



Réponse du Conseil d'Etat à un instrument parlementaire

Postulat Jean-Pierre Siggen / Yvonne Stempfeli-Horner

P 2007.12

Rapport sur les orientations stratégiques à moyen et long termes du HFR ainsi que sur les mesures dans le cadre du budget 2012

I. Résumé du postulat

Par postulat déposé et développé le 1^{er} mai 2012 et voté urgent par le Grand Conseil, les députés Jean-Pierre Siggen et Yvonne Stempfeli-Horner font suite, au nom du groupe PDC/PBD, à une communication du conseil d'administration de l'hôpital fribourgeois (HFR) faisant état d'une nouvelle organisation fondée sur un seul site hospitalier de soins aigus et d'une étude de faisabilité y relative, ainsi que de mesures à court terme pour pallier le problème de couverture financière du budget 2012. Ils demandent au Conseil d'Etat un rapport décrivant les diverses orientations stratégiques en discussion au sein du HFR, ceci tant sur le plan de ses missions que de leur financement.

II. Réponse du Conseil d'Etat

Lors du débat sur la procédure accélérée à appliquer à ce postulat, le 3 mai dernier, la Commissaire du Gouvernement a indiqué que dans la réponse du Conseil d'Etat à soumettre au Grand Conseil pour sa session de juin 2012 seraient fournies les premières réponses aux questions posées, c'est-à-dire les réponses connues à ce stade des réflexions sur l'avenir. Cet engagement est confirmé par le présent document, qui va au-delà de la « feuille de route » évoquée par les auteurs du postulat.

La présente réponse est structurée comme suit : sont d'abord rappelées les compétences et responsabilités des différents organes de l'Etat et du HFR en matière hospitalière, en particulier suite au changement de paradigme introduit par le nouveau financement hospitalier au 1^{er} janvier 2012 (point 1). Par la suite, le Conseil d'Etat répond aux questions concrètes soulevées par le postulat et liées au budget 2012 (point 2). Ensuite, il présente les mesures prévues par le conseil d'administration à court et moyen terme, ainsi que les perspectives à long terme faisant l'objet de l'étude de faisabilité qu'il a commandée (point 3). Enfin, le Conseil d'Etat donne sa position (point 4) et conclut sur la suite à donner au postulat (point 5).

1. Les compétences en matière hospitalière

1.1. Budget et organisation des sites

La loi cantonale du 4 novembre 2011 sur le financement des hôpitaux et des maisons de naissance découle de la nouvelle législation fédérale. Dans le cadre des consultations organisées en vue de la modification de la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie) et de ses ordonnances d'application, le Conseil d'Etat avait rendu les parlementaires fédéraux attentifs aux conséquences prévisibles pour le canton.

Lors de l'introduction, au 1^{er} janvier 2012, du nouveau financement hospitalier, le conseil d'administration du HFR s'est vu attribuer, d'une part, une plus grande responsabilité sur le plan

budgétaire, et, d'autre part, des compétences accrues en matière de gestion (cf. art. 12 al. 2 let. d, e et f et 25 al. 1 LHFR, modifiés par l'article 12 de la loi sur le financement des hôpitaux et des maisons de naissance).

1.1.1. Nouvelles compétences budgétaires du conseil d'administration

a) L'ancienne loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois réservait au Grand Conseil d'allouer l'enveloppe budgétaire de l'hôpital fribourgeois et d'examiner les comptes et le rapport annuel ; il décidait également des investissements. Conformément au nouveau financement hospitalier, le canton achète des prestations ; il n'est plus responsable des investissements, qui sont inclus dans l'achat des prestations. En outre, le Grand Conseil n'approuve plus les comptes du HFR qui ne lui sont transmis que pour information.

b) Dans l'exercice de ses nouvelles compétences budgétaires, le conseil d'administration du HFR doit toutefois respecter les limites légales qui lui sont fixées. Ainsi, conformément à l'article 8 de la loi concernant le financement des hôpitaux et les maisons de naissance, les comptes du HFR doivent en principe être équilibrés. Si une éventuelle perte cumulée excède 3 % des charges annuelles d'exploitation du dernier exercice, l'établissement doit prendre des mesures pour couvrir le dépassement sur une période de trois exercices.

1.1.2. Nouvelles compétences organisationnelles du conseil d'administration

a) L'ancienne loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois réservait au Conseil d'Etat la compétence d'arrêter la mission et la localisation des sites du HFR, le conseil d'administration étant chargé d'organiser les activités hospitalières et de procéder à l'allocation des ressources. Compte tenu du nouveau système de financement hospitalier imposé par la Confédération, il importait de donner au conseil d'administration l'autonomie de gestion dont il a besoin pour faire face à ses responsabilités. Ainsi, il lui appartient en particulier dorénavant de répartir entre les sites du HFR les missions qui lui sont confiées pour l'ensemble de l'établissement dans le cadre de la planification hospitalière et du mandat de prestations. En revanche, le Conseil d'Etat reste compétent pour arrêter la localisation des sites, sur préavis de la Commission en matière de planification sanitaire (cf. message N° 251 du 17 mai 2011 accompagnant le projet de loi concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance, commentaire ad art. 25 al. 2 LHFR).

Lors des délibérations parlementaires, la nécessité de conférer au conseil d'administration « l'autonomie de gestion nécessaire pour faire face à ses nouvelles responsabilités » a été soulignée par le rapporteur, dont les propos ont été complétés par la Commissaire du Gouvernement : « Le conseil d'administration répartit entre les sites du HFR les missions qui lui sont confiées pour l'ensemble des établissements. En revanche, le Conseil d'Etat reste compétent pour arrêter la localisation des sites » (BGC 2011, 1408).

b) Par ailleurs, répondant à l'intervention d'un député lors du débat d'entrée en matière, la Commissaire du Gouvernement a évoqué que, si la masse critique des maternités du canton (HFR – hôpital cantonal, HFR Riaz, hôpital Daler) permettait tout à fait d'assurer la qualité de la prise en charge sur les trois sites, le souci était l'absence de clinique A en gynécologie-obstétrique, et, partant, l'attractivité du HFR pour les médecins assistants et chefs de clinique. Elle relevait en outre que la mise en place d'une clinique A pourrait nécessiter une concentration des cas au même endroit et que des réflexions à ce sujet-là et l'analyse de toutes les variantes devaient avoir lieu (BGC 2011, 1399).

1.2. Planification hospitalière

a) Le Conseil d'Etat arrête la planification sanitaire cantonale (art. 6 al. 2 let. a LSan), dont fait partie la planification hospitalière. Cette dernière est établie sur la base des critères posés par le droit fédéral (art. 39 et 49 LAMal) et le droit cantonal (art. 20 al. 2 LSan), ainsi que des réflexions et propositions de la Commission de planification sanitaire (art. 15 LSan). La planification hospitalière est concrétisée par la liste des hôpitaux édictée par le Conseil d'Etat ainsi que les mandats de prestations propres à chaque établissement, eux-mêmes approuvés par le Conseil d'Etat.

b) La Commission de planification sanitaire participe à l'élaboration de la planification sanitaire. Elle se prononce sur les besoins en soins de la population et les moyens spécifiques de les satisfaire ; en outre, elle procède, en général tous les quatre ans, à l'évaluation de cette planification. Pour faire suite à la motion 1005.07 Michel Buchmann / Christiane Feldmann concernant une implication plus forte du Grand Conseil dans la Commission de planification sanitaire, cinq membres sur onze sont désormais des membres du Grand Conseil élus par celui-ci (art. 15 LSan), renforçant ainsi la participation du Parlement aux réflexions stratégiques en la matière.

c) La planification hospitalière reste un acte politique cantonal, mais elle doit cependant respecter les critères uniformes fixés au niveau suisse. Ainsi, la planification hospitalière du 31 mars 2008 devra être adaptée d'ici à la fin 2014, afin de satisfaire aux exigences de la qualité et du caractère économique fixées par le Conseil fédéral, l'appréciation de la qualité et du caractère économique des prestations hospitalières devant se baser sur des comparaisons entre hôpitaux (cf. l'alinéa 3 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 [financement hospitalier] en lien avec l'article 39 al. 2^{ter} LAMal). C'est donc également dans la perspective de l'échéance 2014 que des scénarios doivent être développés pour permettre aux hôpitaux fribourgeois de renforcer leur position dans le paysage hospitalier suisse.

1.3. Haute surveillance

a) Le Grand Conseil continue d'assurer la haute surveillance sur le HFR, conformément à l'article 43 LHFR, article non modifié au 1^{er} janvier 2012. La haute surveillance parlementaire est un contrôle politique, dont les contours ne sont pas très précis. Sous réserve de ses compétences budgétaires et législatives, le Parlement n'a pas de pouvoir de décision matérielle dans ce cadre.

En dehors des contrôles de routine, la haute surveillance vise à faire la transparence sur l'action ou les manquements des autorités compétentes, principalement lors d'événements d'une certaine importance qui suscitent de la défiance à l'égard des autorités ou de l'administration.

b) Le Grand Conseil n'alloue plus les enveloppes budgétaires au HFR et n'examine plus ses comptes et son rapport annuel. Conformément au nouveau financement hospitalier, le canton achète des prestations ; il n'est plus responsable des investissements, qui sont inclus dans l'achat des prestations, comme pour tous les hôpitaux figurant sur la liste du canton et auxquels des missions ont été confiées. C'est le principe de la concurrence voulu par le Parlement fédéral. En conséquence, le Grand Conseil ne reçoit les documents mentionnés plus que pour information. Cependant, il garde évidemment la possibilité d'une intervention dans le cadre de l'adoption du budget de l'Etat.

c) Le Grand Conseil garde bien entendu toutes les possibilités d'intervention politiques, en particulier les instruments parlementaires à sa disposition. Dans ce cadre, il doit pouvoir disposer de toutes les informations nécessaires pour exercer la haute surveillance.

2. Questions liées au budget 2012

2.1. Préparation de la transition vers le nouveau financement hospitalier

Des travaux de préparation du nouveau financement hospitalier ont été entrepris tant du côté des hôpitaux que du côté de l'Etat par l'intermédiaire du Service de la santé publique. Dans ce contexte, des contacts réguliers ont eu lieu avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour éclaircir certains aspects du nouveau financement hospitalier. Des prises de contact ont également été effectuées avec d'autres cantons pour connaître la façon dont ceux-ci entendaient traiter certaines problématiques particulières. Des séances ont également eu lieu avec les hôpitaux du canton, notamment pour connaître les problèmes que leur posait le nouveau financement hospitalier. A ce titre, des moyens supplémentaires ont été accordés au RFSM et au HFR en 2011 et 2012 pour les travaux nécessaires à ce changement.

Ainsi, les actions suivantes ont préparé le HFR à la transition vers le nouveau financement hospitalier :

- > mise en production, le 1^{er} janvier 2010, d'un système de gestion administrative unique pour tous les sites hospitaliers ;
- > introduction d'une comptabilisation des immobilisations;
- > engagement et formation de personnel pour le codage des prestations médicales;
- > consolidation de la codification médicale et audit de cette codification;
- > rapport sur les journées d'hospitalisation inappropriées;
- > actualisation des conventions pour les assurances privées;
- > prise de position sur les modifications légales cantonales relatives au nouveau financement;
- > mise en œuvre des conséquences relatives aux modifications légales décidées en novembre 2011 par le Grand Conseil (nouvelle loi sur le financement des hôpitaux et modifications de lois liées);
- > négociations avec les deux communautés tarifaires d'assureurs-maladie pour les tarifs en soins aigus, en réadaptation et en soins ambulatoires;
- > préparation du mandat de prestations;
- > sensibilisation de l'ensemble du personnel à l'introduction au nouveau financement (cours et conférences) ;
- > estimations des montants nécessaires à la couverture des coûts des prestations d'intérêt général;
- > calcul des coûts et des tarifs demandés et négociation avec la DSAS et la DFIN.

2.2. Calculs retenus au budget 2012

2.2.1. Le budget

Les discussions budgétaires 2012 ont comme d'habitude débuté l'année précédente, soit en mars 2011. A ce moment-là, les conséquences financières du nouveau financement hospitalier en général et les coûts à prendre en charge par l'Etat de Fribourg en particulier ne pouvaient être estimées que très approximativement. En effet, de nombreux paramètres centraux du nouveau financement hospitalier n'étaient pas encore connus ni même définis. Les hôpitaux fribourgeois n'avaient pas d'expérience avec la facturation sur la base des AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups), ce qui aurait permis de mieux saisir les conséquences de l'introduction du système SwissDRG (l'Hôpital cantonal était prêt à introduire ce mode de facturation en 2006 déjà, mais les assureurs-maladie n'étaient pas entrés en matière) ; les négociations tarifaires n'avaient pas encore débuté avec les assureurs-maladie. Il manquait également l'information concernant un éventuel accord entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie sur un modèle pour déterminer les coûts imputables à la base des négociations tarifaires. La part des investissements et des coûts de

formation universitaire et de recherche à prendre en compte dans les coûts imputables n'était pas définie (ce n'est finalement que dans la modification de l'ordonnance fédérale du 2 novembre 2011 sur l'assurance-maladie (OAMal) que la part des investissements a été définie. En ce qui concerne la formation universitaire et la recherche, seules des estimations très grossières sont disponibles pour le moment).

A la mi-mars 2011, santésuisse et tarifsuisse SA ont présenté à la Direction de la santé et des affaires sociales leurs estimations concernant l'impact financier du nouveau financement hospitalier pour l'Etat et l'assurance obligatoire des soins (AOS), estimations qui différaient de manière importante de celles de la DSAS, les chiffres des assureurs étant incomplets. Par ailleurs, il est apparu à ce moment déjà que les assureurs-maladie avaient l'intention de prendre en compte dans le calcul des tarifs des déductions sur les coûts imputables (déductions pour manque de transparence, pour surcapacités, etc.), déductions inacceptables pour les établissements dans la mesure où elles se basent sur la jurisprudence concernant la situation avant l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier. santésuisse parlait déjà d'un benchmarking, mais sans donner les détails.

Lors de la dernière lecture du budget du HFR, les paramètres mentionnés ci-dessus n'étaient toujours pas définis. C'est donc dans une grande incertitude que les négociations budgétaires 2012 entre l'Etat et le HFR se sont déroulées. La valeur du tarif de base (baserate) a été déterminée à 10 770 francs. Il a cependant été admis que si l'on devait finalement se trouver en-dessous de cette valeur, l'Etat compenserait au moins partiellement le manque à gagner, en fonction du résultat des comptes ; le Conseil d'Etat a constitué dans cette optique une réserve de 8 millions de francs. Les négociations ont abouti à un montant total à charge de l'Etat de 162 millions de francs. Ce montant englobe la participation de l'Etat aux prestations à charge de l'AOS, ainsi que le financement des prestations d'intérêt général et des autres prestations, conformément aux exigences de la loi fribourgeoise sur le financement des hôpitaux et des maisons de naissance alors en préparation.

2.2.2. Les négociations tarifaires

Dans le canton de Fribourg, les négociations tarifaires ont débuté en octobre 2011. Comme mentionné plus haut, les assureurs-maladie ont appliqué, pour déterminer les coûts imputables à la base des tarifs, des déductions avec lesquelles les hôpitaux ne sont pas d'accord. Mais c'est avant tout l'application d'une comparaison (benchmarking) au niveau suisse, rendue possible avec l'introduction d'une structure tarifaire unique (SwissDRG) au niveau national, qui permet aux assureurs de revendiquer une baisse importante des tarifs fribourgeois. Ainsi, tarifsuisse SA a décidé de fixer la limite de son benchmarking au 25^e percentile. Par conséquent, sur l'ensemble des 74 hôpitaux pris en compte dans le benchmarking (hôpitaux universitaires inclus), seuls les 25 % les meilleur marché sont réputés fournir leurs prestations de manière économique. Tarifsuisse SA a ainsi fixé son référentiel à un tarif de base (baserate) de 9386 francs (investissements inclus). Le prix des hôpitaux plus chers est ainsi ramené au référentiel car, pour les assureurs-maladie, les montants qui dépassent celui-ci ne doivent pas être pris en charge par l'AOS. Selon les analyses de tarifsuisse SA, le HFR serait, avec un tarif de base (baserate) de 10 770, l'un des hôpitaux les plus chers parmi les 74 analysés, ce qui signifie que la coupure pour atteindre le référentiel est particulièrement importante.

Lors des négociations tarifaires, tarifsuisse SA a un peu assoupli la limite mentionnée ci-dessus pour aller jusqu'à 9500 francs dans un premier temps, puis à 9756 (investissements inclus). Le HFR n'a cependant pu accepter ce nouveau montant et a dû constater l'échec des négociations.

Le groupe d'assureurs-maladie HSK (Helsana/Sanitas/KPT) a également fait un benchmarking, sur des données légèrement différentes, avec une limite au 40^e percentile correspondant à un baserate de 9631 francs (investissements inclus). Après s'être éloigné quelque peu du cadre rigide de son référentiel, le groupe HSK a accepté une valeur du baserate à 10 150 francs

2.2.3. Le tarif provisoire

Selon la LAMal, l'autorité cantonale compétente approuve les conventions tarifaires. En cas d'échec des négociations, il fixe le tarif.

Il est rapidement apparu que les partenaires tarifaires ne connaîtraient pas les tarifs définitifs avant la fin du 1^{er} semestre 2012. Les raisons : les négociations tarifaires avaient débuté tard ; de nombreuses négociations tarifaires n'avaient pas encore abouti au 1^{er} janvier 2012 ; les procédures d'approbation impliquaient la consultation de la Surveillance des Prix. Afin d'éviter un vide juridique et un manque de liquidités pour les établissements hospitaliers en attendant de pouvoir facturer les tarifs définitifs, le Conseil d'Etat a fixé des tarifs provisoires pour la durée de la procédure d'approbation ou de fixation des tarifs définitifs, ces tarifs provisoires n'ayant aucune incidence sur cette procédure.

Les tarifs provisoires ont été fixés de façon à correspondre aux tarifs négociés avec le groupe HSK. Ainsi, le montant de 10 150 francs ne constitue pour le moment qu'un tarif de base provisoire. La procédure d'approbation et/ou de fixation tarifaire permettra au Conseil d'Etat de déterminer si cette valeur est conforme aux exigences de la LAMal. En cas de recours, c'est le Tribunal administratif fédéral qui décidera. Si le tarif définitif devait être inférieur au tarif provisoire, cela aggraverait d'autant l'insuffisance de financement du HFR, qui a été évaluée pour 2012 à quelque 15 millions de francs (sous réserve de certaines inconnues telles qu'indice du case-mix ou augmentation de l'activité).

2.3. Salaires et conditions de travail

2.3.1. Comparaison au sein de la Suisse romande

Les hôpitaux publics de Suisse romande (Genève, Vaud-CHUV, Vaud-Fédération des hôpitaux vaudois, Neuchâtel, Jura, Valais et Fribourg) réalisent chaque année un benchmarking sur un panel de fonctions représentatives. Il en ressort que le salaire annuel est généralement le plus élevé à Genève.

En 2011, sur un panel de 18 fonctions, le HFR se situe 16 fois parmi les trois premiers, au niveau du salaire moyen.

Pour les fonctions les plus importantes d'après leurs effectifs au sein du HFR, les soignants de niveau HES/Bachelor (environ 575 EPT d'infirmier-ère-s diplômé-e-s, 55 EPT de technicien-ne-s en radiologie médicale (TRM), 45 EPT de physiothérapeutes et 10 EPT d'ergothérapeutes) se situent en deuxième position derrière Genève (environ 9000 francs annuels de moins) mais devant le CHUV (environ 3200 francs annuels de plus).

Pour les fonctions médicales, Genève se situe nettement au-dessus des autres cantons romands pour les médecins assistants (environ 23 000 francs de plus que le 2^e rang), où le HFR (environ 170 EPT) occupe le 4^e rang, mais avec une faible différence par rapport au second (à peine 1000 francs annuels). Pour les chefs de clinique, avec ou sans titre FMH, le HFR (environ 75 EPT), se situe dans la moyenne romande ; mais, dans cette catégorie, on n'observe pas de canton qui « sort du lot » comme c'est le cas pour les médecins assistants.

Au niveau administratif (secrétaires médicales, un peu plus de 100 EPT), le HFR se situe pratiquement à égalité avec Genève (800 francs de différence annuelle).

On peut donc dire que les salaires du personnel hospitalier du HFR sont effectivement élevés en comparaison romande.

2.3.2. Comparaison avec le reste de la Suisse

Le HFR participe également à l'enquête annuelle sur les salaires du personnel hospitalier menée par H+, l'association des hôpitaux de Suisse. Les comparaisons entre salaires moyens y sont effectuées par régions (Mittelland, Suisse orientale, Zurich, Suisse centrale, Romandie et Tessin), et Fribourg fait partie du groupe « Romandie ».

S'agissant des fonctions les plus importantes, on observe que le salaire annuel moyen pratiqué au HFR est d'environ 3000 francs supérieur à la moyenne helvétique pour les soignants diplômés de niveau HES/Bachelor (infirmier-ère-s, TRM, physiothérapeutes et ergothérapeutes).

Pour le corps médical, la rémunération offerte au HFR est également supérieure à la moyenne suisse (de 3000 francs annuels pour les médecins assistants et de 5000 francs annuels pour les chefs de clinique avec diplôme FMH).

Cette tendance se retrouve enfin au niveau administratif, où la fonction de secrétaire médicale est mieux rémunérée que la moyenne helvétique (environ 3500 francs annuels).

Par rapport aux rémunérations les plus élevées, par régions, on remarque par ailleurs que c'est la région de Zurich qui pratique les salaires les plus élevés, suivie de près par le HFR, à l'exception des chefs de clinique où c'est la région du Tessin qui pointe en tête (environ 5000 francs annuels) devant le HFR.

Cette seconde enquête salariale vient donc appuyer les conclusions de l'enquête comparative des hôpitaux romands : les salaires du personnel hospitalier du canton de Fribourg sont plus élevés que la moyenne suisse.

Il faut encore ajouter que les classifications ont été déterminées avec l'outil d'évaluation multicritères EVALFRI et que le niveau des salaires est un facteur d'attractivité pour le canton de Fribourg. Cela est un élément d'autant plus important qu'une pénurie se profile actuellement dans les métiers des soins et les fonctions médicales.

2.4. Salaires et « refus de financement des assureurs-maladies »

Comme mentionné plus haut, les coûts des prestations du HFR sont parmi les plus élevés de Suisse, toujours selon les analyses effectuées par les assureurs-maladie dans le cadre des négociations tarifaires. Lors des négociations, c'est le coût global qui est analysé et comparé au référentiel, et non pas les différentes composantes (salaires, produits alimentaires, produits pharmaceutiques, chauffage, etc.). Ainsi, les coûts du personnel particulièrement élevés dans le canton de Fribourg contribuent au dépassement du référentiel. Mais il y a d'autres éléments, notamment le fonctionnement sur plusieurs sites ou le bilinguisme, qui ont une influence sur le coût des prestations.

3. Réflexions du conseil d'administration du HFR : options à moyen et long terme, missions des divers sites

3.1. Contexte et contraintes

La réflexion entamée par le conseil d'administration du HFR depuis plusieurs mois considère l'organisation hospitalière dans son ensemble. Elle a pour but de formuler un modèle organisationnel qui réponde aux diverses exigences posées, et pose comme postulat de base que l'ensemble des missions, telles qu'elles découlent de la planification hospitalière et du mandat de prestations, restent assurées. Dès lors, les considérations liées au maintien de prestations sont sans objet : ces dernières sont maintenues dans leur totalité.

Les questions portant sur le maintien de l'un ou l'autre des sites sont à voir dans une perspective plus globale, tenant compte de contraintes et de considérations de nature diverse. Une redistribution des activités entre les différents sites est à l'étude au conseil d'administration, à la lumière de ce qui suit.

La question du maintien d'un site ou de la réorganisation d'activités – qu'elles soient de soins aigus ou de réadaptation/réhabilitation – doit trouver une réponse basée sur l'analyse de plusieurs facteurs, dont notamment : la qualité et la sécurité des soins, la place du site dans l'organisation hospitalière et des soins, la relève médicale et les certifications des cliniques, le confort des patients, ainsi que les coûts liés à son activité.

Le conseil d'administration prend dès lors en compte les contraintes et faits suivants :

- > Le nouveau système de financement hospitalier induit une exigence de prise en charge rapide et dense pour les soins aigus. Sur le plan stationnaire, l'hôpital de soins aigus devient un lieu où le patient reste le moins de temps possible, au profit d'hôpitaux de réadaptation/réhabilitation/soins palliatifs si possible proches des lieux de vie des patients, et vers lesquels les patients sont orientés le plus rapidement possible. Le curseur entre soins aigus et de réadaptation se déplace, de sorte que les soins de réadaptation puissent prendre en charge des cas plus aigus que par le passé. Sur le plan ambulatoire, l'hôpital de soins aigus fonctionne à proximité d'un plateau technique performant, et en présence de l'ensemble des disciplines et spécialités médicales, de façon à assurer une sécurité de prise en charge optimale.
- > Le maintien d'une activité de soins aigus sur plusieurs sites est facteur de coûts. En effet, ceci induit l'existence d'infrastructures médico-techniques (telles que les blocs opératoires et salles d'intervention, ou encore les soins intensifs ou la néonatalogie), tout comme celle d'équipes prêtes à intervenir en cas de besoin (chirurgiens, anesthésistes, personnel soignant spécialisé, radiologues, etc.), dont le poids financier est important.
- > Sous l'angle des coûts d'investissement, une analyse détaillée des frais d'investissement (appelée « Masterplan ») a été menée à la fin de l'année 2010. Cette étude a identifié les investissements requis pour le maintien en état des bâtiments existants, tenant compte de l'évolution du nombre de lits conformément à la planification sanitaire. Les chiffres articulés sont éloquentes : un montant total de 262 millions de francs est requis pour cinq sites hospitaliers. Ce montant n'inclut pas les 55,5 millions planifiés pour les travaux liés au site de Meyriez-Murten (cofinancement Etat et district du Lac), ni le montant qui serait nécessaire pour l'éventuel aménagement d'une unité de psychiatrie sur le site de Tafers. Il ne tient pas compte non plus des coûts liés aux transferts d'activité nécessaires ou aux infrastructures provisoires à mettre en place durant la période des travaux.

> **Détail des coûts d'investissement requis :**

	Infrastructures	Médico-technique	Total
HFR Fribourg – Hôpital cantonal	174 350 000	30 630 000	204 980 000
HFR Riaz	23 315 000	7 358 000	30 673 000
HFR Châtel-Saint-Denis	20 062 000	1 350 000	21 412 000
HFR Tafers	3 560 000	1 016 000	4 576 000
HFR Billens	733 000	-	733 000
HFR Meyriez-Murten	-	-	-
Total	222 020 000	40 354 000	262 374 000
HFR Meyriez-Murten (Financement district du Lac & Etat)	55 500 000		55 500 500

- > La question de la relève médicale est un souci identifié de longue date, et qui va s'amplifiant. Une étude de l'OBSAN de 2009 a mis en évidence que dans les hôpitaux suisses, 30 à 50 % des médecins sont d'origine étrangère. Par ailleurs, les universités suisses forment environ 700 médecins par année, pour un besoin attendu d'environ 1300 médecins toutes spécialités confondues.

L'évolution de la médecine va dans le sens d'une spécialisation accrue et d'une complémentarité indispensables des spécialités entre elles au vu de la complexité des cas. La spécialisation rend plus difficile le recrutement de personnel médical hautement qualifié. En effet, plus la spécialisation est poussée, moins le nombre de personnes qualifiées en la matière est important ; par ailleurs, pour rester à la pointe de leur art, les spécialistes nécessitent un volume et une variété/complexité de cas suffisants. A cet égard, il est important de signaler que la qualification des cadres ne se base pas uniquement sur la compétence médicale, mais également sur une compétence de recherche clinique et d'enseignement, identifiable entre autres par l'obtention d'un grade académique de privat-docent ou professoral.

- > La question de la relève médicale est à considérer également à l'aune des exigences posées par l'Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) et les sociétés médicales, qui définissent les critères de certification des cliniques et de leur reconnaissance pour la formation des médecins. En effet, la durée de l'engagement des médecins assistants dépendra du degré de respect d'un certain nombre de critères, tels ceux relatifs au volume de cas traités, à la présence de services spécialisés (par exemple les soins intensifs), ou à l'existence d'une équipe médicale de médecins seniors encadrant la formation. Plus le niveau de certification obtenu est élevé, plus la durée d'engagement des assistants pourra être longue, et plus les compétences desdits assistants seront élevées.

- > En matière de sécurité des soins, il est largement reconnu que plus le nombre d'actes identiques effectués est élevé, plus le geste et les processus l'accompagnant seront sûrs, et garants de qualité. De ce fait, si l'analyse effectuée par le HFR met en évidence un volume d'activités faible dans certains secteurs, la question de son intégration dans un groupe d'activités à volume plus élevé doit être posée.

Sous l'angle de la sécurité des soins, il s'agit de supprimer les événements susceptibles de déboucher sur des situations à risque, tels par exemple les transferts de patients en situation instable, ou encore les demandes d'examen extra-muros dont les résultats mettent du temps à être transmis aux prescripteurs. L'activité hospitalière est analysée sous l'angle de différents indicateurs, dont celui du taux d'occupation des lits des unités d'hospitalisation. Cette analyse met en évidence le besoin de revoir l'organisation de l'activité stationnaire pour les secteurs dont le taux d'occupation est très faible.

- > Pour ce qui a trait au confort des patients, il s'agit de considérer que leur traitement doit répondre aux exigences des meilleures pratiques tant en phase aiguë qu'en phase de réadaptation ; la phase d'hospitalisation la plus longue – en hôpital de réadaptation – doit intervenir à proximité des lieux de vie des patients. Par ailleurs, si l'éloignement et/ou la dispersion de prestations peuvent être des facteurs de risque, ils contribuent également au sentiment d'un confort moindre, perçu et réel, des patients.

3.2. Mesures techniques et mesures structurelles

La réflexion menée par le conseil d'administration du HFR, susceptible d'aboutir à une proposition d'organisation hospitalière pour le long terme (au-delà de deux ans), doit tenir compte de ces différents paramètres. Compte tenu de ce qui précède, le conseil d'administration du HFR estime qu'un regroupement des activités de soins paraît incontournable.

A cet égard, il rappelle et souligne le rôle central que jouent les hôpitaux de réadaptation : c'est autour de leur activité et de leur capacité de prise en charge que se jouera la fluidité du système. L'hôpital de soins aigus, quant à lui, se devra d'augmenter son efficacité et son efficacité.

Le conseil d'administration a dès lors mandaté le conseil de direction de fournir une étude de faisabilité portant sur un scénario dans un délai de 10 ans d'un seul hôpital public de soins aigus et de plusieurs sites de réadaptation et de médecine gériatrique, en tenant compte de la mise en place éventuelle de permanences. Les résultats de cette étude de faisabilité, confiée aux Boston Consulting Group, à Zurich, sont attendus pour la fin de l'année.

Pour ce qui a trait aux mesures immédiates et à court-moyen terme (jusqu'à 18 mois), elles sont destinées bien évidemment à atténuer le déficit budgétaire prévu, mais également à poser les bases de modes de faire plus efficaces et garants de qualité et sécurité des soins sur le long terme. Elles prendront la forme suivante :

- > Les mesures techniques immédiates représentent les mesures d'amélioration de l'efficacité au quotidien. Elles porteront sur des actions visant à assurer une facturation exhaustive des prestations, à identifier de façon ciblée des possibilités de diminution des durées moyennes de séjour, à travailler sur la diminution des hospitalisations « inappropriées » et à supprimer les gestes superflus et inutiles.

- > Les autres mesures à court-moyen terme portent sur la fermeture de lits et sur le regroupement d'activités, de manière à assurer une utilisation adéquate des ressources. Ces mesures se basent sur l'analyse de la relève médicale, des facteurs de risque en matière de sécurité des soins, des possibilités architecturales et sur les statistiques d'activité.

Les mesures retenues par le conseil d'administration dans un premier temps sont les suivantes :

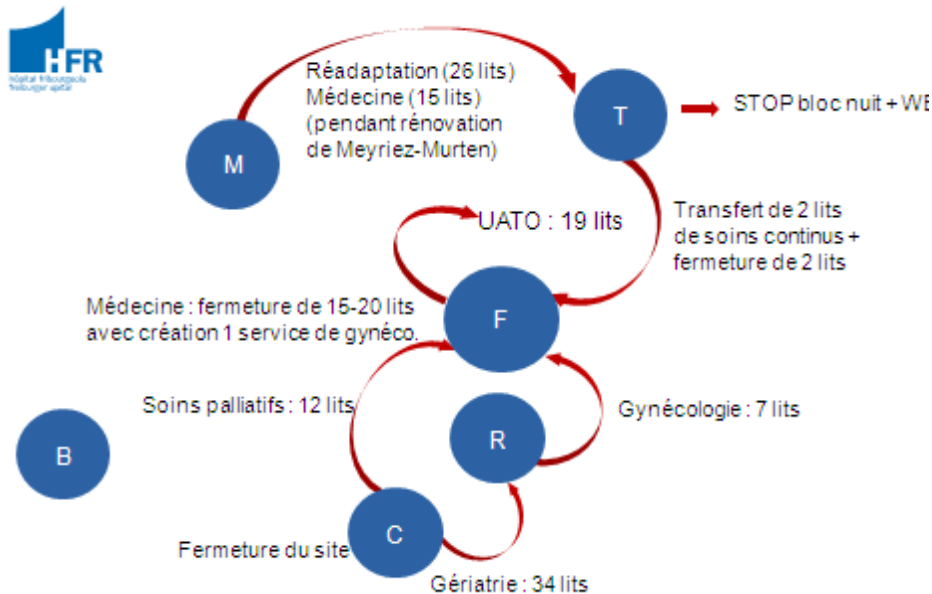
- > fermeture de lits de médecine du site de Fribourg ; ces lits seront réaffectés à d'autres activités :
 - avec la création de l'UATO (Unité d'accueil temporaire et d'orientation) à l'extérieur du HFR, des patients en attente de transfert en EMS ou en attente de retour à domicile, sans toutefois nécessiter un environnement de soins aigus, libèrent des capacités au sein du département de médecine. Ces capacités peuvent être réaffectées.
- > fermeture du bloc opératoire de nuit et de week-end du site de Tafers :
 - l'activité du bloc opératoire de nuit et de week-end sur le site de Tafers est très faible, et ne justifie pas le maintien de son ouverture.
- > transfert de lits de soins continus du site de Tafers vers le site de Fribourg :
 - le taux d'occupation de ces lits est très faible, mais le type de prise en charge requiert la présence de ressources spécialisées aujourd'hui sous-utilisées. Cette densité de soins est mieux à même d'intervenir dans une équipe ayant à charge un grand nombre de cas.
- > transfert de l'activité de gynécologie du site de Riaz vers le site de Fribourg :
 - le taux d'occupation des lits de gynécologie est bas. Les interventions, de nature élective, seront prises en charge à Fribourg. Les lits, ainsi que le personnel associé, sont transférés également.

La question du transfert de l'activité obstétricale du site de Riaz vers le site de Fribourg n'est pas réglée dans l'immédiat ; elle fait l'objet d'une analyse complémentaire à la lumière des exigences cliniques et de celles liées à la relève médicale. La fermeture du bloc opératoire de nuit et de week-end du site de Riaz sera considérée dans ce contexte.

Le conseil d'administration du HFR a d'ores et déjà pris position sur ces mesures, et se prononcera prochainement sur les aspects détaillés liés à leur mise en œuvre.

- > Pour le court-moyen terme, le conseil d'administration du HFR se prononcera également sur les économies et avantages, notamment sous l'angle de la qualité et la sécurité des soins, liés au transfert des activités et à la fermeture du site de Châtel-Saint-Denis. Une demande serait ensuite adressée au Conseil d'Etat à cet effet, la fermeture d'un site étant de sa compétence.

Synthèse des mesures à court et moyen terme (scénario HFR):



Légende :

- B : HFR Billens
- C : HFR Châtel-Saint-Denis
- F : HFR Fribourg - Hôpital cantonal
- M : HFR Meyriez-Murten
- R : HFR Riaz
- T : HFR Tafers
- UATO : Unité d'accueil temporaire et d'orientation

4. Position du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat partage le souci de consolider la position du HFR dans le paysage hospitalier suisse, dans un contexte modifié par le nouveau financement hospitalier et par la problématique de la relève dans les professions médicales. Compte tenu des perspectives financières, il partage également les préoccupations du conseil d'administration du HFR, qui doit prendre des mesures de gestion propres à satisfaire aux exigences légales d'équilibre budgétaire.

Le Conseil d'Etat a pris connaissance des mesures que le conseil d'administration a analysées. Il a décidé de rencontrer le conseil d'administration pour discuter la pertinence des mesures qui relèvent de la compétence du Conseil d'Etat. En cas de demande formelle du conseil d'administration, le Conseil d'Etat s'assurera que le regroupement des activités de soins aigus et l'éventuelle fermeture du site de Châtel-Saint-Denis répondent de manière optimale aux besoins de la population en matière de soins hospitaliers. Avant de se prononcer, il entend également recevoir une argumentation complète et des détails chiffrés relatifs à ces mesures. Par ailleurs, le Conseil d'Etat attend que l'étude de faisabilité évoquée ci-dessus (point 3.2) porte non seulement sur les aspects économiques et médicaux, mais aussi sur l'adéquation des projets du HFR aux fondements de la planification hospitalière, à savoir la garantie de soins de qualité à l'ensemble de la population. Le Conseil d'Etat continuera à veiller à l'accomplissement de cette mission fondamentale de l'Etat.

Dans l'exercice de ses nouvelles compétences budgétaires, il faut le rappeler, le conseil d'administration du HFR doit respecter les limites imposées par la loi concernant le financement des hôpitaux et les maisons de naissance en termes d'équilibre des comptes. Toutefois, au vu des grandes incertitudes liées à l'introduction du nouveau financement hospitalier, si la définition de l'organisation future nécessite une année supplémentaire, le Conseil d'Etat va examiner, dans le cadre du projet de budget 2013, une prise en charge de l'insuffisance de financement du HFR, comme il l'a fait pour 2012, en fonction bien entendu des résultats des comptes.

5. Conclusion

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil d'Etat vous propose de prendre en considération le postulat.

Dans la présente réponse, le Conseil d'Etat a apporté un maximum d'informations afin de répondre au mieux aux attentes des postulants. Il revient au Grand Conseil de confirmer ou d'infirmier l'urgence d'un postulat lors de sa prise en considération et d'en tirer les conclusions pour les délais de traitement ultérieurs (article 175 al. 3 LGC). Les résultats de l'étude de faisabilité étant attendus pour la fin 2012, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil de fixer au premier semestre 2013 le délai d'établissement du rapport sur ce postulat.

30 mai 2012