est suffisant pour répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins.*
- 3. Accélération du tournant ambulatoire :** *l'HFR entend accélérer et approfondir le tournant ambulatoire, soit le renoncement à une hospitalisation si cela se justifie, notamment en matière de chirurgie, de médecine interventionnelle (cardiologie, etc.). Pour ce faire, il prendra pour référence les pays les plus avancés dans ce domaine.*
- 4. Renforcement de l'indépendance et de la santé financière :** *sur le plan financier, l'HFR mènera une politique visant à parvenir à l'équilibre de ses comptes dans la durée, ainsi qu'à dégager des marges d'autofinancement permettant de contribuer de manière substantielle aux investissements futurs. Cette durabilité se traduit par une maîtrise des charges, la recherche constante des optimisations dans le fonctionnement opérationnel de l'hôpital sur tous les plans ainsi que par une politique tarifaire offensive. S'agissant de sa*

capacité d'auto-financement, l'HFR a pour objectif d'atteindre un EBITDA supérieur à 8% d'ici à la fin de la période 2020–2029.

5. **Développement du réseau partenarial** : l'HFR définit une politique partenariale tant en amont qu'en aval de l'hôpital par le biais de conventions partenariales nouvelles ou actualisées avec le CHUV, l'Inselspital, le HIB et les cliniques privées fribourgeoises. Il en fera de même avec les services de soins à domicile et le RFSM tout comme avec les médecins installés en cabinet. L'hôpital entend également consolider son rôle en matière de prises en charge pré- et post-hospitalières moyennant le développement d'équipes mobiles ambulatoires.
6. **Développement des filières de formation à l'hôpital et au-delà de ses murs** : le rôle d'hôpital-formateur de l'HFR se concentrera sur son expertise en médecine et chirurgie générales et spécialisées non universitaires. L'hôpital vise dès lors à consolider sa position en tant que référence supra-cantonale en développant des partenariats ciblés, notamment avec l'Inselspital et le CHUV. Pour ce faire, l'HFR s'appuiera notamment sur le nouveau Master en médecine développé ensemble avec l'Université de Fribourg et poursuivra le partenariat engagé avec la Haute Ecole de soins Fribourg afin d'accroître la pratique fondée sur les preuves scientifiques.
7. **Développement de la recherche clinique** : afin de consolider sa réputation en matière de recherche clinique, l'HFR entend mettre en place une politique institutionnelle autour de trois axes. Premièrement, il évalue l'opportunité d'instaurer à l'HFR une formation en recherche clinique pour les cliniciens-chercheurs les plus prometteurs en étroite collaboration avec les hôpitaux universitaires voisins. En second lieu, l'HFR envisage d'exploiter un « datawarehouse » pour la recherche clinique qui facilite le travail de ses chercheurs. Enfin, la direction de l'hôpital fournit le soutien nécessaire aux projets de recherche clinique déposés auprès de l'Université de Fribourg et/ou auprès des institutions nationales de soutien à la recherche.

La mise en œuvre de la stratégie HFR 2030

La première étape de mise en œuvre de la stratégie 2030 fixée par le Conseil d'administration de l'HFR sera consacrée dans un plan opérationnel pour les années 2020–2024 élaboré par la direction générale de l'HFR et validé par le Conseil d'administration de l'HFR.

L'avancement de la mise en œuvre de la stratégie 2030, ses résultats en termes de qualité et d'efficacité de la prise en charge des patients de notre hôpital tout comme son adéquation avec le contexte économique font l'objet d'une évaluation constante de la part du Conseil d'administration de l'HFR. Les instances dirigeantes de l'HFR discutent ces évaluations régulièrement et de manière transparente avec le Conseil d'Etat, la Direction de la santé et des affaires sociales et le Grand Conseil et en informent la population fribourgeoise.

CA-HFR – Le 7 novembre 2019

10 PRÉAVIS DU CONSEIL D'ETAT SUR LA STRATÉGIE DE L'HFR

Le Conseil d'Etat a analysé avec attention la stratégie HFR 2030 transmise par le Conseil d'administration. Il relève que la stratégie entrepreneuriale reprend et fait siens dans les grandes lignes la mission et les objectifs stratégiques 2019–2021 fixés par l'Etat à l'HFR.

Le Conseil d'Etat prend acte que l'HFR va concrétiser cette stratégie entrepreneuriale dans un plan opérationnel pour les années 2020–2024. Celui-ci permettra au Conseil d'Etat d'évaluer les effets de cette stratégie notamment sous l'angle des besoins de la population. Le Conseil d'Etat attend que ce plan opérationnel présente des mesures de mise en œuvre concrètes avec une analyse de l'impact tant de l'offre en prestations que de l'impact financier. Ceci dans le but de garantir des prestations de qualité pour couvrir les besoins de la population dans les deux langues officielles du canton. Le Conseil d'Etat estime que cette stratégie permet à l'HFR de se positionner comme un hôpital fort dans le paysage hospitalier suisse.

Vision

Le Conseil d'Etat approuve la vision telle que formulée et salue le fait que « des portes d'entrée dans chaque région doivent permettre à chaque habitante et habitant de recevoir un accès rapide et efficient au système de santé fribourgeois, notamment en cas d'urgence ».

Les principaux défis ainsi que les valeurs de l'HFR et des collaboratrices et collaborateurs qui les font vivre

Le Conseil d'Etat constate que l'HFR doit relever les mêmes défis que l'ensemble des hôpitaux suisses. Il partage les valeurs telles que formulées dans la stratégie et souligne l'engagement des collaborateurs et collaboratrices qui permettent d'offrir des soins de qualité à la population fribourgeoise.

Les principes directeurs de la stratégie de l'HFR

Le Conseil d'administration propose un inventaire des domaines médicaux qu'il entend assurer pour remplir sa mission. Le Conseil d'Etat rappelle que toutes les prestations octroyées par la planification hospitalière actuelle doivent être assurées.

En ce qui concerne la collaboration avec d'autres hôpitaux, le Conseil d'Etat salue les collaborations notamment avec le CHUV et l'Inselspital Berne. Il partage le principe de renforcer l'efficience dans les prises en charge notamment par une réduction générale de la durée moyenne des séjours et par une utilisation adéquate des ressources à disposition.

Le Conseil d'Etat soutient, sur le principe, la construction d'un nouveau site principal dédié aux soins aigus hospitaliers. Le Conseil d'Etat est en train d'élaborer une base légale lui permettant de soutenir financièrement ce projet. La forme de cette aide reste à définir. Il attend que le Conseil d'administration lui présente un projet concret et chiffré ainsi qu'un calendrier de mise en œuvre.

Le Conseil d'Etat salue le fait que le Conseil d'administration de l'HFR propose une approche intégrée de soins en impliquant tous les partenaires tout le long de la chaîne des soins dans le but de renforcer la coordination et la prise en charge des patient-e-s. Le plan opérationnel devra clairement définir les principes de collaboration entre les différents partenaires.

Le Conseil d'Etat prend acte que l'HFR entend développer une nouvelle prestation avec des équipes mobiles pour soutenir les prises en charge à domicile ou dans les EMS. Il attend pour se prononcer l'élaboration d'un concept intégrant les aspects organisationnels et financiers.

Le Conseil d'Etat salue le rôle formateur de l'HFR dans le cadre de la relève notamment du personnel médical et des soins.

Les objectifs 2020–2029

Le premier objectif « *présence régionale forte et actualisation des missions médicales par site* » reprend l'aspect de proximité de l'HFR, tout en précisant qu'il y aura lieu de revoir l'adéquation des missions des sites. Le Conseil d'Etat soutient ce premier objectif, mais veillera à ce que les besoins de la population restent couverts conformément à la mission et aux objectifs stratégiques 2019–2021 fixés par l'Etat à l'HFR ainsi qu'à la planification hospitalière.

Concernant les objectifs 2 « *Concentration sur la mission fondamentale* » et 3 « *Accélération du tournant ambulatoire* » le Conseil d'Etat partage l'orientation stratégique de l'HFR.

Concernant l'objectif 4 « *Renforcement de l'indépendance et de la santé financière* », le Conseil d'Etat rappelle que dans la mission et les objectifs stratégiques 2019–2021 fixés par le Conseil d'Etat un équilibre financier et une marge EBITDA de 5 à 10% sont attendus d'ici 2021.

Le Conseil d'Etat salue l'objectif 5 « *Développement du réseau partenarial* » qui va permettre l'intégration des prestations tout au long de la chaîne des soins pour répondre aux besoins des patients-e-s. Il salue également l'objectif 6 « *Développement des filières de formation à l'hôpital et au-delà de ses murs* ».

En ce qui concerne l'objectif 7 « *Développement de la recherche clinique* », le Conseil d'Etat souligne l'importance de la recherche clinique qui devra se faire dans les limites des possibilités de l'HFR.

Mise en œuvre de la stratégie HFR 2030

Le Conseil d'Etat s'assurera, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie entrepreneuriale, que les besoins de la population fribourgeoise tels que prévus par la planification hospitalière soient respectés. Par ailleurs, il attend que le plan opérationnel présente également les conséquences financières de la stratégie. Le Conseil d'Etat rappelle que certaines décisions, le cas échéant, relèvent de sa compétence, sur préavis de la Commission de planification sanitaire.

Le Grand Conseil sera informé régulièrement sur la stratégie par le biais des rapports annuels du Conseil d'Etat et de l'HFR.

11 PRÉAVIS DU CONSEIL D'ETAT SUR LES MESURES URGENTES

Le Conseil d'administration de l'HFR a fait parvenir à la DSAS en date du 12 novembre une lettre annonçant des mesures urgentes à court terme, allant dans le sens de la vision de développement de l'HFR. Il s'agit des mesures pérennes suivantes, dont le déploiement est prévu en principe durant l'année 2020:

- > « *Le regroupement de tous les soins palliatifs à la Villa-St-François. On parle de transfert de l'unité de l'HFR Meyriez-Murten, à ce stade non accréditable, à la Villa-St-François. L'objectif étant de maintenir l'accréditation, avec de nouvelles exigences, pour les soins palliatifs à l'HFR*

et d'assurer une meilleure gestion des ressources qui devrait permettre de mieux intégrer les besoins du personnel ;

- > Toujours en fonction des nouvelles normes, le transfert de la réadaptation cardiovasculaire (RCV) de l'HFR Billens à l'HFR Meyriez-Murten afin de maintenir le niveau de certification et de répondre aux nouvelles exigences de sécurité, de qualité et de gestion du personnel. »*

Dans sa lettre, le Conseil d'administration fait également part d'une volonté de restructuration du site de Billens :

« Le Conseil d'administration a également décidé, se référant sur le rapport d'expert sur la réadaptation, que la question du site de l'HFR Billens devait être examinée dans les prochaines semaines avec pour objectif d'étudier des variantes de restructuration et de venir avec une proposition dans le cadre du plan de mesures à 4 ans qui devrait être présenté en début d'année prochaine. »

Le Conseil d'Etat prend position sur les mesures annoncées de la manière suivante :

- > Concernant les mesures sur les soins palliatifs et la réadaptation cardiovasculaire :** le Conseil d'Etat prend acte des décisions du Conseil d'administration, qui relèvent de la gestion opérationnelle et, partant, de la compétence du Conseil d'administration. Il rappelle que ces prestations doivent être assurées dans les 2 langues officielles du canton ;
- > Concernant les variantes de restructuration prévues sur le site de Billens :** le Conseil d'Etat rappelle qu'une fermeture de site ou une suppression complète des prestations stationnaires sur un site relèvent de la compétence du Conseil d'Etat (Art. 25 LHFR) et doivent être soumises pour préavis à la Commission de planification sanitaire. Il relève que de telles décisions demandent une analyse détaillée en particulier sous l'angle de la couverture des besoins et de la qualité des prestations proposées à la population ainsi que sur des bases chiffrées fiables.

12 CONCLUSION

Confronté à de multiples défis liés au nouveau financement hospitalier et à une forte concurrence, l'HFR a fait face à de nombreuses difficultés notamment financières ces dernières années. Le Conseil d'Etat relève que l'HFR a mis en place un certain nombre de mesures d'efficacité et d'organisation qui ont permis une amélioration de la situation financière dès 2018.

Cependant, la situation reste difficile et exige la mise en place de mesures plus contraignantes. C'est pourquoi, dès janvier 2019, le Conseil d'administration de l'HFR a élaboré une stratégie entrepreneuriale sur la base de la mission et les objectifs stratégiques 2019–2021 fixés par l'Etat à l'HFR. Cette stratégie a été présentée aux partenaires, aux représentant-e-s politiques, aux collaborateurs et collaboratrices ainsi qu'à la presse le mercredi 27 novembre. Elle devra par la suite se concrétiser par un plan opérationnel.

Le Conseil d'Etat soutient cette stratégie et veillera dans le cadre de la mise en œuvre du plan opérationnel que les besoins de la population prévus par la planification hospitalière soient assurés par des prestations de qualité. Il prend acte des mesures urgentes prévues concernant les soins palliatifs et la réadaptation cardiovasculaire. Le Conseil d'Etat demande que le plan opérationnel précise les missions et les prestations des sites ainsi que l'impact financier des mesures. En ce qui concerne la gouvernance, le Conseil d'Etat a pris les mesures nécessaires en proposant au Grand Conseil une modification de la LHFR.

Le Conseil d'Etat est convaincu que les démarches entreprises permettront à l'HFR de se positionner comme un hôpital fort dans le paysage hospitalier suisse. Grâce à l'engagement continu de ses collaborateurs et collaboratrices, l'HFR continuera de fournir des soins de qualité.

Nous vous prions de prendre acte de ce rapport qui fait suite

- > au postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy, *Etat des finances de l'hôpital fribourgeois (HFR)*,
 - > au postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel, *HFR, la mission avant tout* et
 - > au mandat 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al., *Mission stratégique et financement HFR*.
-