



Rapport 2019-DSAS-70

26 novembre 2019

du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif aux instruments parlementaires suivants:

- > **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:

1. Les instruments parlementaires	2
1.1. Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy: état des finances de l'hôpital fribourgeois (HFR)	2
1.2. Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel: HFR: la mission avant tout	3
1.3. Mandat 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al.: mission stratégique et financement de l'HFR	3
2. La gouvernance et la surveillance de l'HFR	4
3. La planification hospitalière, la collaboration interhospitalière et la médecine hautement spécialisée	4
4. Les principes du nouveau financement hospitalier	5
4.1. Les prestations hospitalières à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et du canton	5
4.2. Les prestations ambulatoires à charge de l'AOS	6
4.3. Le projet pour un financement uniforme des prestations à charge de l'AOS et des cantons («einheitliche Finanzierung ambulant und stationär, EFAS»)	6
4.4. Les assureurs fédéraux (accident, militaire et invalidité)	7
4.5. Les prestations d'intérêt général (PIG), les autres prestations (AP) et le financement transitoire	7
5. Les défis du nouveau financement hospitalier pour l'HFR	7
5.1. Une concurrence accrue: augmentation des hospitalisations hors canton	7
5.2. Une meilleure comparaison entre les hôpitaux: pression sur les tarifs stationnaires	8
5.3. Un financement des investissements par les tarifs: manque de moyens financiers	9
5.4. Un accroissement du déficit dans le secteur ambulatoire	9
6. Les difficultés financières de l'HFR et leurs causes	9
6.1. Gouvernance lourde et complexe	10
6.2. Comptabilité analytique difficilement exploitable, processus budgétaire et planification des investissements lacunaires	11

6.3. Durée moyenne de séjour élevée	11
6.4. Augmentation de la dotation et des charges salariales	11
6.5. Charges liées au multi-site	12
7. Les mesures mises en place	12
7.1. La gouvernance	12
7.1.1. Redimensionnement du Conseil d'administration	12
7.1.2. Conseil de direction au complet	12
7.1.3. Création d'un comité bipartite et permanent DSAS – HFR	12
7.2. Mise en place des recommandations de l'Inspection des finances concernant l'information financière de l'HFR	13
7.3. Synthèse du suivi des recommandations de l'IF	13
7.4. Diminution de la durée moyenne de séjour	13
7.5. Blocage des effectifs: analyse de la dotation en personnel et des charges salariales	13
7.6. Multi-site	13
8. La mission et les objectifs stratégiques 2019–2021 fixés par l'Etat à l'HFR	14
8.1. La mission	14
8.2. Les objectifs stratégiques	14
8.2.1. Accessibilité aux soins, qualité et efficience des prestations	14
8.2.2. Synergies et transversalité	14
8.2.3. Infrastructures	14
8.2.4. Economicité	15
8.2.5. Aspects sociaux	15
8.3. Cadre institutionnel	15
8.3.1. Gouvernance	15
8.3.2. Surveillance et transparence	15
9. La stratégie entrepreneuriale de l'HFR	15
La mission de l'Etat	16
Les principaux défis	16
Les valeurs de l'HFR et des collaboratrices et des collaborateurs qui les font vivre	16
Les principes directeurs de la stratégie de l'HFR	16
Les objectifs 2020–2029	17
La mise en œuvre de la stratégie HFR 2030	18
10. Préavis du Conseil d'Etat sur la stratégie de l'HFR	18
11. Préavis du Conseil d'Etat sur les mesures urgentes	20
12. Conclusion	20

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-Sansonnens, 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 néces-

saires, 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

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).

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.

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 intercantonale¹ relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)² 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.³

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.

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.⁴ Ceci accroît la concurrence entre hôpitaux et peut

¹ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_f_c.pdf

² Le Grand Conseil a approuvé en 2008 le projet de loi portant adhésion du Canton de Fribourg à cette convention.

³ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/HSM_Spitalliste_20190801_def_f.pdf

⁴ A relever que selon la loi fédérale, le canton restreint sa participation financière à un tarif de référence pour des hospitalisations par convenance 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

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.¹ 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 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).²

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 2019.³ 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

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).

¹ Pour la définition d'un traitement ambulatoire, voir OCP art. 3 et 4.

² 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».

³ <https://www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/financement>

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 Etats. Par ailleurs les cantons se réservent le droit de lancer un référendum.

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.¹

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 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.² 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 2016³, qui est la statistique complète la plus actuelle au moment de la rédaction du présent rapport. Il a augmenté de 5% depuis 2011 pour

¹ 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)».

² <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus>

³ 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.

atteindre 27% en 2016 (contre 17% en moyenne suisse).¹ 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.² 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 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.³ 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.

¹ Obsan (2017). Hospitalisation hors canton des résidents fribourgeois, 2011–2016. Neuchâtel. Les chiffres concernent tous les cas AOS.

² 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 1^{er} 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>).

³ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg: p. 15.

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

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

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 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 Chamblieux-Bertigny¹. 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.² 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.³

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.⁴ 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.⁵ Il comptait alors plus de 495 000 consultations, en augmentation de 5% par rapport à 2017.⁶ Malgré cette croissance, les recettes ambulatoires ont diminué de CHF 4.2 millions sur la même période.⁷

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

¹ <https://fr.ch/daec/territoire-amenagement-et-constructions/territoire/chamblieux-bertigny-faq>

² Cf. message 251 du 17 mai 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance, chap. 5.1.3.

³ 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.

⁴ OFSP (2019). Chiffres-clés des hôpitaux suisses. OFSP, Berne: p. 26. Il s'agit des prestations à charge de l'AOS.

⁵ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg: p. 49.

⁶ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg: p. 4 et 62.

⁷ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg: p. 51.

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.¹

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 2018.²

¹ 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.

² <https://www.fr.ch/ce/sante/institutions-et-professionnels-de-sante/hfr-dossier-de-presse-7-mai-2018>

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.

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.

Tableau 2: Evolution du résultat annuel de l'HFR, 2012–2018

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	1 765	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)	-6 968	6 281	3 509	3 861	-7 766	-17 032	-8 260
Résultat financier	-1 676	-1 360	-1 105	-1 078	-1 141	-1 525	-2 281
Résultat exceptionnel/Variation fonds	3 241	481	-4 420	-766	1 745	4 004	-1 229
Résultat de la période positif = bénéfice négatif = perte	-5 402	5 402	-2 016	2 016	-7 162	-14 553	-11 770
Déficits annuels cumulés		0	-2 016	0	-7 162	-21 715	-33 486
-% des coûts d'exploitation			0,5%		1,5%	4,5%	6,8%

Source: Rapports annuels de l'HFR.

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 redi-

mensionnement, 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 com-

pétences 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:¹

- > 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%).

¹ 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.

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.

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 2016.¹

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.

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.

¹ Benchmark 2018 entre les hôpitaux suisses.

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.¹ 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%).²

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'efficacité 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,

¹ HFR (2019). Rapport annuel 2018. Fribourg: p. 14, 62.

² 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’hô-

pital 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 aigue, 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, Cyber-santé).
- > 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'efficacité 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 patient-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 Gapanoy 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*.



Bericht 2019-DSAS-70

26. November 2019

des Staatsrates an den Grossen Rat zu den folgenden parlamentarischen Vorstössen

- > **Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy:
Finanzlage des freiburger spitals (HFR)**
- > **Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel:
HFR: Der Auftrag zuerst**
- > **Auftrag 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al.:
Strategischer Auftrag und Finanzierung des HFR**

Hiermit unterbreiten wir Ihnen einen Bericht zu den eingangs aufgeführten parlamentarischen Vorstössen.
Der Bericht ist wie folgt aufgebaut:

1. Die parlamentarischen Vorstösse	22
1.1. Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy: Finanzlage des freiburger spitals (HFR)	22
1.2. Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel: HFR: Der Auftrag zuerst	23
1.3. Auftrag 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al.: Strategischer Auftrag und Finanzierung des HFR	23
2. HFR: Führungssysteme und Oberaufsicht	24
3. Spitalplanung, Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und hochspezialisierte Medizin	24
4. Grundsätze der neuen Spitalfinanzierung	25
4.1. Spitalleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und des Kantons	25
4.2. Ambulante Leistungen zulasten der OKP	26
4.3. Projekt «Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär» (EFAS)	26
4.4. Die eidgenössischen Versicherer (Unfall, Militär und Invalidität)	27
4.5. Gemeinwirtschaftliche Leistungen, andere Leistungen und Übergangsfinanzierung	27
5. Die Herausforderungen der neuen Spitalfinanzierung für das HFR	27
5.1. Verstärkte Konkurrenz: Anstieg der ausserkantonalen Spitalaufenthalte	27
5.2. Ein besserer Vergleich der Spitäler: Druck auf die stationären Tarife	28
5.3. Finanzierung der Investitionen über die Tarife: fehlende finanzielle Mittel	29
5.4. Anstieg des Defizits im ambulanten Bereich	29
6. Die finanziellen Schwierigkeiten des HFR und ihre Ursachen	29
6.1. Schwerfällige und komplexe Führungssysteme	31
6.2. Kaum brauchbare Kosten- und Leistungsrechnung, mangelhafter Budgetprozess und lückenhafte Investitionsplanung	31
6.3. Hohe mittlere Aufenthaltsdauer	31
6.4. Anhebung der Dotation und der Lohnnebenkosten	31
6.5. Mit dem Mehrfachstandort zusammenhängende Kosten	32

7. Umgesetzte Massnahmen	32
7.1. Führungssysteme	32
7.1.1. Verkleinerung des Verwaltungsrats	32
7.1.2. Direktionsrat ist vollständig	32
7.1.3. Schaffung eines ständigen Ausschusses HFR–GSD	32
7.2. Umsetzung der Empfehlungen des Finanzinspektorats punkto finanzielle Information des HFR	33
7.3. Nachverfolgung der Umsetzung der Empfehlungen des Finanzinspektorats: Zusammenfassung	33
7.4. Senkung der mittleren Aufenthaltsdauer	33
7.5. Personalstopp: Analyse der Personaldotation und des Lohnaufwands	33
7.6. Multi-Site-Spital	34
8. Auftrag und strategische Ziele 2019–2021 des Staatsrats für das HFR	34
8.1. Der Auftrag	34
8.2. Die strategischen Ziele	34
8.2.1. Zugänglichkeit der Pflegeleistungen, Leistungsqualität und -effizienz	34
8.2.2. Synergien und Transversalität	35
8.2.3. Infrastrukturen	35
8.2.4. Wirtschaftlichkeit	35
8.2.5. Soziales	35
8.3. Institutioneller Rahmen	35
8.3.1. Führungssysteme	35
8.3.2. Aufsicht und Transparenz	35
9. Die Unternehmensstrategie des HFR	36
Die HFR-Strategie 2030	36
Die Vision	36
Der staatliche Auftrag	36
Die grössten Herausforderungen	36
Die Werte des HFR und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	37
Die Grundprinzipien der HFR-Strategie	37
Ziele 2020–2029	38
Umsetzung der HFR-Strategie 2030	38
10. Stellungnahme des Staatsrats zur Strategie des HFR	39
11. Stellungnahme des Staatsrats zu den dringenden Massnahmen	40
12. Schluss	40

1. Die parlamentarischen Vorstösse

1.1. Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy: Finanzlage des freiburger spitals (HFR)

Mit ihrem am 14. Dezember 2017 eingereichten und begründeten Postulat, das der Grosse Rat am 24. Mai 2018 angenommen hat, zeigen sich die Grossräte Jean-Daniel Schumacher und Philippe Savoy besorgt über die beunruhigende Finanzlage des freiburger spitals (HFR) und erinnern daran, dass der Kanton Freiburg über ein leistungsfähiges Spital verfügen sollte, das seiner Bevölkerung jederzeit eine hochwertige medizinische Versorgung garantieren kann.

Sie verlangen vom Staatsrat einen ausführlichen Bericht zur wirtschaftlichen Lage des HFR zu den folgenden Punkten:

- > derzeitige finanzielle Situation des HFR, Ursachen der angetroffenen finanziellen Schwierigkeiten sowie, wenn verfügbar, Finanzergebnisse für jede einzelne Abteilung mit Spezialitäten und Subspezialitäten für jeden einzelnen Standort und Sektor (ambulant/stationär/gemeinwirtschaftliche Leistungen);
- > Ergebnisse des Audits, welches das Verwaltungs- und Führungsorgan des HFR für alle Strukturen, aus denen das HFR besteht, hat durchführen lassen, insbesondere

- im Finanzbereich und im Vergleich zu anderen Spitälern, unter Angabe des angewandten *Benchmarks*;
- > Liste der kurz-, mittel- und langfristig umgesetzten Massnahmen zur Sanierung und Verbesserung der wirtschaftlichen Situation.

In diesem Rahmen sollen die Direktion und der Verwaltungsrat Folgendes bekanntgeben:

- > Vision und längerfristige Ausblicke in Bezug auf die Entwicklung ihrer Einrichtung und insbesondere erwartete Auswirkungen auf die finanzielle Situation: nach Standort, nach Sektor (ambulant vs. stationär);
- > getroffene oder geplante Massnahmen für den Wechsel zu DRG und jüngerst die Verlagerung zu ambulant.

In seiner Antwort vom 1. Mai 2018 hat der Staatsrat präzisiert, dass die Finanzergebnisse und die langfristigen Perspektiven, insbesondere deren Einfluss auf die finanzielle Situation, für das HFR insgesamt präsentiert werden können, nicht aber für jede einzelne Abteilung mit Spezialitäten und Subspezialitäten und auch nicht für jeden einzelnen Standort oder Sektor. Diese Elemente gehören zur operativen Geschäftsführung und es ist nicht angezeigt, sie öffentlich zu machen.

Die wichtigsten Punkte, die in diesem Postulat zur Sprache kommen, werden namentlich in den Kapiteln 4 bis 9 dieses Berichts aufgegriffen.

Im Postulat ist ferner die Rede von einem Audit für alle Strukturen, aus denen das HFR besteht, das vom Verwaltungs- und Führungsorgan des HFR angeordnet worden sein soll. Es ist an dieser Stelle klarzustellen, dass ein solches Audit nicht stattgefunden hat.

1.2. Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel: HFR: Der Auftrag zuerst

In ihrem am 13. September 2018 eingereichten und begründeten Postulat, das der Grosse Rat am 28. März 2019 angenommen hat, ersuchen Grossrätin Johanna Gapany und Grossrat Jean-Daniel Schumacher sowie neun Mitunterzeichnende den Staatsrat, einen Bericht vorzulegen, der die Aufträge des HFR definiert, damit der Verwaltungsrat die Strategie des Spitals festlegen kann.

Sie finden es notwendig, dass der Auftrag des HFR zuerst auf politischer Ebene diskutiert und definiert wird, bevor sich der Grosse Rat zu den entscheidenden Punkten für die Zukunft des Spitals – Personalmanagement, Verteilung auf mehrere Standorte, Art der angebotenen medizinischen Eingriffe, neues Bauprojekt – äussert. Der Bericht möge deshalb Folgendes enthalten:

- > die öffentlichen Aufträge, die dem HFR kurz-, mittel- und langfristig erteilt werden;

- > die quantitativen und qualitativen Ziele, die dem Verwaltungsrat und der Direktion vorgegeben werden;
- > das Inventar der Leistungen, die nicht durch die Grundversicherung gedeckt werden, und die Vorschläge für deren Finanzierung;
- > die Vorschläge des Staatsrats zur Koordination zwischen den verschiedenen kantonalen und ausserkantonalen Pflegeleistungserbringenden (HFR, Kliniken, Privatärztinnen/-ärzte und benachbarte Universitätsspitäler).

In seiner Antwort vom 29. Januar 2019 hat der Staatsrat festgestellt, dass das Postulat Gapany/Schumacher an das Postulat 2017-GC-188 Schumacher/Savoy anknüpft; aus diesem Grund wird der dazugehörige Bericht in den vorliegenden eingebunden.

Die wichtigsten Punkte, die in diesem Postulat zur Sprache kommen, werden namentlich in den Kapiteln 4, 5 und 8 dieses Berichts aufgegriffen.

1.3. Auftrag 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al.: Strategischer Auftrag und Finanzierung des HFR

Mit ihrem am 11. Oktober 2018 eingereichten und begründeten Auftrag, der am 28. März 2019 vom Grossen Rat angenommen wurde, ersuchen die Grossrätinnen und Grossräte Ralph Alexander Schmid, Sylvie Bonvin-Sansonens, Christa Mutter, Nicolas Kolly, Peter Wüthrich, Benoît Rey, Mirjam Ballmer, Urs Perler, Claude Chassot und Cédric Péclard den Staatsrat:

- 1) die Rahmenbedingungen für das HFR festzulegen;
- 2) von dessen Verwaltungsrat die Entwicklung der medizinischen Strategie für das HFR und die Festlegung seiner strategischen Ausrichtung einzufordern, genauer gesagt:
 - Definition und Planung der medizinischen Ausrichtung des HFR zwischen den zwei Universitätszentren CHUV Lausanne und Inselspital Bern (Konkurrenz oder Partner?);
 - Definition und Planung der medizinischen Ausrichtung in Bezug auf die Bedürfnisse der Freiburger Bevölkerung und die anderen Leistungserbringenden;
 - Definition des Auftrags des HFR in Bezug auf die verschiedenen Aspekte, welche die Entwicklung der Spitallandschaft beeinflussen, wie z.B. Trend zur Ambulantisierung, Fachkräftemangel, Entwicklung der Medizin, Digitalisierung usw.;
- 3) zusätzlich zu den medizinischen Aufträgen des HFR die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und deren Finanzierung zu klären (Aufrechterhaltung der regionalen Standorte, Zweisprachigkeit, Bildung/Forschung, andere);
- 4) vom HFR eine Investitionsplanung einzufordern (Ist-Zustand und Fortschreiten der Planung eines neuen, zentralen HFR-Gebäudes und weitere erforderliche Inves-

titionen, Finanzierungsmöglichkeiten, die den DRG entsprechen und die in Bezug auf die finanzielle Situation des HFR in Frage kommen, Festlegung der Bedingungen, zu denen der Staat dem HFR einen Kredit für seine Investitionen gewährt).

Schliesslich ersuchen die Urheberinnen und Urheber des Auftrags den Staatsrat, den Grossen Rat regelmässig über die Strategie des HFR und ihre Umsetzung zu informieren.

In seiner Antwort vom 29. Januar 2019 hat der Staatsrat mitgeteilt, dass er beabsichtigt, im Sinne des Auftrags zu handeln und den Grossen Rat über die im Rahmen dieses Berichts getroffenen Massnahmen und Entscheide zu informieren.

Letztere werden namentlich in den Kapiteln 4, 5, 8 und 9 dieses Berichts aufgegriffen.

2. HFR: Führungssysteme und Oberaufsicht

Das HFR ist eine selbstständige kantonale öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Es ist administrativ der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) zugewiesen.

Der Staat beurteilt die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung, erstellt auf Stellungnahme der Kommission für Gesundheitsplanung die kantonale Spitalplanung und kauft beim HFR Spitalleistungen ein. Ausserdem finanziert er die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen Leistungen, die einem Bedürfnis der öffentlichen Gesundheit entsprechen. Diese Leistungen werden in ein- und mehrjährigen Leistungsaufträgen festgehalten. Der Staat nimmt Kenntnis vom Budget, von der Jahresrechnung und vom Jahresbericht des HFR und unterbreitet beides dem Grossen Rat, der ebenfalls davon Kenntnis nimmt.

Der Grosse Rat hat die Oberaufsicht über das HFR. Es handelt sich um eine politische Kontrolle, die er via Budgetplanung des Staates, parlamentarische Vorstösse und Debatten im Zusammenhang mit dem Jahresbericht des HFR wahrnimmt.

Um die Aufsicht über das HFR kümmert sich die GSD, vorbehaltlich der Kompetenzen, die das Gesetz dem Staatsrat und dem Grossen Rat einräumt.

Der Verwaltungsrat ist das strategische Organ des HFR. Er wird nach einem vom Gesetz über das freiburger Spital (HFRG) definierten Verfahren ernannt und nimmt seine Aufgaben und Zuständigkeiten nach den Vorgaben desselben Gesetzes wahr. Er bestimmt namentlich die Unternehmensstrategie des HFR, wobei er sich nach dem Auftrag und den strategischen Zielen richtet, den bzw. die der Staatsrat dem HFR vorgibt (vgl. Kapitel 8). Zu den Mitgliedern des Verwaltungsrats zählt ein Mitglied des Staatsrats. Der Verwaltungsrat oder seine Delegation trifft sich mindestens einmal jähr-

lich mit dem Staatsrat oder dessen Delegation und erstattet ihm Bericht über seine Unternehmensstrategie.

Der Direktionsrat des HFR setzt die Strategie des Verwaltungsrats um.

3. Spitalplanung, Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und hochspezialisierte Medizin

Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sind die Kantone verpflichtet, eine Spitalplanung auszuarbeiten, die dem Kanton als Instrument für die Gewährleistung der Deckung des Bedarfs der Bevölkerung an stationären Pflegeleistungen dient. Dementsprechend basiert sie auf einer Bedarfsanalyse, die sowohl der Epidemiologie der Bevölkerung als auch dem Fortschritt im Bereich der Medizin oder noch der demografischen Entwicklung, und namentlich der Bevölkerungsalterung, Rechnung trägt.

Im Rahmen der letzten Spitalplanung im Jahr 2015 hat die GSD den Bedarf an stationären Leistungen der Freiburger Bevölkerung am Zeithorizont 2020 aufgezeigt. Sie hat die Leistungsgruppen¹ für jeden Pflegebereich – Akutsomatik, Rehabilitation oder Psychiatrie – sowie die Kriterien der einzelnen Leistungen definiert. Davon ausgehend hat die GSD ein Ausschreibungsverfahren durchgeführt, gefolgt von einer Auswertung der eingegangenen Angebote. Im Anschluss an das Verfahren wurden die Spitalliste erstellt (Verordnung vom 31. März 2015 über die Liste der Spitäler und Geburtshäuser) und die ein- und mehrjährigen Leistungsaufträge mit den inner- und ausserkantonalen Pflegeleistungserbringenden, welche die Kriterien und Anforderungen der Ausschreibung erfüllten, abgeschlossen. Das HFR hat in diesem Rahmen an der Ausschreibung teilgenommen und die Aufträge erhalten, die den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.

Entsprechend den Anforderungen des KVG muss die Spitalplanung für mehrere Jahre erstellt und periodisch überprüft werden (Art. 58a Abs. 2 Verordnung über die Krankenversicherung – KVV). Die nächste Planung ist für 2023 vorgesehen. Die Arbeiten starten im 2020. Gemäss Rechtsprechung sind jedoch Anpassungen des Angebots im Laufe eines Planungszyklus möglich, wenn dies aufgrund der Bedürfnisse der Bevölkerung erforderlich ist. Im Rahmen dieser Spitalplanung wird sich das HFR erneut auf die Ausschreibung bewerben müssen. Folglich wird sich das HFR für jene Leistungen bewerben können, die seiner Unternehmensstrategie entsprechen; diese wiederum sollte es erlauben, den vom Staatsrat vorgegebenen Auftrag sowie die vom Staatsrat vorgegebenen strategischen Ziele zu erfüllen.

¹ Für seine Spitalplanung 2015 hat der Kanton Freiburg – wie die meisten Kantone – die Methode der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) des Kantons Zürich angewandt.

In manchen Bereichen arbeitet das HFR mit inner- und ausserkantonalen Spitälern zusammen, so z.B. mit dem Dalerspital im Rahmen des Brustzentrums und des Prostatazentrums, mit dem CHUV u. a. für die Kardiologie, die pädiatrische Chirurgie und die Angiologie oder mit dem Inselspital Bern z.B. für die Thoraxchirurgie, die Intensivpflege und die Neurologie. Aktuell hat das HFR 31 Zusammenarbeitsvereinbarungen mit inner- und ausserkantonalen Spitälern abgeschlossen.

Zusätzlich hat das HFR einen Rahmenvertrag mit der Vereinigung Freiburgerischer Alterseinrichtungen (VFA) sowie mit dem Spitex Verband Freiburg (SVF) abgeschlossen, um die Zusammenarbeit mit diesen Akteurinnen und Akteuren zu verstärken, damit der Bevölkerung eine bedarfsgerechte Pflege angeboten werden kann. Das HFR hat auch Massnahmen zur Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Kanton Freiburg umgesetzt.

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung (Art. 39 KVG Abs. 2^{bis}), dies im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrags haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung¹ über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)² unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Somit gibt es in der HSM nur eine Planung, die von allen Kantonen gemeinsam erstellt wird. Als gesetzliche Grundlage legt die IVHSM die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organen fest und definiert die Kriterien, die ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als HSM im Sinne der IVHSM zu gelten. Das Planungsverfahren in der HSM läuft in zwei Phasen ab: Als Erstes werden die Bereiche der HSM und die Zuteilungskriterien bestimmt, danach werden die Leistungsaufträge an die Spitäler erteilt. Dem HFR wurden bislang HSM-Leistungsaufträge in mehreren Bereichen der Viszeralchirurgie erteilt.³

4. Grundsätze der neuen Spitalfinanzierung

Das HFR bietet ambulante und stationäre Leistungen der Akutsomatik sowie der Rehabilitation an. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die geltenden Grundsätze der Finanzierung dieser Leistungen.

¹ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf.

² 2008 hat der Grosse Rat den Gesetzesentwurf über den Beitritt des Kantons Freiburg zu dieser Vereinbarung genehmigt.

³ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/HSM_Spitalliste_20190801_def_d.pdf.

4.1. Spitalleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und des Kantons

Am 21. Dezember 2007 haben die eidgenössischen Räte eine KVG-Revision im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung verabschiedet. Mit dieser wurde eine leistungsorientierte Finanzierung eingeführt, die auf einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur beruht. Auch die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz und Spitalplanungskriterien wurden eingeführt. Hauptziele dieser Revision sind eine Verbesserung der Vergleichbarkeit und eine Stärkung des Wettbewerbs unter den Spitälern auf gesamtschweizerischer Ebene.

Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im 2012 werden die stationären Leistungen der Spitäler im Bereich der Akutsomatik über die SwissDRG-Tarife finanziert (SwissDRG=*Swiss Diagnosis Related Groups*). Diese leistungsbezogenen Pauschalen werden gemeinsam von der OKP und von den Kantonen finanziert. Die Kantone setzen ihren Kostenanteil alljährlich fest, wobei dieser mindestens 55% betragen muss. Im Kanton Freiburg liegt der Kantonsanteil seit 2017 bei 55%. Weil die Kosten für die Nutzung der Anlagen (kalkulatorische Zinsen und Amortisation) Teil der SwissDRG-Tarife sind, werden auch diese von der OKP und den Kantonen gemeinsam finanziert, und nicht mehr nur von der öffentlichen Hand.

Für die Finanzierung der stationären Leistungen der Rehabilitation gibt es noch keine KVG-konforme Tarifstruktur. Letztere wird derzeit im Rahmen des Projekts *ST Reha* entwickelt und soll am 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt werden. Bis dahin werden die Leistungen der Rehabilitation über Tagespauschalen vergütet, die individuell zwischen den einzelnen Spitälern und Versicherern ausgehandelt werden. Diese Kosten werden zu 55% vom Kanton und zu 45% von der OKP finanziert.

Mit der KVG-Revision wurden ferner die gemeinwirtschaftlichen Leistungen eingeführt, die nicht Teil der Kosten zulasten der OKP sind. Laut KVG umfassen diese Leistungen insbesondere die Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der neuen Spitalfinanzierung ist die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz. Vor 2012 war der Zugang zu den ausserkantonalen Spitälern begrenzt und der Staat beteiligte sich nur dann an den Kosten, wenn eine medizinische Notwendigkeit bestand, d.h., bei Nichterhältlichkeit einer Leistung oder in Notfällen. Seit 2012 können nun aber die Patientinnen und Patienten das Spital, in dem sie sich behandeln lassen möchten, frei wählen.⁴ Dies

⁴ Es wird darauf hingewiesen, dass – gemäss Bundesgesetz – der Kanton seinen Beitrag bei Spitalaufenthalt aus persönlichen Gründen (ohne medizinische Notwendigkeit) in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Kantons Freiburg aufgeführt ist, auf einen Referenztarif limitiert. Abhängig vom geltenden Tarif kann der Koste-

verstärkt die Konkurrenz zwischen den Spitälern und kann zu einem Anstieg der Zahl der ausserkantonalen Spitalaufenthalte führen.

4.2. Ambulante Leistungen zulasten der OKP

Die Spitäler spielen eine grundlegende Rolle bei der Grundversorgung, indem sie einen nicht unerheblichen Teil der ambulanten Versorgung übernehmen.¹ Diese Leistungen werden von der OKP übernommen und grundsätzlich nach der schweizweit einheitlichen TARMED-Tarifstruktur verrechnet. Der Bundesrat hat zweimal eingegriffen, nämlich 2014 und 2017. Mit seinem zweiten Eingriff, der am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist, hat der Bundesrat die Tarife herabgesetzt und hofft, im ambulanten Bereich schweizweit jährliche Einsparungen von rund 470 Millionen Franken zu erzielen.

Als TARMED-Ersatz haben die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die Krankenversicherer der *curafutura* (CSS, Helsana, Sanitas und KPT) und die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) einen neuen Tarif für die Finanzierung der ambulanten Leistungen ausgearbeitet. Im Juli 2019 haben die FMH und *curafutura* diesen Tarif namens TARDOC dem Bundesrat unterbreitet. Sie hoffen auf ein Inkrafttreten per 1. Januar 2021. Dieser Tarif wird jedoch nur von einer Minderheit der Tarifpartner unterstützt. Da er weder von den Versicherern von *santésuisse* noch von *H+ Die Spitäler der Schweiz* unterstützt wird, ist nicht sicher, ob TARDOC in Kraft treten wird. Solange ist TARMED massgebend.

Die Zahl der ambulanten Interventionen nimmt stetig zu. Die Fortschritte der Medizinaltechnik erlauben es zudem, chirurgische Eingriffe sicher und effizient vom stationären in den ambulanten Sektor zu verlagern. Um diese Verlagerung zu begünstigen, hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Liste mit sechs Gruppen von Eingriffen beschlossen, die grundsätzlich nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet werden. Diese Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten; das EDI behält sich das Recht vor, diese Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die OKP auf weitere Eingriffe auszudehnen. Freiburg hat diese Liste auf den 1. Januar 2019 eingeführt.

unterschied der Patientin bzw. dem Patienten oder der Zusatzversicherung in Rechnung gestellt werden. Der Kanton beteiligt sich am Tarif des Zielspitals, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht (Nichterhältlichkeit einer Leistung im Wohnkanton oder in Notfällen).

¹ Definition ambulante Behandlung: vgl. Art. 3 und 4 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

4.3. Projekt «Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär» (EFAS)

Die Unterschiede bei der Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen könnten manche Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich dazu veranlassen, Entscheide aufgrund ihrer finanziellen Interessen zu treffen, wodurch Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen zuweilen in den Hintergrund geraten können. Um diese Fehlanreize aus der Welt zu schaffen, hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) die Einführung einer einheitlichen Finanzierung im stationären und ambulanten Bereich vorgeschlagen (EFAS).²

Die Vorlage der SGK-NR vom 5. April 2019 betrifft alle Leistungen nach KVG, unter Ausschluss des Bereichs der Langzeitpflege. Sie sieht einen minimalen Kantonsbeitrag von 22,6% der Bruttoleistungen der Versicherer vor, inklusive der Kostenbeteiligung der Versicherten. Des Weiteren führt sie eine gezielte Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots durch die Kantone ein.

In seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 zur Vorlage der SGK-NR steht der Bundesrat einer einheitlichen Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich im Kern positiv gegenüber. Er bittet jedoch die SGK-NR, die Anliegen der Kantone zu prüfen und sie so gut es geht in das Vorhaben einzubinden.

Die Vorlage der SGK-NR vom 5. April 2019 wird nämlich von den Kantonen nicht unterstützt. Um auf die Vorlage einzutreten, verlangt die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), dass alle KVG-Leistungen in die Vorlage einbezogen werden, also auch die der Langzeitpflege. Mit den Möglichkeiten für die Kantone, die ambulanten Leistungen zu steuern, ist sie auch nicht zufrieden. Aus diesem Grund verlangt die GDK, nationale Tarifstrukturorganisationen und die Gewährleistung der Kostenneutralität im Übergang gesetzlich vorzuschreiben. Alle Vorbehalte der GDK wurden in ihrer Stellungnahme vom 27. Juni 2019 zusammengefasst.³ Die aktuelle Vorlage stellt für sie eine Verletzung des finanzpolitisch zentralen Äquivalenzprinzips dar.

In der Septembersession 2019 hat der Nationalrat die EFAS-Vorlage angenommen. Die einheitliche Finanzierung geht nun an den Ständerat. Auf der Strecke blieb die Forderung der Kantone, EFAS auf die Langzeitpflege auszudehnen. Die grosse Kammer will zuerst die notwendigen Grundlagen erarbeiten, da sie der Ansicht ist, dass die Dringlichkeit der Situation ein rasches Handeln erfordert. Angesichts des

² Vgl. Dokument der Schweizerischen Eidgenossenschaft «Parlamentarische Initiative. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung Monismus Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 5. April 2019. Stellungnahme des Bundesrates vom 14. August 2019.».

³ <https://www.gdk-cds.ch/de/krankenversicherung/finanzierung>.

Widerstands der Kantone dürfte es die Vorlage bei den Standesvertreterinnen und Standesvertretern schwer haben. Die Kantone behalten sich ausserdem das Recht vor, das Referendum zu ergreifen.

4.4. Die eidgenössischen Versicherer (Unfall, Militär und Invalidität)

Die eidgenössischen Versicherer finanzieren die Behandlungen der Patientinnen und Patienten, die unter ihren Versicherungsschutz fallen, und zwar sowohl im stationären (Akutversorgung und Rehabilitation) als auch im ambulanten Bereich.

Die Änderung der Gesetze und Verordnungen über die Unfall- und die Militärversicherung, die am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, orientiert sich im Tarifbereich stark am KVG. Sowohl in der Militär- als auch in der Unfallversicherung wird die Kostenvergütung zu 100% durch die Versicherung geleistet.

In der Invalidenversicherung wird die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen zu 80% durch die Versicherung und zu 20% durch den Wohnkanton der versicherten Person geleistet.

Im ambulanten Bereich übernehmen alle drei Versicherungen die gesamten Kosten, wie nach KVG.

Im HFR beträgt das Kostenvolumen zulasten dieser drei Versicherungen ca. 6% und die Tarife sind im Allgemeinen besser als in der OKP. Dieser Bericht konzentriert sich somit nicht auf diese drei Bereiche.

4.5. Gemeinwirtschaftliche Leistungen, andere Leistungen und Übergangsfinanzierung

Das kantonale Gesetz vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser enthält eine nicht vollständige Liste an gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Zusätzlich zu den im KVG aufgeführten Leistungen führt sie noch andere auf, wie z. B. Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, Seelsorge, Liaisonleistungen in den Spitälern und Vorbereitung für den Fall ausserordentlicher Lagen im Gesundheitsbereich. Dasselbe Gesetz schafft für den Staat auch die gesetzliche Grundlage für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und anderen Leistungen, die einem spezifischen Bedürfnis der öffentlichen Gesundheit entsprechen oder deren Kosten nicht vollständig von der OKP übernommen werden.

Aufgrund dieser Bestimmungen und namentlich im Rahmen der Voranschlagsverfahren geben die gemeinwirtschaftlichen und die anderen Leistungen regelmässig Anlass zu Diskussionen zwischen dem HFR und der GSD. Zur Formalisierung dieser Diskussionen und um ihre Praktiken schriftlich

festzuhalten, haben das HFR und die GSD ein Konzept ausgearbeitet. Dieses Konzept erfüllt den Bericht des Finanzinspektorats über das Audit zu den gemeinwirtschaftlichen und den anderen Leistungen des HFR vom 22. Januar 2018, der 14 Empfehlungen abgibt.¹

Das Konzept erlaubt eine bessere Nachverfolgbarkeit der Diskussionen und Entscheide im Zusammenhang mit der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und der anderen Leistungen. In diesem Rahmen konnten auch die Kosten einiger Leistungen identifiziert werden, die bis dahin durch die Übergangsfinanzierung gedeckt waren.

Besonderes Augenmerk galt dabei der genaueren Identifizierung der Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistung «Forschung und universitäre Lehre». Angesichts der Komplexität haben sich das HFR und die Dienststellen des Staates jedoch auf die Aus- und Weiterbildung konzentriert. Insbesondere im Bereich der Weiterbildung konnten Fortschritte bei der Bezifferung der Kosten erzielt werden, was eine Verbesserung ihrer Finanzierung via die gemeinwirtschaftliche Leistung «Forschung und universitäre Lehre» erlauben wird. Allerdings laufen die Arbeiten noch, insbesondere im Bereich der Ausbildung, wo die Daten noch Fragen aufwerfen. In einem nächsten Schritt scheint ein Vergleich mit ähnlichen Spitälern anderer Kantone unabdingbar.

Bei der Finanzierung der Forschung werden derzeit in Zusammenarbeit mit dem HFR neue Möglichkeiten analysiert. Die Arbeiten sind auf gutem Weg.

Die Lohnmehrkosten wurden ihrerseits von einem spezialisierten Unternehmen anhand eines interkantonalen *Benchmarking* von ca. 75 Spitälern und der Lohndaten 2017 veranschlagt. Sie wurden auf rund 16 Millionen Franken beziffert und sind zu 14,1 Millionen Franken in der Übergangsfinanzierung und zu 1,9 Millionen Franken in den gemeinwirtschaftlichen Leistungen enthalten.

5. Die Herausforderungen der neuen Spitalfinanzierung für das HFR

5.1. Verstärkte Konkurrenz: Anstieg der ausserkantonalen Spitalaufenthalte

Der Gesamtanteil Spitalaufenthalte im Kanton Freiburg 2017 fällt tief aus: 133 auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zum Vergleich: Der nationale Durchschnitt beträgt 145 auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.² Des Weiteren ist der Anteil an ausserkantonalen Spitalaufenthalten der Freiburger Patientinnen und Patienten im nationalen Vergleich laut

¹ Bericht des Finanzinspektorats des Staates Freiburg vom 22. Januar 2018 über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die anderen Leistungen.

² <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hospitalisierungsrate-akutspitaellern>.

Krankenhausstatistik 2016¹ hoch; Letztere ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts die aktuellste vollständige Statistik. Seit 2011 ist er um 5% angestiegen und hat 2016 einen Anteil von 27% erreicht, wohingegen der Schweizer Durchschnitt bei 17% liegt.² Vor allem Patientinnen und Patienten aus den Bezirken, die an die Kantone Bern und Waadt grenzen, lassen sich ausserhalb des Kantons behandeln. 2016 fanden 45% der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten aus dem Vivisbach-, 47% der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten aus dem Sense- und 58% der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten aus dem Seebezirk ausserhalb des Kantons Freiburg statt. Zwei Drittel dieser Spitalaufenthalte werden angekündigt oder geplant. Die betroffenen Patientinnen und Patienten machen von ihrer freien Spitalwahl hauptsächlich Gebrauch, um in die Kantone Bern und Waadt zu gehen, dies obwohl die Leistungen im Kanton Freiburg oftmals verfügbar wären.

Eine zweite Studie, welche die GSD beim Institut *M.I.S. Trend* in Auftrag gegeben hat, legt nahe, dass die Freiburger Patientinnen und Patienten oftmals den Rat ihrer Ärztin bzw. ihres Arztes befolgen, wenn sie sich für ein ausserkantonales Spital entscheiden,³(45% deutschsprachige und 48% französischsprachige). Ein muttersprachliches Angebot ist ebenfalls ein sehr wichtiges Kriterium bei der Wahl. Interessant ist, dass ein Grossteil der Befragten schon einen Spitalaufenthalt im Kanton hinter sich hat und Dreiviertel mit diesem zufrieden waren.

Die GSD hat die Ergebnisse dieser Erhebungen an die Spitalnetze und an die Privatkliniken weitergeleitet. Sie hat sie ferner dem Ärztekollegium des HFR sowie an der Versammlung der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg (AGKF) präsentiert. Des Weiteren wurde eine Task-Force für die Umsetzung von Massnahmen zur Begrenzung der ausserkantonalen Spitalaufenthalte ins Leben gerufen. Das HFR hat seinerseits Massnahmen zur Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Kanton Freiburg umgesetzt. Diese können fortan eine Ärzte-Hotline anrufen, die ihnen einen direkten professionellen und privilegierten Kontakt mit den Spezialistinnen und Spezialisten des HFR garantiert, was die Kontaktaufnahme erleichtert und die Überweisung der Patientinnen und Patienten ans HFR fördert.⁴ Ausserdem wurde

vereinbart, dass die Vertreterinnen und Vertreter der AGKF und der Freiburger Spitalenrichtungen innerhalb der Task-Force Treffen organisieren, um konkrete Aktionen zu besprechen. Diese Aktionen werden in der Task-Force besprochen, die für die Umsetzung dieser Massnahmen zuständig ist.

5.2. Ein besserer Vergleich der Spitäler: Druck auf die stationären Tarife

Mit der Einführung einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur können die Leistungserbringenden besser verglichen werden, namentlich was Fallschwere und Leistungskosten anbelangt. Dieser Vergleich hat gezeigt, dass das HFR von den vergleichbaren Spitälern die längste mittlere Aufenthaltsdauer aufweist und zu den teuersten Nicht-Universitäts-spitälern der Schweiz gehört.

Während sich das HFR und HSK bei den Tarifverhandlungen relativ rasch einigen konnten, kam die Einigung zwischen dem HFR, tarifsuisse ag und der CSS für die Jahre 2012 bis 2020 erst 2019 zustande. Die Tarifvereinbarungen zwischen dem HFR und tarifsuisse ag wurden dem Staatsrat zur Genehmigung unterbreitet. Sie wurden gleichzeitig verabschiedet wie diejenigen, die mit der CSS eingegangen wurden. Für Letztere läuft das Unterzeichnungsverfahren noch, da die Parteien sich erst im August 2019 einigen konnten.

Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der definitiven Tarife, die das HFR mit den verschiedenen Krankenversicherern ausgehandelt hat. Sie folgt dem Trend, der auf nationaler Ebene beobachtet wird: Die Tarife sinken von Jahr zu Jahr. Diese Entwicklung erhöhet den finanziellen Druck auf das HFR, wodurch die Massnahmen zur Senkung der Betriebskosten und zur Steigerung der Effizienz noch unvermeidlicher werden.

¹ Die Datenbank 2017 ist unvollständig, da die Rehabilitation fehlt. Die Daten 2018/19 liegen noch nicht vor. Aus diesem Grund werden die Zahlen 2016 verwendet.

² Obsan (2017). Ausserkantonale Spitalaufenthalte der Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Freiburg, 2011–2016. Neuchatel. Die Zahlen betreffen alle OKP-Fälle.

³ M.I.S. Trend (2017). Studie über ausserkantonale Spitalaufenthalte durch freie Spitalwahl. https://www.fr.ch/sites/default/files/reprise/documents/pdf/404_08_171128_Resultats_enquete_MIS_Trend_D_resume.pdf (deutsche Zusammenfassung). Vgl. auch Medienmitteilung der GSD vom 1. Dezember 2017: Spitalaufenthalte ausserhalb des Kantons Freiburg: Voraussetzung für einen Rückgang ist eine stärkere öffentlich-private Zusammenarbeit (<https://www.fr.ch/de/gsd/institutionen-und-politische-rechte/regierung-und-verwaltung/spitalaufenthalte-ausserhalb-des-kantons-freiburg-voraussetzung-fuer-einen-rueckgang-ist-eine-staerkere-oeffentlich-private-zusammenarbeit>).

⁴ HFR (2019). Jahresbericht 2018. Freiburg: Seite 14.

Tabelle 1: Entwicklung der zwischen dem HFR und den Versicherern ausgehandelten Tarife 2012–2020

Krankenversicherer	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HSK	10 150	10 070	10 050	9950	9900	9850	9825	9750	9750
tarifsuisse ag *	9950	9912	9875	9837	9800	9762	9725	9700	9700
CSS**	9950	9900	9875	9840	9800	9750	9725	9700	9690

* Genehmigungsverfahren läuft
** Unterzeichnungsverfahren läuft

5.3. Finanzierung der Investitionen über die Tarife: fehlende finanzielle Mittel

Das Kantonsspital am Standort Bertigny wurde in den 70^{er} Jahren erbaut. Seither wurden verschiedene An- und Umbauarbeiten durchgeführt, um der Entwicklung der Bedürfnisse gerecht zu werden (z.B. Renovierung und Vergrößerung der Notaufnahme, Renovierung der Abteilungen für Radiologie und für Nuklearmedizin sowie der Geburtensabteilung). Die Anpassungen des Gebäudes sind jedoch sehr kostspielig und haben ihre Grenzen erreicht, nicht nur in architektonischer, sondern auch in funktioneller Hinsicht. Ein Neubau, der den Anforderungen eines modernen Spitals entspricht, ist unumgänglich.

Aus diesem Grund macht sich der Verwaltungsrat derzeit Gedanken über einen Neubau. Eine mögliche Lösung wäre ein Neubau im Rahmen des Projekts für eine nachhaltige städtebauliche Entwicklung des Sektors Chamblieux–Bertigny.¹ Es wurde ein Ideenwettbewerb lanciert, der noch bis im Frühling 2020 läuft. Der Neubau sollte eine hohe Anpassbarkeit und einen optimierten Betrieb unter Berücksichtigung der Patientenflüsse ermöglichen sowie zu einem Rückgang der Betriebs- und Unterhaltskosten führen.

Seit Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung setzt eine solche Investition jedoch voraus, dass es die Leistungsschädigung dem HFR ermöglicht, die notwendigen finanziellen Mittel für ein solches Projekt bereitzustellen. Dies umso mehr, als das kantonale Gesetz vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser seit 2012 die Möglichkeit ausschliesst, dass der Staat Garantien für Anleihen der öffentlichen Spitäler stellt, sodass sich dieses nun an die Banken wenden muss.² Allerdings sind die Einnahmen des HFR nicht kostendeckend und erlauben es ihm nicht, die Gesamtheit der notwendigen finanziellen Mittel für einen Neubau bereitzustellen. Und das HFR ist nicht das einzige Spital in dieser Situation. Mehrere Kantone haben bereits beschlossen, den Bau und/oder die Renovation von

Spitalgebäuden zu unterstützen, entweder durch direkte Investitionen oder durch Bürgschaften.³

In seiner Antwort auf die Motion 2019-GC-22 von Grossrätin Loetscher und Grossrat Dafflon hat der Staatsrat eingewilligt, das Gesetz über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser dahingehend zu ändern, dass der Staat den öffentlichen Spitalern eine ergänzende finanzielle Unterstützung für Investitionen gewähren kann. Im Rahmen der Ausarbeitung dieser Gesetzesänderung wird gegenwärtig überlegt, wie diese Unterstützung am besten aussehen soll.

5.4. Anstieg des Defizits im ambulanten Bereich

Derzeit machen die Spitäler mit den ambulanten Fällen keinen oder nur wenig Gewinn. 2017 betrug das Defizit in diesem Bereich für sämtliche Schweizer Spitäler 710 Millionen Franken.⁴ Die vom Bundesrat im 2018 beschlossene Senkung der Tarife im ambulanten Bereich verstärkt den finanziellen Druck in diesem Sektor noch mehr. Dies konnte übrigens auch am HFR beobachtet werden: 2018 wurden 38% des Umsatzes aus ambulantem Ertrag erzielt.⁵ Gezählt wurden über 495 000 Behandlungen, was im Vergleich zu 2017 einem Anstieg von 5% entspricht.⁶ Trotz dieses Anstiegs ist der Umsatz aus ambulanter Tätigkeit im gleichen Zeitraum um 4,2 Millionen Franken zurückgegangen.⁷

6. Die finanziellen Schwierigkeiten des HFR und ihre Ursachen

Nach Einsicht in die Jahresrechnung 2016 hat die GSD angesichts der beunruhigenden Finanzlage des HFR Alarm geschlagen und vom Verwaltungsrat einen Plan mit Effizienzmassnahmen verlangt. Die Jahresrechnung 2016 wies ein

¹ <https://www.fr.ch/de/rubd/raum-planung-und-bau/raum/chamblieux-bertigny-faq>.

² Vgl. Botschaft Nr. 251 vom 17. Mai 2011 zum Gesetz über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser, Kapitel 5.1.3..

³ Laut Urheberin und Urheber der Motion 2019-GC-22 kann die Waadt Garantien für Anleihen der öffentlichen Spitäler stellen, das Wallis dem Spital Wallis für Neubauten eine zusätzliche Bürgschaft gewähren und Genf verlangt, dass grosse Investitionsvorhaben im Spitalbereich wie Gesetzesprojekte funktionieren und somit einen speziellen Erlass erfordern.

⁴ BAG (2019). Kennzahlen der Schweizer Spitäler. BAG, Bern. Es handelt sich um Leistungen zuhanden der OKP.

⁵ HFR (2019). Jahresbericht 2018. Freiburg: S. 49.

⁶ HFR (2019). Jahresbericht 2018. Freiburg: S. 4 und S. 62.

⁷ HFR (2019). Jahresbericht 2018. Freiburg: S. 51.

jährliches Defizit von fast 7,2 Millionen Franken auf, im Budget wären 2,0 Millionen Franken eingeplant gewesen.

2017 hat sich die Situation noch verschlimmert: Das jährliche Defizit belief sich auf 14,5 Millionen Franken, das kumulierte Defizit auf 21,7 Millionen Franken, wodurch Letzteres zum ersten Mal die 3% des Gesamtaufwands und dadurch die im kantonalen Gesetz über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser vorgegebene Grenze überstiegen hat.¹

Diese Situation hat verschiedene Grossräte beunruhigt, welche diverse parlamentarische Vorstösse eingereicht haben. Der Staatsrat hat diese im Mai 2018 beantwortet.²

¹ Gemäss Artikel 8 des kantonalen Gesetzes über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser müssen die Jahresrechnungen der öffentlichen Spitäler grundsätzlich ausgeglichen sein. Allfällige kumulierte Verluste in der Bilanz, die mehr als 3% der jährlichen Betriebskosten ausmachen, müssen bereits ab dem darauffolgenden Geschäftsjahr mit Massnahmen kompensiert werden.

² <https://www.fr.ch/de/sr/gesundheit/gesundheitsfachleute-und-institutionen/hfr-medienunterlagen-7-mai-2018>

2018 betrug das Defizit 11,8 Millionen Franken. Im Voranschlag war ursprünglich ein Verlust von 21,3 Millionen Franken vorgesehen. Das Defizit konnte also dank der Massnahmen zur Steigerung der Effizienz um 9,5 Millionen Franken reduziert werden (vgl. Kapitel 7). Durch den Anstieg der stationären Tätigkeit konnte der Betriebsertrag um 4% gesteigert werden und 482 Millionen Franken erreichen, dies trotz Rückgang des Umsatzes aus der ambulanten Tätigkeit aufgrund der Anpassungen des TARMED-Tarifs. Die Betriebskosten sind ihrerseits im selben Zeitraum lediglich um 1,9% gestiegen und betragen 470 Millionen Franken.

Im HFR-Voranschlag 2019, den der Staatsrat in seiner Sitzung vom 8. Januar 2019 zur Kenntnis genommen hat, ist ein Defizit von 17,99 Millionen Franken vorgesehen. Gemäss den vom HFR vorgewiesenen Quartalsabschlüssen wird dieses Defizit wahrscheinlich tiefer ausfallen als vorgesehen.

Tabelle 2: zeigt die Entwicklung der Finanzergebnisse seit Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung im 2012.

Tabelle 2: Entwicklung des HFR-Jahresergebniss 2012–2018

(in 1000 Franken)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Betriebseinnahmen	425 908	442 607	441 562	451 650	460 920	463 489	482 036
Betriebsaufwand	-414 297	-417 506	-419 726	-430 405	-450 577	-461 724	-470 277
Bruttobetriebsüberschuss (EBITDA)	11 611	25 100	21 837	21 246	10 343	1 765	11 759
EBITDA-Marge	2,7	5,6	4,9	4,7	2,24	0,38	2,44
Abschreibungen	-18 578	-18 819	-18 328	-17 385	-18 109	-18 797	-20 019
Betriebsergebnis (EBIT)	-6 968	6 281	3 509	3 861	-7 766	-17 032	-8 260
Finanzergebnis	-1 676	-1 360	-1 105	-1 078	-1 141	-1 525	-2 281
Ausserordentliches Ergebnis/Veränderung Fonds	3 241	481	-4 420	-766	1 745	4 004	-1 229
Ergebnis für den Zeitraum							
positiv = Gewinn							
negativ = Verlust	-5 402	5 402	-2 016	2 016	-7 162	-14 553	-11 770
Kumuliertes jährliches Defizit		0	-2 016	0	-7 162	-21 715	-33 486
-% der Betriebskosten			0,5%		1,5%	4,5%	6,8%

Quelle: Jahresberichte des HFR.

Zwar haben die getroffenen Massnahmen 2018 erste Erfolge gezeitigt, trotzdem erfordert das Defizit zusätzliche Massnahmen, um das HFR in finanzieller und organisatorischer Hinsicht zu festigen. Das ist besonders vor dem aktuellen Hintergrund wichtig, denn die Senkung der stationären Tarife und die neuen TARMED-Tarife, die der Bundesrat am 1. Januar 2018 verabschiedet hat, setzen die Spitäler einem grossen finanziellen Druck aus. Hinzu kommen andere Schwierigkeiten, mit denen das HFR zu kämpfen hat bzw. hatte und die in diesem Kapitel beschrieben werden.

Grundlage für die Fortsetzung dieses Kapitels bilden unter anderem die Auditberichte des Finanzinspektorats über die

gemeinwirtschaftlichen und die anderen Leistungen des HFR (Bericht Nr. 2018/02), über die finanzielle Information des HFR (Bericht Nr. 2018/38) und über die Untersuchung der Löhne bei der Anstellung (Bericht Nr. 2018/39) sowie die Analyse der Führungssysteme des HFR der Firma *triaspect*.

6.1. Schwerfällige und komplexe Führungssysteme

Auf Anstoss der GSD hat der HFR-Verwaltungsrat im August 2017 bei der Firma *triaspect* eine Analyse seiner Führungssysteme in Auftrag gegeben. Diese sollte die Funktionsweise des Verwaltungsrats und des Direktionsrats betreffen.

Zur Verbesserung der Funktionsweise des Verwaltungsrats haben die Autorinnen und Autoren eine Verkleinerung vorgeschlagen, wobei die Zahl der Mitglieder – Mitglieder mit beratender Stimme eingeschlossen – auf neun herabgesetzt werden sollte. Des Weiteren wurde vorgeschlagen, dass es weniger Sitzungen geben sollte, indem die operationellen Entscheide von den strategischen getrennt werden sollten. Eine Mehrheit der befragten Personen fand, dass der Verwaltungsrat eine schwerfällige und oftmals von regionalpolitischen Interessen geprägte Funktionsweise aufweist. Spezifische Kompetenzen in Sachen Führungssysteme und/oder Kenntnisse im Gesundheitsbereich sind hingegen nicht vorhanden.

Die Expertinnen und Experten haben ferner empfohlen, dass sich das für die GSD zuständige Staatsratsmitglied zur Vermeidung allfälliger Interessenkonflikte aus dem Verwaltungsrat zurückzieht. Schliesslich fanden sie noch, dass der Verwaltungsrat seine Vision und Sichtweise klären und diese deutlich kommunizieren sollte.

Angesichts ihrer Beobachtungen hat die Firma *triaspect* mehrere Empfehlungen formuliert, namentlich:

- > Schaffung eines ständigen Ausschusses HFR–GSD,
- > Ausarbeitung einer klaren Strategie, die von allen Organen des HFR unterstützt wird,
- > Prüfung der Beibehaltung der Generaldirektorin auf ihrem Posten,
- > eingehende Prüfung der Funktionsweise der Generaldirektion und der Direktion Finanzen.

6.2. Kaum brauchbare Kosten- und Leistungsrechnung, mangelhafter Budgetprozess und lückenhafte Investitionsplanung

Bei seinem Audit über die finanzielle Information des HFR vom 26. Juni 2018 hat das Finanzinspektorat verschiedene Schwächen in der Kosten- und Leistungsrechnung festgestellt, die zu Abweichungen führen konnten, die von Jahr zu Jahr nur schwer zu rechtfertigen sind, namentlich aufgrund mangelnder Zuverlässigkeit der verwendeten Daten. Die detaillierte Analyse des Finanzinspektorats hat gezeigt, dass die Kosten- und Leistungsrechnung nicht als eigentliches Management-Tool verwendet wird und die Ergebnisse, die sie liefert, nur schwer verwertbar sind. Darüber hinaus hat die Analyse ergeben, dass das HFR seine Kosten- und Leistungsrechnung nur einmal pro Jahr während des zweiten Quartals des darauffolgenden Geschäftsjahrs abschliesst. Deshalb hat das Finanzinspektorat einen Zwischenabschluss

per 30. Juni jeden Jahres empfohlen, um die Kosten- und Leistungsrechnung als Management-Tool zu verwenden, das dem HFR-Verwaltungsrat die Möglichkeit gibt, die Ergebnisse zu antizipieren und eine unbefriedigende Situation unter dem Jahr zu korrigieren.

Des Weiteren hat das Finanzinspektorat festgestellt, dass die Budgetaufstellung keinem formalisierten Verfahren folgt, das Aufgaben und Zuständigkeiten der einzelnen Beteiligten und den einzuhaltenden Zeitplan festlegt. Das HFR bezog sich bei der Aufstellung seines Budgets hauptsächlich auf die Kenntnisse und Kompetenzen seiner Direktion Finanzen, die Fachabteilungen wurden nur begrenzt miteinbezogen.

Bei der Investitionsplanung bestand ebenfalls erhebliches Verbesserungspotenzial: Das HFR verfügte zwar über eine Bestandsaufnahme des Investitionsbedarfs, nicht aber über einen Investitionsplan oder eine Studie über die Finanzierungsmöglichkeiten.

In seinem Bericht hat das Finanzinspektorat 67 Empfehlungen abgegeben, die zu einer Berichtigung dieser Situation beitragen sollten.

6.3. Hohe mittlere Aufenthaltsdauer

In einem Tarifsystem mit Fallpauschalen wie das SwissDRG ist eine hohe mittlere Aufenthaltsdauer ein wichtiger Kostenfaktor. Gesamtschweizerisch gesehen hat die mittlere Aufenthaltsdauer seit Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung im 2012 abgenommen. Das HFR ist diesem Trend nicht immer gefolgt. Laut Zahlen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) blieb eine Patientin oder ein Patient im Jahr 2016 durchschnittlich 5,5 Tage in einem Schweizer Spital, 2017 waren es 5,4 Tage. Im HFR betrug die mittlere Aufenthaltsdauer laut Jahresberichten 6,9 im 2016, 7,2 im 2017 und 6,8 im 2018.

6.4. Anhebung der Dotation und der Lohnnebenkosten

Die Lohnnebenkosten machen fast 70% der Betriebskosten des HFR aus, daher ist es wichtig, diese Kosten im Auge zu behalten und einzudämmen. Trotzdem hat die Personalaufstockung in den letzten Jahren die Budgetvorhersagen überstiegen und nicht mit den Einkünften des HFR übereingestimmt. Beispiel:¹

- > Zwischen 2015 und 2016 hat die Personaldotation um 54 VZÄ zugenommen. Unter Einbezug der Lohnautomatismen sind die Personalkosten um 14 Millionen Franken angestiegen (+4,7%), während die Einnahmen lediglich um 9 Millionen Franken zugenommen haben (+2,1%).

¹ BAG (2017). Zeitreihe der «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» ab 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. Die Zahlen, die für die Berechnung der jährlichen Abweichungen der Betriebseinnahmen benötigt werden, stammen aus den Jahresberichten des HFR.

- > Zwischen 2016 und 2017 hat die Personaldotation um 89 VZÄ zugenommen und somit die Budgetvorhersagen um 39 VZÄ übertroffen. Unter Einbezug der Lohnautomatismen sind die Personalkosten um 16 Millionen Franken angestiegen (+5,1%), während die Einnahmen praktisch stabil geblieben sind (+ 0,6%).
- > Zwischen 2017 und 2018 hat die Personaldotation um 52 VZÄ zugenommen. Unter Einbezug der Lohnautomatismen sind die Personalkosten um 8,8 Millionen Franken angestiegen (+2,6%), während die Einnahmen um 18,5 Millionen Franken zugenommen haben (+4%).

Seit 2014 sind die Personalkosten schneller angestiegen als die Einnahmen.

Am 19. Februar 2018 hat der Staatsrat dem Finanzinspektorat den Auftrag gegeben, gemeinsam mit dem Amt für Personal und Organisation (POA) eine Vergleichsanalyse der Praxis bei der Funktionseinreihung der Arbeitsstellen und der Gehaltsfestlegung beim HFR und der Zentralverwaltung des Kantons durchzuführen.

Das POA hat insgesamt 159 Anstellungsdossiers aus den Jahren 2016 und 2017 geprüft, davon 108 im medizinischen und 51 im administrativen sowie im technischen Bereich. Das POA hat festgestellt, dass es für mehr als die Hälfte der Akten keine Pflichtenhefte gab. Darüber hinaus hat es mehrere Fälle entdeckt, in denen die im Pflichtenheft aufgeführte Funktion nicht der Aufgabenbeschreibung entspricht. Angesichts dieser hätte das POA eine tiefere Referenzfunktion – und somit einen tieferen Lohn – zugeteilt. Diese Feststellung betrifft den administrativen und den technischen Bereich. Im medizinischen Bereich hat das POA nichts Besonderes anzumerken.

In seinem Bericht hat das Finanzinspektorat fünf Empfehlungen betreffend Systematisierung der Pflichtenhefte für jeden Arbeitsplatz abgegeben. Das Gehalt ist den Anforderungen der Stelle und der bisherigen, der Funktion zugutekommenen Berufserfahrung anzupassen, in Übereinstimmung mit dem Beschluss vom 19. März 2019 über die Einreihung der Funktionen des Staatspersonals

6.5. Mit dem Mehrfachstandort zusammenhängende Kosten

Obwohl das HFR in den letzten Jahren verschiedene Zentralisierungen vorgenommen hat, ist festzustellen, dass einige Leistungen immer noch zu stark auf die verschiedenen Standorte verteilt sind. Dies kann hinsichtlich der kritischen Masse, der Qualität und der Effizienz problematisch sein.

7. Umgesetzte Massnahmen

Es wurden auf allen Ebenen Massnahmen zur Sanierung der Finanzen und zur Steigerung der Effizienz des HFR umgesetzt. Einige dieser Massnahmen haben bereits Früchte getragen und für das Geschäftsjahr 2018 ein weitaus besseres Ergebnis als erwartet sowie eine Senkung der Produktionskosten je DRG-Fall ermöglicht. So kostete ein akutsomatischer Spitalaufenthalt 2018 durchschnittlich 10 818 Franken, wohingegen er im 2016 noch 12 120 Franken gekostet hatte.¹

Dieses Kapitel gibt einen nicht abschliessenden Überblick über die wichtigsten Effizienz- und Organisationsmassnahmen, die umgesetzt wurden.

7.1. Führungssysteme

7.1.1. Verkleinerung des Verwaltungsrats

Der Staatsrat hat die Empfehlungen aus dem Bericht zu den Führungssystemen des HFR befolgt und dem Grossen Rat eine Änderung des HFRG vorgeschlagen. Diese setzt insbesondere die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrats mit beschliessender Stimme von neun auf sieben herab.

Am 1. Juli 2019 hat ein neuer Verwaltungsrat, bestehend aus drei vom Staatsrat und drei vom Grossen Rat bezeichneten Mitgliedern, seine Tätigkeit aufgenommen. Die vom Staatsrat bezeichneten Mitglieder stehen im Genuss einer Auftragsbeschreibung. Im September 2019 hat der Verwaltungsrat sein siebtes Mitglied ernannt, im Oktober seine Präsidentin. Letztere wird ihr Amt am 1. Januar 2020 antreten, um das Präsidium ad interim kümmert sich die Vertretung des Staatsrats.

7.1.2. Direktionsrat ist vollständig

Am 27. Juni 2018 wurde der neue Generaldirektor ernannt und der Direktionsrat mit einem neuen Direktor Personal, einem neuen Direktor Finanzen, einem neuen Direktor für Informationssysteme und Projekte sowie einem neuen medizinischen Direktor bestückt. Seit dem 1. Juni 2019 ist der Direktionsrat vollständig.

7.1.3. Schaffung eines ständigen Ausschusses HFR–GSD

Im Februar 2018 haben Staatsrätin Anne-Claude Demierre und der damalige HFR-Verwaltungsratspräsident Philippe Menoud einen ständigen Ausschuss aus Vertreterinnen und Vertretern des HFR und der GSD ins Leben gerufen. Dieser Ausschuss ermöglicht einen besseren Austausch zwischen der GSD und dem HFR sowie die Formalisierung der Ein-

¹ Benchmark 2018 zwischen den Schweizer Spitalern.

zelheiten ihrer Zusammenarbeit in Bezug auf die budgetären und finanziellen Herausforderungen.

Der Ausschuss wurde ferner damit beauftragt, die Zahlen der gemeinwirtschaftlichen und der allgemeinen Leistungen zu klären und den Rahmen ihrer Finanzierung festzulegen, was wiederum zur Entstehung eines einschlägigen Konzepts geführt hat, das vom Verwaltungsrat und vom Staatsrat genehmigt wurde.

Um den Empfehlungen des Austauschs Folge zu leisten und die Gespräche mit dem Amt für Gesundheit (GesA) und der Direktion Finanzen zu formalisieren, wurden 2019 vierteljährliche Treffen eingeführt. Diese Sitzungen sind namentlich da, um die finanzielle Situation des HFR im Auge zu behalten (Quartalsabschlüsse), was umso wichtiger ist, seit die Direktorin für Gesundheit und Soziales und der Vorsteher des GesA nicht mehr an den Sitzungen des Verwaltungsrats teilnehmen.

7.2. Umsetzung der Empfehlungen des Finanzinspektorats punkto finanzielle Information des HFR

Zur Umsetzung der Massnahmen des Finanzinspektorats hat das HFR einen umfassenden Aktionsplan erstellt, dessen Umsetzung er acht bereichsübergreifende Arbeitsgruppen anvertraut hat. Diese Arbeitsgruppen funktionieren mit einer transparenten Führung und erstatten dem HFR-Direktionsrat, der GSD und dem Finanzinspektorat regelmässig Bericht über das Fortschreiten der Arbeiten.

Des Weiteren hat das HFR Anweisungen erlassen, welche die Aufstellung des jährlichen Budgets formalisieren und die Rollen, Kompetenzen und Verantwortungen aller Beteiligten klar definieren.

Ein neues Reglement mit einschlägigen Richtlinien legt fortan die Kriterien fest, die eingehalten werden müssen, um einen Investitions- oder Projektantrag einzureichen. Es definiert auch den Entscheidungsprozess und die Kompetenzen der einzelnen Beteiligten. Die Vorgehen wurden formalisiert, ein Konzept wurde ausgearbeitet. In diesem Sinne wurden alle noch nicht lancierten Investitionen und Projekte aus den Jahren vor 2019 gestoppt; für sie muss ein neuer Antrag eingereicht werden.

Der Verwaltungsrat ist dabei, einen Investitionsplan abzuschliessen, der ihm einen Gesamtüberblick über die laufenden oder geplanten Aktivitäten gibt sowie die Möglichkeit, wenn nötig Massnahmen zu treffen.

Alle Unterhalts- und Reparaturarbeiten sowie das Ersetzen der medizinischen Geräte werden derzeit auf ein Minimum beschränkt.

7.3. Nachverfolgung der Umsetzung der Empfehlungen des Finanzinspektorats: Zusammenfassung

Am 30. August 2019 stehen 33 von den 86 Empfehlungen des Finanzinspektorats zur Validierung bereit, 45 sind in Umsetzung begriffen und sieben sind in Verzug was die vom Finanzinspektorat vorgegebenen Fristen anbelangt. Es ist zu betonen, dass die Empfehlung 46 die Nachverfolgung der ersten Empfehlungen vom 22. Januar 2018 erfordert; auch dies ist im Gange.

Ausserdem wird das Finanzinspektorat Ende 2020 ein neues Audit durchführen, um die Umsetzung der Empfehlungen zu validieren.

7.4. Senkung der mittleren Aufenthaltsdauer

2018 hat das HFR Massnahmen umgesetzt, mit denen die mittlere Aufenthaltsdauer von 7,2 Tagen im 2017 auf 6,8 Tage im 2018 reduziert werden konnte, ohne Einbussen bei der Qualität der Pflege.¹ Eine dieser konkreten Massnahmen besteht z.B. darin, dass ein multidisziplinäres Team sich jeden Morgen trifft, um zu besprechen, welche Patientin bzw. welcher Patient entlassen werden kann und was für den Austritt vorzubereiten ist. Durch dieses Vorgehen standen dem HFR mehr Betten zur Verfügung, wodurch es 2018 knapp 1700 Patientinnen und Patienten (+10%) mehr behandeln konnte als im Vorjahr. Tatsächlich ist der Ertrag im stationären Bereich von 232 Millionen Franken im 2017 auf 252 Millionen Franken im 2018 angestiegen, das sind 20 Millionen Franken mehr (+8,6%).²

Das HFR muss die Bemühungen fortsetzen, um eine mittlere Aufenthaltsdauer zu erreichen, die den Durchschnitt der vergleichbaren Spitäler nicht übersteigen darf und dem Auftrag und den strategischen Zielen 2019–2021 entspricht.

7.5. Personalstopp: Analyse der Personaldotation und des Lohnaufwands

Derzeit werden zahlreiche Massnahmen zur Stabilisierung und zur Analyse der Personalkosten umgesetzt, namentlich:

- > restriktive Stellenvergabe,
- > systematische Analyse der Zahl der notwendigen VZÄ,
- > Verbesserungen punkto Umgang mit Personalabwesenheiten,
- > Einsetzung einer Personalkommission,
- > Ausarbeitung eines präzisen Personalbudgets,
- > Überarbeitung der Arbeitsverträge der Ärzteschaft,
- > Umsetzung einer Fachstelle für die Koordination mit dem POA des Staates Freiburg,

¹ HFR (2019). Jahresbericht 2018. Freiburg: S. 14 und S. 62.

² HFR (2019). Jahresbericht 2018. Freiburg: S. 51 und S. 54.

- > zentralisierte Analyse und Planung der Kosten für Aus- und Weiterbildungen in der Personalabteilung.

7.6. Multi-Site-Spital

Bevor die neue Unternehmensstrategie des HFR vom Verwaltungsrat verabschiedet wird, hat das HFR insbesondere bereits die nachfolgenden Sparmassnahmen umgesetzt:

- > Schliessung des OP-Trakts am HFR Riaz nachts unter der Woche, wegen geringer Tätigkeit,
- > Neuorganisation der Anästhesiologie der Standorte Riaz und Tafers, zur Optimierung der Nutzung der Personalressourcen,
- > Zentralisierung der Sterilisationsarbeiten am Standort Freiburg,
- > Unterzeichnung einer Zusammenarbeitsvereinbarung mit der zentralen Beschaffungs- und Biomedizintechnikstelle des Waadtländer Universitätsspitals CHUV und des Genfer Universitätsspitals HUG (Verwaltungsrat), wodurch das HFR dank der gemeinsamen Anschaffung von Material mit anderen Westschweizern Spitälern von den tiefsten Marktpreisen profitiert,
- > Auslagerung der Wäscheverarbeitung der Standorte Freiburg und Tafers.

8. Auftrag und strategische Ziele 2019–2021 des Staatsrats für das HFR

Zur Bestätigung der zentralen Rolle des HFR bei der Deckung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung hat der Staatsrat dem Verwaltungsrat am 28. Mai 2019 den Auftrag und die strategischen Ziele 2019–2021 übermittelt, den bzw. die er ihm vorgibt. Das entsprechende Dokument wird in jeder Legislaturperiode überprüft und aktualisiert.

Die folgenden Punkte wurden aus diesem Dokument übernommen.

8.1. Der Auftrag

Das HFR spielt im Freiburger Gesundheitssystem eine strategische Rolle. Es erfüllt die Bedürfnisse der Freiburger Bevölkerung, indem es in beiden Kantonssprachen die Leistungen anbietet, die ihm aufgrund der Spitalplanung zufallen. Es bietet qualitativ hochstehende Leistungen zu wirtschaftlichen Kosten an, sodass seine starke Position zwischen den zwei Universitätszentren Lausanne und Bern garantiert ist.

Zu diesem Zweck ist das HFR besonders darum bemüht, dass die Bevölkerung Zugang zu einem breitgefächerten stationären und ambulanten Leistungsangebot in den Bereichen der inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie sowie der Notfallpflege hat. Ausserdem garantiert das HFR den Betrieb

von Einrichtungen der Rehabilitation und der Palliativpflege, die auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt sind.

Das HFR setzt sich ferner für die Aus- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal ein. Schliesslich kümmert es sich aktiv um Synergien mit den verschiedenen Gesundheitsdienstleistenden, die auf dem Freiburger Kantonsgebiet tätig sind, wobei es darum bemüht ist, sich in die Behandlungskette zu integrieren.

8.2. Die strategischen Ziele

Zur Erfüllung dieses Auftrags legt der Staatsrat die strategischen Ziele fest, die das HFR bis 2021 erreichen muss:

8.2.1. Zugänglichkeit der Pflegeleistungen, Leistungsqualität und -effizienz

Im Rahmen der Spitalplanung

- > liefert das HFR qualitativ hochstehende Leistungen zur Deckung der Gesundheitsbedürfnisse der Freiburger Bevölkerung. Es bietet rund um die Uhr eine stationäre Notfallversorgung an.
- > bietet das HFR seine Leistungen in beiden Kantonssprachen an.
- > bietet das HFR qualitativ hochstehende stationäre und ambulante Leistungen sowie Leistungen der Rehabilitation an. Diese Leistungen festigen seinen Ruf, seine Wettbewerbsfähigkeit und seine Bekanntheit als Referenzspital für die Freiburger Bevölkerung. Im Hinblick darauf festigt und steigert das HFR seine Attraktivität für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zieht anerkannte Spezialistinnen und Spezialisten der Medizin und Pflege an.

Des Weiteren

- > belegt das HFR einen wichtigen Platz als Ausbildungsstätte. Darüber hinaus wirkt es aktiv an Entwicklung und Umsetzung des Masters in Medizin mit Schwerpunkt Hausarztmedizin, innere Medizin, allgemeine Chirurgie und Notfallpflege mit. Es betreibt klinische Forschung im Rahmen seiner Möglichkeiten.
- > respektiert das HFR die Grundsätze der Effizienz in Bezug auf die Verfügbarkeit seiner Leistungen. Es fördert den Unternehmens- und Innovationsgeist seiner Klinikdienste.
- > betreibt das HFR im Rahmen eines Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung ein qualitativ hochstehendes Qualitäts-, Risikomanagement- und Kontrollsystem. Es prüft und optimiert stetig die Prozesse auf allen Ebenen und in all seinen Tätigkeitsbereichen.
- > erfüllt das HFR vom Kanton erteilte *Public Health*-Aufträge, deren Modalitäten (inkl. Finanzierung) in einem Konzept sowie in den Leistungsaufträgen geregelt werden.

8.2.2. Synergien und Transversalität

- > Bei der internen Organisation versucht das HFR auf dem klinischen Behandlungspfad der ihm anvertrauten Patientinnen und Patienten so viele Synergien wie möglich zu entwickeln. Es passt seine Leistungen an, um der Entwicklung der Bedürfnisse im Gesundheitsbereich zu entsprechen.
- > Auf externer Ebene fördert das HFR – angesichts seiner zentralen Rolle innerhalb des Freiburger Gesundheitssystems – die Vernetzung und die Zusammenarbeit und sucht Kooperationen und Partnerschaften mit den verschiedenen Gesundheitsakteurinnen und -akteuren, insbesondere in der akutsomatischen Medizin, der Psychiatrie, der Rehabilitation, der Langzeitpflege, aber auch mit den Spitex-Diensten.

8.2.3. Infrastrukturen

- > Das HFR verfolgt beim Betrieb aller Infrastrukturen, für die es die Verantwortung trägt, eine verantwortungsbewusste und nachhaltige Ressourcenstrategie.
- > Es garantiert eine qualitativ hochstehende Infrastruktur, die auf die Integration der Behandlungskette ausgerichtet ist und den Patientinnen und Patienten mit Respekt begegnet. Es sorgt für einen effizienten Betrieb und eine angemessene Qualität der Infrastrukturen.

8.2.4. Wirtschaftlichkeit

- > Das HFR ist besonders auf das Volumen und die Kosten seiner Leistungen bedacht und garantiert ein finanziell ausgeglichenes Ergebnis.
- > Dank eines wirtschaftlichen, effizienten und konkurrenzfähigen Betriebs kann es eine genügend hohe EBITDA-Marge erreichen, soll heissen: einen Jahresdurchschnitt von mindestens 5 bis 10%.
- > Die mittlere Aufenthaltsdauer der hospitalisierten Patientenschaft darf nicht höher sein als das Mittel der vergleichbaren Schweizer Spitäler.

8.2.5. Soziales

Kooperation und Partnerschaft

- > Das HFR besitzt eine Kooperations- und Partnerschaftskultur, die auf den Grundsätzen des Vertrauens und der Ethik beruht, dies sowohl intern als auch extern, mit den verschiedenen privaten und öffentlichen Anbieterinnen und Anbietern von Pflegeleistungen.
- > Im Rahmen seiner zentralen Rolle innerhalb des Freiburger Gesundheitssystems fördert das HFR die Zusammenarbeit und Partnerschaften in der Absicht der Wertschöpfung.

Personalwesen

- > Das HFR führt eine moderne und transparente Personalpolitik und hält sich an die ethischen Grundsätze. Somit ist es ein attraktiver Arbeitgeber auf dem Arbeitsmarkt.
- > Das HFR ist ein loyaler Arbeitgeber, der soziale Verantwortung übernimmt und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern attraktive und wertschätzende Arbeitsbedingungen anbietet. Auf diese Weise kann es seine Mitarbeitenden an sich binden.
- > Das HFR setzt eine Aus- und Weiterbildungspolitik um, die zur beruflichen Weiterentwicklung seiner Mitarbeitenden beiträgt.
- > Das HFR hält sich an die Grundlagen der Personalpolitik des Staates Freiburg.

8.3. Institutioneller Rahmen

8.3.1. Führungssysteme

- > Der Grosse Rat hat die Oberaufsicht über das HFR.
- > Der Staatsrat legt den Auftrag und die strategischen Ziele des Staates für das HFR fest. Er nimmt Kenntnis vom Budget und vom Jahresbericht des HFR und unterbreitet beides dem Grossen Rat, der ebenfalls davon Kenntnis nimmt.
- > Der Verwaltungsrat ist das strategische Organ des HFR. Er wird nach einem vom HFRG definierten Verfahren ernannt und nimmt seine Aufgaben und Zuständigkeiten nach den Vorgaben desselben Gesetzes wahr. Der HFR-Verwaltungsrat definiert namentlich die Unternehmensstrategie des HFR. Letztere wird in einem mehrjährigen Plan festgehalten, hält sich an den vorliegenden Auftrag und die strategischen Ziele des Staatsrats sowie an die Spitalliste.
- > Der Direktionsrat des HFR setzt die Strategie des Verwaltungsrats um.

8.3.2. Aufsicht und Transparenz

- > Der Verwaltungsrat trifft sich mindestens einmal jährlich mit dem Staatsrat oder dessen Delegation und erstattet ihm Bericht über seine Unternehmensstrategie.
- > Das HFR arbeitet eng mit der GSD und deren Gesa zusammen, damit diese ihre Aufsichtsrolle wahrnehmen kann. Das HFR benutzt ein mit der GSD vereinbartes Qualitätssystem zur Nachverfolgung der strategischen Ziele.
- > Das HFR unterbreitet seine Jahresrechnung einer externen Revisionsstelle gemäss *Swiss GAAP FER*.

9. Die Unternehmensstrategie des HFR

Ausgehend vom Auftrag und den strategischen Zielen 2019–2021, vorgegeben durch den Staatsrat, hat der HFR-Verwaltungsrat die nachfolgende Strategie 2030 formuliert (übernommen aus dem Dokument «Die HFR-Strategie 2030» des HFR vom 7. November 2019):

Die HFR-Strategie 2030

Das schweizerische Gesundheitssystem befindet sich mitten im Umbruch und das freiburger Spital (HFR) an einem Scheideweg: Es muss sich positionieren und von anderen Spitalern abheben, um ein wichtiger Akteur im Gesundheitswesen des Kantons Freiburg zu bleiben, während landesweit eine Konzentration der Gesundheitseinrichtungen über die Kantons-grenzen hinaus stattfindet.

Das HFR muss die zentrale Referenz für einen Grossteil der Freiburger Bevölkerung sein. Dank seiner grossen Palette an stationären, ambulanten und rehabilitativen Leistungen, der anerkannten Kompetenz seines medizinischen und pflegerischen Personals, seiner Nähe zu den Patienten und ihren Angehörigen sowie seiner Glaubwürdigkeit und der Qualität seiner Versorgung ist das HFR gut gerüstet, um die zahlreichen Herausforderungen, die es bis 2030 erwarten, zu meistern.

Mit der HFR-Strategie 2030 wollen der Verwaltungsrat und die Generaldirektion die Potenziale des Spitals erhalten und stärken sowie angemessene Antworten auf wichtige Herausforderungen liefern, mit denen das HFR in den nächsten Jahren konfrontiert sein wird.

Die Vision

«Ihr erstklassiger Gesundheitspartner in Ihrer Nähe»

Das HFR will ein Versorgungssystem von hoher Qualität gewährleisten, indem es in Zusammenarbeit mit den übrigen Partnern des Gesundheitswesens in Freiburg und ausserhalb patientennahe Grundleistungen in den beiden Kantons-sprachen anbietet. Eintrittsporten in jeder Region müssen es allen Einwohnerinnen und Einwohnern ermöglichen, schnell und effizient auf das Freiburger Gesundheitssystem zugreifen zu können, insbesondere im Notfall.

Der staatliche Auftrag

Die Kantonsbehörden haben dem HFR einen klaren Auftrag erteilt. Dieser lautet wie folgt:

- > «Das HFR hat eine wichtige Rolle im Freiburger Gesundheitssystem. Es erfüllt die Bedürfnisse der Freiburger Bevölkerung, indem es die Dienstleistungen, mit denen es durch die Spitalplanung beauftragt ist, in beiden Kantons-sprachen anbietet. Es bietet qualitativ hochwertige Dienstleistungen zu effizienten Kosten und sichert so eine

starke Position zwischen den beiden Universitätszentren Lausanne und Bern.»

- > «Das HFR legt besonderen Wert auf den Zugang der Freiburger Bevölkerung zu einem breiten Spektrum an stationären und ambulanten Leistungen in den Bereichen Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Akutgeriatrie und Notfallmedizin. Ausserdem gewährleistet das HFR den Betrieb von Strukturen der erweiterten Rehabilitation und der Palliative Care, die auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt sind.»
- > «Das HFR engagiert sich für die Aus- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals. Im Sinne einer integrierten Versorgungskette fördert es aktiv Synergien zwischen verschiedenen in Freiburg tätigen Gesundheitsakteuren.»
- > «Das HFR beteiligt sich an der Umsetzung des Masterstudiums in Humanmedizin.»

Die grössten Herausforderungen

Beim Erfüllen seiner Aufträge, mit denen es von den Kantonsbehörden und durch die Spitalplanung betraut wurde, ist das HFR mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert, die sich aus der Entwicklung im Gesundheitswesen ergeben. Darunter insbesondere die Folgenden:

- > zunehmende Bedeutung einer auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichteten Versorgungspolitik mit einer integrierten Versorgungskette (vor, während und nach dem Spitalaufenthalt) in den chirurgischen und interventionellen Fachgebieten
- > zunehmende Ambulantisierung, insbesondere in der Chirurgie, aufgrund der medizinischen Entwicklung und des politischen (Liste des EDI) und öffentlichen Willens
- > von Ärztesellschaften definierte Anforderungen in den Bereichen Qualität und Mindestfallzahlen
- > Bedürfnisse bezüglich Ausbildung und Rekrutierung von qualifiziertem Personal in einem Umfeld, in dem die Gefahr von Fachkräftemangel sowie eine starke Konkurrenz mit anderen Gesundheitsakteuren besteht
- > kontinuierlich steigender wirtschaftlicher Druck
- > Konkurrenz mit den anderen öffentlichen und privaten Spitalern innerhalb und ausserhalb des Kantons
- > hohe Erwartungen der öffentlichen Hand und der Bevölkerung an die Gesundheitsbranche aufgrund der starken Medialisierung der Entwicklungspotenziale in der Medizin, insbesondere durch die Nutzung von Big Data und der Präzisionsmedizin
- > Digitalisierung im Gesundheitsbereich (eHealth)
- > Personalmanagement

Die Werte des HFR und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die HFR-Strategie beruht auf starken Werten: Verantwortung, Empathie und Menschlichkeit, Kompetenz und Qualität, Transparenz sowie Kreativität und Innovation.

Die zukünftige Entwicklung des HFR, die vom gesamten HFR-Personal getragen wird, basiert auf diesen Werten sowie der Überzeugung, dass das Patienteninteresse im Zentrum aller Überlegungen und Entscheidungen des Spitals stehen muss.

Bei der Umsetzung seiner Strategie kann sich das HFR auf seine hoch qualifizierten und motivierten Mitarbeitenden verlassen, die in jeder Situation eine hohe Professionalität beweisen und so die Werte unseres Spitals leben. Dank ihrem Engagement ist das HFR für die Qualität des Empfangs und der Versorgung seiner Patienten bekannt und erhält viel Unterstützung von der Freiburger Bevölkerung, bei der es einen sehr guten Ruf hat. Diese Bekanntheit gilt es zu erhalten.

Die Grundprinzipien der HFR-Strategie

Auf der Grundlage des Obenerwähnten hat der Verwaltungsrat des HFR drei Grundsätze festgelegt, die einen allgemeinen Rahmen für die strategische Entwicklung des Spitals für den Zeitraum 2020–2030 bilden.

Ein starkes und im Schweizer Gesundheitswesen anerkanntes Spital mit mehreren Standorten

Der Hauptauftrag, der von den Kantonsbehörden (Spitalplanung) definiert wird, besteht darin, der gesamten Freiburger Bevölkerung eine hochwertige, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Guten Praxis basierende Grundversorgung zu bieten. Darüber hinaus ist es wichtig, dass das HFR seine Position als DAS Spital des Kantons, das zwischen den beiden Referenzspitälern CHUV und Inselspital eine grosse Palette an Leistungen anbietet, festigt und klärt. Die Umsetzung dieses Auftrags will der Verwaltungsrat durch Spitalabteilungen gewährleisten, die folgende Fachbereiche abdecken:

- > Allgemeine Innere Medizin, stationäre und ambulant (einschliesslich medizinische Onkologie, allgemeine Neurologie, Bereich Mutter & Kind und Palliative Care)
- > Allgemeine Chirurgie (viszeral, orthopädisch, gynäkologisch, pädiatrisch, allgemein neurochirurgisch, vaskulär)
- > Notfallstation 24/24
- > Akutgeriatrie
- > erweiterte Rehabilitation

Für Behandlungen, welche die Kompetenzen und die medizintechnische Infrastruktur eines Universitätsspitals erfordern, wird das HFR seine institutionalisierten Partnerschaften mit dem Inselspital bzw. dem CHUV systematisch weiterführen. Diese betreffen insbesondere:

- > die spezialisierte medizinische Onkologie
- > die spezialisierte Neurologie (Stroke Center, Epilepsie, Gedächtnis)
- > die spezialisierte Chirurgie (schwere Traumatologie (Trauma-Zentrum), Kardiologie, Thorax, komplexe Neurochirurgie)
- > die Immunologie
- > die Präzisionsmedizin
- > die Leistungen der hochspezialisierten Medizin (HSM), die nicht unter den Leistungsauftrag des HFR fallen

Der Verwaltungsrat ist überzeugt, dass die Weiterentwicklung des HFR, die auf der Festigung seiner Rolle als Anbieter allgemeiner und spezialisierter Leistungen ausserhalb des Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichs der Universitätsspitäler beruht, das langfristige Bestehen des Spitals sicherstellen wird.

Innerhalb des HFR müssen wir die Definition von kohärenten und effizienten Behandlungspfaden und -flüssen fortsetzen und ausbauen und dort, wo es Sinn macht, insbesondere auf die Transversalität achten. Die Verbesserung der Versorgungseffizienz soll zu einer allgemeinen Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer, zu Fallkosten im Rahmen des Durchschnitts vergleichbarer Schweizer Spitäler und zu einer wirksamen Nutzung der verfügbaren Ressourcen führen.

Ausserdem ist der Bau eines neuen Hauptstandorts für die stationäre Akutpflege unerlässlich, um das langfristige Bestehen des HFR sicherzustellen.

Das Referenzspital des Freiburger Gesundheitssystems

Seine geografische Lage und seine Infrastruktur machen das HFR zu einem Grundpfeiler des Freiburger Gesundheitssystems. Angesichts der demografischen und epidemiologischen Herausforderungen muss das Spital gemäss seinem Auftrag seine Präsenz vor Ort unbedingt festigen und erweitern.

Zu diesem Zweck verfolgt das Spital die Entwicklung einer auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichteten integrierten Versorgungspolitik. Zu diesem Zweck strukturiert es seine Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Praxen und Ärzten, den Spitex-Diensten und den Pflegeheimen für die Betreuung vor und nach dem Spitalaufenthalt in den beiden Kantonssprachen.

Darüber hinaus wird das HFR auch mobile Teams aufbauen und konsolidieren, welche die Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim unterstützen können, sowie die strukturellen Verbindungen zwischen den Spitalabteilungen und den niedergelassenen Ärzten vertiefen und erweitern. Schliesslich will das HFR seine Zusammenarbeitspolitik mit dem Interkantonalen Spital der Broye (HIB) und den Freiburger Privatkliniken im Sinne der Komplementarität (z. B. Geburtshilfe) ausbauen.

Ein Spital als Hochburg für die allgemeine und spezialisierte Ausbildung von Ärzten und Pflegenden

Die Vor- und Nachdiplomausbildung sowie die paramedizinische und spezialisierte Ausbildung gehören neben der klinischen Forschung zu den Aufgaben des HFR. Die Einführung eines Masters in Humanmedizin durch die Universität Freiburg sowie die Präsenz der Hochschule für Gesundheit Freiburg sind starke Hebel, um zukünftige Fachkräfte anzuziehen und zu halten, und sollten es dem HFR ermöglichen, seine Rolle als starker Ausbildungs- und Forschungsstandort zu stärken. Das Spital will zum Erfolg dieser Ausbildungsprogramme beitragen, indem es sich auf die Bereiche Innere Medizin, nicht universitäre allgemeine und spezialisierte Chirurgie, Geriatrie, Rehabilitation und Palliative Care konzentriert.

Ziele 2020–2029

Die Umsetzung der HFR-Strategie 2030 erfolgt über sieben Ziele:

- 1. Starke regionale Präsenz und Überarbeitung der medizinischen Aufträge pro Standort:** Das HFR will seine starke regionale Präsenz erhalten. Es wird jedoch im Hinblick auf die Entwicklung der Medizin und der medizinischen Demografie überprüfen, ob die Standortaufträge mit den Bedürfnissen des Spitals vereinbar sind. Die Aufträge werden sich ausschliesslich auf ihre Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Patienten sowie auf eine Versorgungspolitik stützen, die den Anforderungen an Qualität, Sicherheit, klinische und wirtschaftliche Effizienz entspricht. Die territoriale und klinische Organisation der medizinischen Versorgung wird sich auch an der grundlegenden strategischen Perspektive des Baus eines neuen Hauptspitalstandorts ausrichten.
- 2. Konzentration auf den Hauptauftrag:** Das HFR erhält und entwickelt nur die klinischen Leistungen, die zu seinem Hauptauftrag gehören und in deren Rahmen ausreichend Patienten behandelt werden, um die Anforderungen an die Versorgungsqualität und -sicherheit zu erfüllen.
- 3. Beschleunigung der Ambulantisierung:** Das HFR will die Ambulantisierung beschleunigen und ausbauen, also auf Hospitalisierungen verzichten, wenn dies vertretbar ist. Dies betrifft insbesondere die Chirurgie und die interventionelle Medizin (Kardiologie usw.). Dazu wird es sich an den in diesem Bereich fortschrittlichen Ländern orientieren.
- 4. Stärkung der Unabhängigkeit und finanziellen Leistungsfähigkeit:** Was die Finanzen betrifft, wird das HFR eine Politik verfolgen, die langfristig auf das Erreichen eines ausgewogenen Finanzhaushalts sowie von Selbstfinanzierungsmargen abzielt, die es ihm ermöglichen, einen wesentlichen Beitrag zu künftigen Investitionen zu leisten. Diese Nachhaltigkeit spiegelt sich in der Kostendämpfung, der ständigen Suche nach Optimierungspotenzialen im operativen Spitalbetrieb auf allen Ebenen und einer offenen

siven Tarifpolitik wider. Im Hinblick auf die Selbstfinanzierungskapazitäten strebt das HFR bis zum Ende des Zeitraums 2020–2029 ein EBITDA von über 8 Prozent an.

- 5. Ausbau des Partnernetzwerks:** Das HFR definiert für die Betreuung vor und nach dem Spitalaufenthalt eine Partnerschaftspolitik mit neuen oder aktualisierten Partnerschaftsverträgen mit dem CHUV, dem Inselspital, dem HIB und den Freiburger Privatkliniken. Das Gleiche gilt für Spitex-Dienste, das FNPG sowie die niedergelassenen Ärzte. Ausserdem will das Spital durch die Entwicklung von mobilen ambulanten Teams seine Rolle in der prä- und postklinischen Versorgung stärken.
- 6. Entwicklung von Ausbildungsprogrammen innerhalb und ausserhalb des Spitals:** Die Rolle des HFR als Ausbildungsspital wird sich auf seine Expertise in der nicht universitären allgemeinen und spezialisierten Medizin und Chirurgie konzentrieren. Mit dem Aufbau gezielter Partnerschaften, insbesondere mit dem Inselspital und dem CHUV, will das Spital seine Position als überkantonale Referenz festigen. Zu diesem Zweck wird sich das HFR insbesondere auf den gemeinsam mit der Universität Freiburg entwickelten neuen Master in Humanmedizin stützen und die Partnerschaft mit der Hochschule für Gesundheit Freiburg fortsetzen, um eine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Praxis zu fördern.
- 7. Ausbau der klinischen Forschung:** Um seinen Ruf im Bereich der klinischen Forschung zu festigen, will das HFR eine institutionelle Politik einführen, die auf drei Achsen beruht: Als Erstes wird die Möglichkeit geprüft, in enger Zusammenarbeit mit benachbarten Universitätsspitalern eine Ausbildung in klinischer Forschung für die besten klinisch Forschenden am HFR einzuführen. Weiter plant das HFR den Betrieb eines Datawarehouse für die klinische Forschung, das die Arbeit seiner Forscher erleichtern soll. Und schliesslich unterstützt die Spitalleitung die bei der Universität Freiburg und/oder nationalen Forschungsförderungseinrichtungen eingereichten klinischen Forschungsprojekte.

Umsetzung der HFR-Strategie 2030

Die erste Phase der Umsetzung der vom HFR-Verwaltungsrat festgelegten Strategie 2030 wird in einem von der Generaldirektion erstellten und vom Verwaltungsrat des HFR genehmigten operativen Plan für die Jahre 2020–2024 definiert.

Der Fortschritt der Umsetzung der Strategie 2030, ihre Ergebnisse in Bezug auf die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung in unserem Spital sowie ihre Angemessenheit im wirtschaftlichen Kontext werden vom Verwaltungsrat des HFR laufend bewertet. Die Führungsgremien des HFR besprechen diese Bewertungen regelmässig und transparent mit dem Staatsrat, der Direktion für Gesundheit und Soziales und dem Grosse Rat und informieren die Freiburger Bevölkerung darüber.

VR HFR – 7. November 2019

10. Stellungnahme des Staatsrats zur Strategie des HFR

Der Staatsrat hat die HFR-Strategie 2030, die ihm der Verwaltungsrat unterbreitet hat, aufmerksam analysiert. Er weist darauf hin, dass die Unternehmensstrategie den Auftrag und die strategischen Ziele 2019–2021 des Staatsrats für das HFR im Grossen und Ganzen übernimmt und sich zu eigen macht.

Der Staatsrat nimmt zur Kenntnis, dass das HFR diese Unternehmensstrategie in einem operationellen Plan für die Jahre 2020–2024 umsetzen wird. Dieser wird es dem Staatsrat erlauben, die Auswirkungen dieser Strategie zu beurteilen, namentlich unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisse der Bevölkerung. Der Staatsrat erwartet, dass dieser operationelle Plan konkrete Umsetzungsmassnahmen enthält und die Auswirkungen des Leistungsangebots sowie der finanziellen Auswirkungen analysiert. Damit sollen qualitativ hochstehende Leistungen zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung in beiden Kantonssprachen garantiert werden. Der Staatsrat findet, dass sich das HFR mit dieser Strategie in der Schweizer Spitallandschaft als starkes Spital positionieren kann.

Die Vision

Der Staatsrat ist einverstanden mit der formulierten Vision und begrüsst die Tatsache, wonach in jeder Region Eintrittspforten jeder Bewohnerin und jedem Bewohner einen raschen und effizienten Zugang zum Freiburger Gesundheitssystem ermöglichen sollen, insbesondere in Notfällen.

Die grössten Herausforderungen sowie die Werte des HFR und Mitarbeitende, die diese am Leben erhalten

Der Staatsrat stellt fest, dass das HFR dieselben Herausforderungen bewältigen muss, wie alle anderen Schweizer Spitäler. Er teilt die Werte, die in der Strategie formuliert werden, und unterstreicht das Engagement der Mitarbeitenden, die es ermöglichen, der Freiburger Bevölkerung qualitativ hochstehende Pflegeleistungen anzubieten.

Die wichtigsten Grundsätze der HFR-Strategie

Der Verwaltungsrat schlägt ein Inventar der medizinischen Bereiche vor, die er garantieren will, um seinen Auftrag zu erfüllen. Der Staatsrat erinnert daran, dass alle von der aktuellen Spitalplanung gewährten Leistungen garantiert werden müssen.

Was die Zusammenarbeit mit den anderen Spitälern betrifft, so begrüsst der Staatsrat diese, insbesondere mit dem CHUV und dem Inselspital Bern. Er ist ebenfalls der Meinung, dass die Effizienz bei der Versorgung gesteigert werden muss, namentlich durch eine allgemeine Senkung der mittleren Aufenthaltsdauer und durch eine angemessene Verwendung der verfügbaren Ressourcen.

Der Staatsrat unterstützt grundsätzlich den Bau eines neuen Hauptstandorts für die akute Spitalpflege. Er erarbeitet derzeit eine gesetzliche Grundlage, die ihm die finanzielle Unterstützung eines solchen Projekts erlaubt. Die Form dieser Unterstützung muss noch festgelegt werden. Er erwartet vom Verwaltungsrat, dass er ihm ein konkretes und in Zahlen ausgedrücktes Projekt sowie einen Zeitplan für die Umsetzung vorlegt.

Der Staatsrat begrüsst es, dass der HFR-Verwaltungsrat einen integrierten Ansatz bei der Pflege vorschlägt, der alle Partnerinnen und Partner auf der gesamten Versorgungskette miteinbezieht, im Hinblick auf eine Stärkung der Koordination und der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der operationelle Plan muss die Grundsätze der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnerinnen und Partnern klar definieren.

Der Staatsrat nimmt zur Kenntnis, dass das HFR eine neue Leistung mit mobilen Teams zur Unterstützung zu Hause oder in den Pflegeheimen entwickeln will. Er wartet noch, bis ein Konzept mit den organisatorischen und finanziellen Aspekten vorliegt, bevor er sich dazu äussert.

Der Staatsrat begrüsst die Ausbilder-Rolle des HFR in Bezug auf die Nachfolge beim medizinischen und pflegerischen Personal.

Ziele 2020–2029

Das erste Ziel (*«Starke regionale Präsenz und Aktualisierung der medizinischen Aufträge der einzelnen Standorte»*) übernimmt den Aspekt der Nähe des HFR und präzisiert gleichzeitig, dass es notwendig sein wird, die Angemessenheit der Aufträge der Standorte zu überarbeiten. Der Staatsrat unterstützt dieses erste Ziel, wird indes darauf achten, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung im Sinne des Auftrags und der strategischen Ziele 2019–2021 des Staatsrats für das HFR sowie der Spitalplanung gedeckt bleiben.

Was das zweite Ziel (*«Konzentration auf den grundlegenden Auftrag»*) und das dritte Ziel (*«Beschleunigung der ambulanten Wende»*) betrifft, stimmt der Staatsrat der strategischen Ausrichtung des HFR zu.

Was das vierte Ziel betrifft (*«Stärkung der Unabhängigkeit und der finanziellen Gesundheit»*), so erinnert der Staatsrat daran, dass im Auftrag und in den strategischen Zielen 2019–2021 des Staatsrats für das HFR bis 2021 ein finanzielles Gleichgewicht und eine EBITDA-Marge von 5 bis 10% erwartet werden.

Der Staatsrat begrüsst das fünfte Ziel (*«Ausbau des Partnernetzwerks»*), das die Integration der Leistungen über die gesamte Versorgungskette hinweg ermöglichen wird, um die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu decken. Auch

dem sechsten Ziel («Ausdehnung der Bildungsgänge inner- und ausserhalb des Spitals») stimmt er zu.

Beim siebten Ziel («Ausbau der klinischen Forschung») unterstreicht der Staatsrat die Bedeutung der klinischen Forschung, die im Rahmen der Möglichkeiten des HFR erfolgen muss.

Umsetzung der HFR-Strategie 2030

Der Staatsrat wird sich im Rahmen der Umsetzung der Unternehmensstrategie vergewissern, dass die Bedürfnisse der Freiburger Bevölkerung, deren Abdeckung in der Spitalplanung vorgesehen ist, respektiert werden. Des Weiteren erwartet er, dass der operationelle Plan auch die finanziellen Auswirkungen der Strategie aufzeigt. Der Staatsrat erinnert ferner daran, dass manche Entscheide allenfalls in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, auf Stellungnahme der Kommission für Gesundheitsplanung.

Der Grosse Rat wird anhand der Jahresberichte des Staatsrats und des HFR regelmässig über die Strategie informiert.

11. Stellungnahme des Staatsrats den dringenden Massnahmen

Der Verwaltungsrat des freiburger spitals (HFR) hat der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) am 12. November 2019 einen Brief mit kurzfristigen dringenden Massnahmen im Sinne der Entwicklungsvision des HFR zukommen lassen. Es handelt sich um die nachfolgenden langfristigen Massnahmen, die im Prinzip im Laufe des Jahres 2020 umgesetzt werden sollen:

- > *Zusammenlegung der gesamten Palliative Care in der Villa St-François. Die Rede ist von einer Verlegung der derzeit nicht akkreditierbaren Abteilung des HFR Meyriez-Murten in die Villa St-François. Ziel ist die Aufrechterhaltung der Palliative Care Akkreditierung am HFR – die Anforderungen sind angepasst worden – und die bessere Verwaltung der Ressourcen, im Hinblick auf eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse des Personals.*
- > *Verlegung der kardiovaskulären Rehabilitation – auch dieser Punkt betrifft die neuen Normen – des HFR Billens an den Standort Meyriez-Murten. Ziel ist die Aufrechterhaltung des Zertifizierungsniveaus und die Erfüllung der neuen Anforderungen in Bezug auf Sicherheit, Qualität und Personalmanagement.*

In seinem Schreiben teilt der Verwaltungsrat zudem mit, dass er vorhat, den Standort Billens zu restrukturieren:

Mit Bezugnahme auf den Expertenbericht über die Rehabilitation hat der Verwaltungsrat ebenfalls beschlossen, dass die Frage des Standorts Billens in den kommenden Wochen untersucht werden muss; Ziel ist es, die Restrukturierungsvarianten zu prüfen und im Rahmen des 4-Jahres-Massnahmenplans,

der anfangs des nächsten Jahres vorliegen sollte, einen Vorschlag zu machen.

Der Staatsrat nimmt zu den angekündigten Massnahmen wie folgt Stellung:

- > **Massnahmen Palliative Care und kardiovaskuläre Rehabilitation:** Der Staatsrat nimmt die Beschlüsse des Verwaltungsrats zur Kenntnis; diese betreffen die operative Führung und fallen somit in die Zuständigkeit des Verwaltungsrats. Er erinnert daran, dass diese Leistungen in beiden Amtssprachen des Kantons gewährleistet sein müssen;
- > **Restrukturierungsvarianten am Standort Billens:** Der Staatsrat ruft in Erinnerung, dass eine Schliessung des Standorts oder eine vollständige Stilllegung der stationären Leistungen an einem Standort in die Zuständigkeit des Staatsrats fallen (Art. 25 Gesetz über das freiburger spital – HFRG) und der Kommission für Gesundheitsplanung zur Stellungnahme zu unterbreiten sind. Er weist darauf hin, dass solche Entscheide eine eingehende Analyse erfordern, unter Berücksichtigung der Abdeckung der Bedürfnisse, der Leistungsqualität für die Bevölkerung und zuverlässiger Zahlen.

12. Schluss

Angesichts diverser Herausforderungen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung und einer starken Konkurrenz musste das HFR in den letzten Jahren mit zahlreichen (vor allem finanziellen) Schwierigkeiten kämpfen. Der Staatsrat betont, dass das HFR eine Reihe von Effizienz- und Organisationsmassnahmen umgesetzt hat, die eine Verbesserung der finanziellen Situation ab 2018 ermöglicht haben.

Trotzdem bleibt die Lage schwierig und erfordert die Umsetzung von noch strengeren Massnahmen. Aus diesem Grund hat der HFR-Verwaltungsrat ab Januar 2019 eine Unternehmensstrategie ausgearbeitet, die auf dem Auftrag und den strategischen Zielen 2019–2021 des Staatsrats für das HFR basiert. Diese Strategie wurde am 27. November 2019 den Partnerinnen und Partnern, den politischen Vertreterinnen und Vertretern, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Medien präsentiert. In der Folge muss sie durch einen operationellen Plan in die Tat umgesetzt werden.

Der Staatsrat unterstützt diese Strategie und wird im Rahmen der Umsetzung des operationellen Plans dafür sorgen, dass die in der Spitalplanung enthaltenen Bedürfnisse der Bevölkerung durch qualitativ hochstehende Leistungen gedeckt werden. Er nimmt die geplanten dringenden Massnahmen im Zusammenhang mit der Palliative Care und der kardiovaskulären Rehabilitation zur Kenntnis. Der Staatsrat verlangt, dass der operationelle Plan die Aufträge und die Leistungen der Standorte sowie die finanziellen Auswirkungen der Massnahmen festhält. Für die Führungssysteme

hat der Staatsrat die erforderlichen Massnahmen getroffen, indem er dem Grossen Rat eine Änderung des HFRG vorgeschlagen hat.

Der Staatsrat ist überzeugt, dass sich das HFR dank der unternommenen Schritte als starkes Spital in der Schweizer Spitallandschaft positionieren können wird. Dank des stetigen Engagements seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird das HFR auch in Zukunft qualitativ hochstehende Leistungen erbringen.

Wir bitten Sie, von diesem Bericht Kenntnis zu nehmen, der den folgenden parlamentarischen Vorstössen Folge leistet:

- > Postulat 2017-GC-188 Jean-Daniel Schumacher/Philippe Savoy: *Finanzlage des freiburger spitals (HFR)*,
 - > Postulat 2018-GC-139 Gapany Johanna/Schumacher Jean-Daniel: *HFR: Der Auftrag zuerst* und
 - > Auftrag 2018-GC-152 Schmid Ralph Alexander et al., *Strategischer Auftrag und Finanzierung des HFR*.
-