

RAPPORT N° 88 19 août 2008
du Conseil d'Etat au Grand Conseil
**sur le postulat N° 317.06 Christine Bulliard/
Markus Bapst concernant la médecine de premier
recours et les soins médicaux de base dans
les régions périphériques**

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de rapport sur le postulat Christine Bulliard/Markus Bapst concernant la médecine de premier recours et les soins médicaux de base dans les régions périphériques.

1. LE POSTULAT

1.1 Résumé

Par postulat déposé et développé le 27 juin 2006 (BGC p. 1543), les députés Christine Bulliard et Markus Bapst ainsi que 10 cosignataires ont demandé d'étudier la situation et l'évolution dans le domaine de la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg.

Les postulants sont préoccupés par une diminution du nombre de médecins libres praticiens de premier recours dans le canton de Fribourg. En résumé, les postulants craignent que cette diminution, qui semble être imputable à divers facteurs qui seront rappelés plus bas, pourrait avoir les conséquences suivantes pour le canton de Fribourg:

- L'offre de médecine de premier recours devient insuffisante, notamment en périphérie. Cette évolution est accélérée par le vieillissement de la population qui accroît le besoin de médecins de premier recours.
- Les médecins de premier recours ne parviennent plus à suivre les aînés et retarder leur entrée dans les homes. Il en résulte un manque de structures d'accueil pour les personnes âgées.
- Les médecins de premier recours ne parviennent plus à assumer le service de garde tel que prévu par la loi. Les hôpitaux, notamment les services d'urgence, plus coûteux, se substituent aux médecins de premier recours. Il en résulte une augmentation des coûts de la santé.
- Les patients s'adressent directement au médecin spécialiste, plus coûteux, ce qui génère une augmentation des coûts de la santé.
- Il n'y a plus de médecin qui suit régulièrement le patient, qui le connaît et qui garde une vue d'ensemble sur sa santé.

Le postulat demande par conséquent un rapport contenant une analyse approfondie de la situation de la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg et les districts ainsi que des mesures concrètes à prendre dans un premier temps.

1.2 Réponse du Conseil d'Etat

Dans sa réponse, le Conseil d'Etat souligne qu'il est conscient de l'importance de la question et relève que les autorités compétentes et les milieux intéressés ont déjà effectué un travail important d'analyse et de recherche de solutions. Il rappelle les travaux menés au niveau suisse de la part de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé (CDS) et au niveau des

cantons romands par la Conférence Latine des Directeurs des affaires sanitaires et sociales (CLASS, précédemment appelée CRASS) auxquels le canton de Fribourg participe en tant que membre. Il rappelle encore que, le problème étant très vaste et complexe, le canton de Fribourg ne peut pas, seul, y faire face, notamment au niveau de la formation. Dès lors, les projets nationaux ont toute leur importance.

Au vote, la prise en considération de ce postulat a été acceptée par 70 voix contre 0, avec deux abstentions.

1.3 Définition de la notion de «médecine de premier recours»

On considère généralement comme appartenant à la catégorie des «médecins de premier recours» les médecins praticiens, les généralistes, les internistes sans sous-spécialité et les pédiatres. En fonction des données à disposition, certaines statistiques utilisées dans ce rapport peuvent légèrement s'écarter de cette définition. Les différences sont indiquées.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS EN SUISSE

Une éventuelle pénurie de médecins de premier recours fait partie des préoccupations des instances politiques depuis longtemps. La Confédération et les cantons étudient la question de manière approfondie.

2.1 Démographie médicale au niveau de la Suisse

Dans le rapport conjoint de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2006, il est fait le constat que si, avec 3,6 médecins, 10,7 infirmières, 0,5 dentiste et 0,5 pharmacien pour 1000 habitants, la Suisse a une offre de professionnels de santé supérieure à celle de la plupart des pays de l'OCDE, le fait est que le nombre de praticiens généralistes en Suisse (0,4 pour 1000 habitants) est sensiblement inférieur à la moyenne de l'OCDE (0,8 pour 1000 habitants).

Néanmoins, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) constate dans son rapport «Démographie médicale» paru au printemps 2007, que l'offre en soins ambulatoire est garantie dans toutes les régions. Son étude, basée sur une méthode de calcul élaborée en collaboration avec la Fédération des médecins suisses (FMH), santésuisse et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), évalue l'offre ambulatoire au niveau suisse, en tenant compte du taux d'activité des médecins (ATP activité plein-temps), ce qui diffère de la plupart des analyses statistiques basées avant tout sur le nombre de personnes physiques exerçant la profession.

Dans le cadre de sa participation à la 8^e journée de travail de la Politique nationale de santé du 9 novembre 2006 sous le titre «renforcer la médecine de premier recours», où il présentait les premiers résultats de son étude, l'Obsan a même constaté une légère amélioration du taux de médecins de famille¹ pour 10 000 habitants. Ce taux est passé de 6,18 équivalents plein-temps pour 10 000 ha-

¹ Porteurs de titres FMH en médecine générale, médecine interne sans sous-spécialité, médecins praticiens ainsi que cabinets de groupes.

bitants en 1998 à 6,31 en 2004 au niveau de la Suisse. La densité a donc augmenté de 2,4% en sept ans. Pour les autres spécialités médicales, la densité a augmenté de 14,2% sur la même période. Fait intéressant, une diminution du taux de concentration des médecins de famille n'a été observée qu'en région métropolitaine¹, alors que dans toutes les autres régions, mêmes rurales, la densité de médecins de famille a augmenté. Cela est largement dû au fait que les médecins de campagne travaillent en général davantage d'heures que les médecins de ville.

Aussi le rapport relève-t-il que les observations faites ne concluent pas à une pénurie grave de la relève actuellement et que la situation est nettement moins dramatique qu'on ne se l'imaginait. L'Obsan remarque néanmoins que cela pourrait changer rapidement, si la profession de médecin de premier recours devait perdre en attrait et que la relève ne fût plus assurée. Dans son étude du 1^{er} juin 2008, intitulée «Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030», l'Obsan relève d'ailleurs qu'en l'absence de changements structurels ou de modifications dans le mode de recourir aux soins, une part importante du recours aux soins médicaux pourrait ne pas être garantie à long terme, soit à l'horizon 2030. En effet, le vieillissement démographique s'accompagne d'une hausse des besoins en consultations médicales ambulatoires, alors que les effectifs des médecins sont prévus à la baisse. Cet écart entre l'offre et la demande serait particulièrement marqué dans le domaine de la médecine de premier recours.

2.2 Raisons d'une diminution du nombre de médecins de premier recours et d'une répartition inégale entre le centre et les zones périphériques au niveau de la Suisse

2.2.1 Qualité de vie

Le canton de Vaud a donné le mandat d'étudier le problème de la relève insuffisante des médecins de premier recours² auquel il est confronté comme les autres cantons. Une importante enquête a été menée en 2006 auprès des étudiants en médecine de 2^e et de 6^e année ainsi que des médecins assistants et des chefs de clinique.

En résumé, il ressort du rapport qu'une majorité des jeunes médecins désirent travailler moins que leurs aînés, privilégiant le travail à temps partiel, notamment afin de pouvoir vouer plus de temps à la vie de famille. Cet aspect est plus prononcé auprès des femmes. Pour ceux qui conçoivent de travailler en cabinet privé, la forme privilégiée est celle du cabinet de groupe, qui facilite une activité à temps partiel. Concernant le lieu géographique de l'exercice de la profession, ceux qui s'orientent vers la médecine de premier recours n'indiquent pas de préférence claire entre la grande ville (p. ex. Lausanne ou Genève) et la ville d'importance moyenne (p. ex. Fribourg), bien que la première semble quelque peu préférée. En revanche, la campagne (localités de campagne ou de montagne) n'intéresse que très peu (environ 7% des réponses).

Les réponses de l'étude vaudoise se recoupent largement avec celles obtenues dans le cadre d'une étude similaire menée par l'Université de Saint-Gall, si bien que les ré-

sultats semblent s'appliquer aux étudiant-e-s en médecine d'une manière générale.

Aussi, ces préférences permettent-elles d'expliquer en partie en tout cas les difficultés croissantes que les médecins fribourgeois peuvent rencontrer dans les régions périphériques lorsqu'ils désirent remettre leur cabinet en vue de prendre leur retraite. En effet, il apparaît que le choix d'une telle implantation se situe assez loin, voire à l'opposé, de l'idéal des jeunes médecins.

2.2.2 Inconvénients spécifiques liés à la médecine de premier recours

Si les informations ci-dessus permettent de cerner les préférences des (futurs) jeunes médecins de premier recours quant au lieu et l'intensité de travail, les indications suivantes donnent un aperçu des aspects qui rendent la médecine de premier recours moins attrayante que les autres spécialités pour les étudiant-e-s en médecine. Dans l'étude vaudoise, les reproches à la formation de médecin de premier recours portent sur le fait que celle-ci n'est pas rendue suffisamment intéressante et qu'elle est à peine présentée dans le cadre des études. Les médecins de premier recours potentiels peuvent actuellement accomplir toute leur formation post-graduée en tant que médecin-assistant à l'hôpital sans n'avoir jamais travaillé dans un cabinet privé. Par ailleurs, les places de stage ne sont pas très intéressantes du point de vue de la rémunération, celle-ci étant sensiblement plus basse que pour un médecin assistant dans un hôpital. D'autres points mentionnés sont les contraintes liées aux services de garde qui génèrent une charge de travail supplémentaire importante. Dans les zones périphériques avec une densité de médecins de premier recours plus faible, cette charge de travail est amplifiée, notamment par des taux de rotation plus élevés. Les étudiant-e-s citent encore les risques financiers par rapport à un tarif TARMED fluctuant, qui n'aurait par ailleurs pas suffisamment revalorisé les prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques, les charges de travail administratif croissantes, notamment suite aux demandes de plus en plus répétées des assureurs-maladie pour des informations complémentaires et une mise en question de plus en plus fréquente des traitements.

2.2.3 Numerus clausus

L'introduction en 1998 de systèmes de numerus clausus aux études de médecine dans les universités de Berne, Bâle, Fribourg et Zurich, ainsi que d'examens très sélectifs à l'issue de la première année pratiqués par les universités de Genève, Neuchâtel et Vaud, par crainte d'une augmentation vraisemblable des coûts de la santé en fonction de l'accroissement de la densité des médecins, contribue à la situation actuelle de la médecine de premier recours, dans la mesure où l'entrée de nombre de futurs médecins potentiels est ainsi limitée.

Aussi, pour faire face à la situation, le Conseil suisse de la science et de la technologie (CSST) plaide-t-il pour une augmentation des places d'étude de médecine et une réforme en profondeur de la formation, menée par les facultés, avec l'appui des cantons et de la Confédération. Aussi les Universités de Berne et de Bâle ont-elles augmenté les places d'étude en médecine humaine respectivement de 118 à 130 et de 125 à 150 pour l'année académique 2007/08 déjà. Si l'Université de Fribourg n'a pas modifié le nombre de places, elle étudie en revanche

¹ Groupe les agglomérations de Genève, Lausanne, Berne, Bâle et Zurich.

² Médecins praticiens, généralistes, internistes sans sous-spécialité, pédiatres.

avec l'hôpital fribourgeois la possibilité d'ajouter une troisième année de médecine aux deux années qu'elle propose actuellement. Sur la base de l'étude de faisabilité élaborée par les deux partenaires, le Conseil d'Etat a donné, le 8 juillet 2008, son accord de principe sur l'introduction d'une troisième année de médecine à partir de l'automne 2009. Le Conseil d'Etat a décidé de charger la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) ainsi que la Direction de l'instruction publique, de la culture et du sport (DICS) de la préparation d'un décret au Grand Conseil, portant sur les coûts de la mise en place de cette troisième année pendant les cinq premières années.

2.2.4 Mesures de moratoire

Des mesures dites de «moratoire», visant à limiter les autorisations accordées à de nouveaux médecins pour la dispensation de soins ambulatoires dans le contexte de la LAMal (art. 55a), ont été adoptées par le Conseil fédéral le 3 juillet 2002, suite à la signature par la Suisse et l'Union Européenne (UE) d'accords de reconnaissance mutuelle des diplômes médicaux, en 2002, par crainte d'un afflux important de médecins formés dans les pays de l'UE venant s'établir en Suisse. Ces mesures empêchent l'ouverture de nouveaux cabinets ou poussent les médecins à se spécialiser d'avantage en attendant de pouvoir ouvrir un cabinet plus tard. Initialement limitées à trois ans, elles ont été reconduites en 2004 pour une nouvelle durée de trois ans. Le 13 juin 2008 les mesures de moratoire ont été reconduites une nouvelle fois, jusqu'au 31 décembre 2009. L'autorisation d'ouvrir un nouveau cabinet de soins ambulatoires n'est accordée que si la preuve de sa nécessité peut être apportée; par exemple, les cantons peuvent décider d'autoriser l'installation de nouveaux médecins dans un secteur ou dans une région où la densité de médecins est insuffisante ou si un médecin remet un cabinet existant.

2.3 Exploration de solutions au niveau de la Suisse

2.3.1 Travaux de la CDS

La CDS a fait part en 2005 déjà de sa détermination à promouvoir et renforcer la médecine de premier recours. Un premier groupe de travail commun avec l'OFSP a été formé en vue d'analyser la situation et de proposer des mesures permettant de désamorcer les problèmes.

Dans un souci d'efficacité, la CDS a décidé d'aborder dans un premier temps, non pas l'ensemble des questions liées à une future pénurie de médecins de premier recours, mais plutôt de se concentrer sur deux thèmes importants, afin de pouvoir proposer des solutions rapidement. Ainsi, un second groupe de travail, associant également les milieux concernés (médecins cantonaux, OFSP, association suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique ASMAC, santésuisse, société suisse de médecine générale SSMG, collège de médecine de premier recours (CMPR), CDS, Conférence des sociétés de médecine cantonale ainsi que la Foederatio medicorum practicorum FMP) a, en se basant sur les travaux préliminaires, rédigé deux rapports adoptés par la CDS en octobre 2006. Le rapport «Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations» traite, entre autres, les problèmes concernant le service d'urgence ambulatoire et le rapport «Financement de la formation post-graduée spécifique» la problématique des inégalités de

rémunération entre les médecins assistants dans les hôpitaux et les cabinets privés.

2.3.1.1 Rapport CDS «Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations»

Ce rapport CDS met en exergue l'importance du travail accompli par les médecins de garde qui prennent en charge la grande majorité des urgences (environ 90%), de façon ambulatoire à leur propre cabinet ou lors de visites à domicile. Si globalement les services de garde et d'urgence médicale sont organisés de manière très hétérogène au niveau suisse, les problèmes et les difficultés auxquels sont confrontés ces services se retrouvent dans l'ensemble du pays. Ces problèmes, qui diminuent l'attrait des services de garde et d'urgence et par conséquent de la médecine de premier recours dans son ensemble, sont:

- le vieillissement des médecins de 1^{er} recours, avec succession insuffisante en vue de reprendre les cabinets et de maintenir le nombre de prestataires. Cela peut conduire à une insuffisance au niveau des services de garde et d'urgence.
- l'accroissement du nombre de dispenses ou la diminution de la disposition à se consacrer au service de garde, notamment à cause de la charge de travail supplémentaire qu'elle entraîne, avec comme conséquence un accroissement supplémentaire de la charge des médecins qui s'y consacrent.
- l'investissement en temps important ou en hausse (problème accru dans les régions périphériques).
- la rémunération insuffisante des consultations urgentes et l'absence de rémunération du temps de présence, durant lequel le médecin doit être présent mais ne reçoit pas de patients.
- la coordination lacunaire ou manquante des différents prestataires du service de garde et d'urgence.
- la coordination entre le numéro d'appel 144 et les médecins de 1^{er} recours souvent insuffisante.
- le nombre croissant de personnes sans médecin de famille et les revendications croissantes de la population, ce qui aboutit à une sur-utilisation des services de garde et d'urgences pour des consultations sans caractère d'urgence ou même des cas de bagatelle.
- la mauvaise volonté de payer des patients faisant appel aux soins d'urgence, en particulier des patients que le médecin ne connaît pas.

Pour faire face à ces problèmes, le rapport de la CDS présente une série de mesures et de recommandations qui pourraient être appliquées à la grande majorité des régions y relatives:

- la collaboration avec l'hôpital et avec d'autres centres sous direction médicale (ambulatoires, callcenter); cette collaboration renforcée devrait permettre un tri compétent qui pourrait décharger les médecins de garde des cas de bagatelle.
- le tri des urgences par des numéros d'appel urgent unifiés.
- l'optimisation des rayons d'urgence ou la nouvelle définition de leurs limites; cette procédure peut permettre une répartition plus égale du nombre de médecin de garde dans les différents rayons d'urgence et d'homogénéiser ainsi la charge de travail liée à cette

fonction. Il faut toutefois tenir compte du fait qu'un agrandissement du rayon signifie aussi un accroissement du nombre potentiel d'interventions.

- les règlements unifiés du service de garde et d'urgence en vue d'éliminer les différences qui peuvent favoriser l'attraction de certaines régions par rapport à d'autres, notamment concernant les dispenses du service de garde.
- l'indemnisation du service de garde et d'urgence, en introduisant une rémunération du temps de présence au service de garde, une meilleure rémunération des consultations urgentes par TARMED, une prise en charge par le canton des coûts de la formation continue aux urgences et de l'infrastructure spéciale requise, la mise en place d'un pool, afin de limiter le manque à gagner occasionné par les factures impayées du service de garde et d'urgences.
- la formation post-graduée et la formation continue; celle-ci pourrait être exigée en vue de l'obtention de l'autorisation de pratique dans un canton, permettant ainsi d'éviter que certains médecins puissent jouir d'une dispense du service de garde et d'urgence avec l'argument qu'ils n'ont pas eu de formation spécifique, tout en contribuant à la qualité des soins.
- l'amélioration de l'attrait de la profession de médecin de premier recours attirerait davantage de médecins vers la profession et les contraintes liées au service de garde et d'urgence seraient réparties sur un nombre plus important de personnes.

La majorité de ces solutions proposées permettra de faire face, à court et moyen terme déjà, aux inconvénients et aux charges de travail liés au service de garde et d'urgence et d'en diminuer l'impact négatif sur la motivation des jeunes médecins à choisir la voie de médecin de premier recours. Elles peuvent aussi motiver des médecins plus proches de la retraite à maintenir un service de garde, par l'allègement des contraintes qui y sont liées.

2.3.1.2 Rapport CDS «Financement formation post-graduée spécifique»

Le rapport «financement formation post-graduée spécifique» analyse davantage la question des formations post-graduées qui mènent aux diplômes fédéraux en médecine générale, pédiatrie ou encore médecine interne sans sous-spécialisation, regroupés dans la médecine de premier recours. Il constate que les stages en ambulatoire en pratique privée sont très rares, voire inexistant. De fait, la comparaison avec la situation actuelle dans l'Union européenne montre que, comme vu plus haut, la Suisse est l'un des rares pays où un médecin peut obtenir un titre de spécialiste en médecine de premier recours sans avoir effectivement vécu l'activité dans le domaine des soins primaires dans le cadre de sa formation. Les stages en pratique indépendante ne sont de surcroît pas très intéressants financièrement, étant donné qu'ils sont moins bien rémunérés que les stages à l'hôpital. Aussi le rapport conclut-il que la formation post-graduée actuelle pour l'obtention d'un titre en médecine de premier recours est largement inefficace, tant du point de vue systémique, que didactique et économique.

Vu l'inégalité de traitement de la filière de la médecine de premier recours par rapport à toutes les autres spécialités au niveau de la formation, le rapport propose un co-financement par l'Etat des stages en pratique privée. En subventionnant les charges des hôpitaux, l'Etat paye

le temps de formation des assistants en stage à l'hôpital et le temps de formation de ceux qui les entourent. En subventionnant également les stages en pratique indépendante, cette différence de traitement serait ainsi résorbée. Toutefois, le rapport propose de lier le subventionnement de la formation en cabinet à un contrat avec les parties impliquées qui s'engageraient par exemple à travailler en tant que médecin de premier recours dans la région après les études.

2.3.2 Projets cantonaux et régionaux

2.3.2.1 Projet d'assistanat au cabinet du canton de Vaud

Le projet élaboré dans le canton de Vaud illustre les modèles proposés par le rapport de la CDS pour une amélioration de la formation post-graduée des médecins de premier recours. Le programme est brièvement présenté ici, car il permet de donner un aperçu des charges financières liées à un tel modèle.

Le canton de Vaud a lancé un projet d'assistanat au cabinet en 2005 qui comprend 4 postes de travail par année répartis sur 2 postes équivalents plein-temps. La Policlinique médicale universitaire (PMU) assume les tâches administratives, financières et d'assurances. Ce programme permet aux futurs médecins généralistes de travailler durant une période de six mois à 100% ou de douze mois à 50% comme assistant praticien chez un praticien formateur médecin de premier recours en pratique libre (médecine générale, médecine interne), leur donnant l'opportunité d'acquérir des connaissances nécessaires dans le domaine, mais surtout aussi à connaître les spécificités de la pratique libre. Depuis 2008, ce programme permet d'accueillir 12 médecins par année. Par ailleurs, deux places de stage supplémentaires seront mises à disposition dans le domaine de la pédiatrie à des fins de projet pilote.

Comme déjà relevé plus haut, les salaires des places de stage en cabinet privé sont plus bas que ceux en hôpital. Aussi, les assistants qui participent à ce programme acceptent de renoncer à 20% du salaire qu'ils auraient touché en stage dans un hôpital. Des 80% restants, 60% sont financés par l'Etat par le biais de l'hôpital où le stagiaire reste employé durant la période de stage et 20% par le maître de stage. Les coûts à charge de l'Etat de ce programme s'élèvent à 140 000 francs par année pour les deux années pilotes. Pour 2008, le budget du projet prévoit un montant de 433 000 francs. Si, comme prévu, l'Etat devait également prendre à sa charge, dès 2009, la part de la rémunération à laquelle les stagiaires renoncent actuellement, l'implication financière de l'Etat augmentera en conséquence et dépassera vraisemblablement le demi-million de francs. Le projet vaudois doit encore faire l'objet d'une évaluation.

D'autres cantons connaissent des systèmes plus ou moins similaires, notamment les cantons de Genève, Glaris, Schaffhouse, Saint-Gall, Thurgovie et Zurich.

2.3.2.2 Assistanat au cabinet en Suisse romande

Au niveau suisse, il s'avère qu'un grand nombre de projets cantonaux existants divergent par leur financement, leur durée, leur mode de coordination et d'évaluation. Par ailleurs, chaque projet cantonal dispose d'une cellule de coordination ou mobilise, d'une manière ou d'une autre, les ressources publiques. Tout comme les projets d'assis-

tanat décrits plus haut, le projet d'«assistantat au cabinet en Suisse romande» vise une amélioration significative du cursus de formation des futurs médecins de premier recours, mais surtout il vise une approche coordonnée entre les cantons romands et une offre unifiée, afin d'éviter une concurrence entre les cantons. L'objectif principal de ce projet est de fournir un cadre de référence, commun à tous les cantons romands, pour l'assistantat au cabinet. Ce référentiel commun vise à harmoniser les pratiques au niveau régional, à imposer un standard unique au niveau des exigences pédagogiques et de qualité, tout en respectant les particularités cantonales en matière de mise en œuvre et de financement. Selon le Collège de médecine de premier recours (CMPR) une place de stage pour 50 000 habitants serait nécessaire, ce qui correspondrait pour le canton de Fribourg à la mise en place de 5 places de stage. Le projet doit être discuté au sein du GRSP et de la CLASS d'ici le mois de novembre 2008.

2.3.2.3 *Cursus romand de médecine générale*

Inquiets du nombre peu élevé de médecins qui suivent la filière de médecine générale en Romandie, et interpellés par un communiqué de la CDS du 19 mai 2005 intitulé «Soins médicaux ambulatoires de premier recours», un groupe de praticiens généralistes impliqués dans l'enseignement (Unité de médecine générale de Lausanne et Unité d'enseignement générale de Genève) a décidé de répondre à la problématique en mettant en place un «Cursus romand de médecine générale». Les objectifs de ce projet sont les suivants:

- augmenter la qualité pédagogique et l'attrait de la formation en médecine générale/médecine de premier recours,
- augmenter le nombre de médecins se formant en médecine générale/médecine de premier recours dans toute la Suisse Romande pour assurer la relève,
- favoriser la décentralisation de la formation en médecine générale dans toute la Romandie,
- susciter une meilleure répartition des médecins généralistes sur le territoire.

Afin d'atteindre ces objectifs, les initiateurs du projets prévoient, après une phase de recensement et d'évaluation des établissements de formation post-graduée, de créer un office de placement, d'encadrement et de guidance pour les futurs généralistes. Cet office de placement conseillera et sélectionnera les jeunes médecins et les recommandera auprès des établissements de formation post-graduée. La collaboration entre l'office de placement et les établissements de formation post-graduée permettra de promouvoir une image positive du généraliste et suscitera une amélioration de la qualité pédagogique de la formation post-graduée, éléments nécessaires pour revaloriser la formation de médecin généraliste.

Les initiants ont interpellé la CRASS (aujourd'hui CLASS) en mars 2006 afin que celle-ci soutienne le projet et participe aux coûts de mise en place et de fonctionnement, notamment les charges salariales liées aux employés de l'office de placement (2 médecins formateurs à 25% et un secrétaire à 50%), soit un montant d'environ 170 200 francs.

Après une étude approfondie du projet, la CLASS a donné son soutien de principe à cette démarche qui va dans l'intérêt des cantons et de leur population, soutien qui aide les promoteurs dans les contacts avec leurs par-

tenaires, les universités notamment. Concernant le financement, les cantons romands ont également décidé de soutenir le projet. Vu les ambitions et la qualité du projet, la CLASS a aussi demandé à la CDS de participer financièrement au projet, afin de renforcer encore le signal non seulement aux promoteurs du projet, mais aussi à tous les acteurs susceptibles de faire preuve du dynamisme et de la créativité nécessaires à la recherche de solutions aux difficultés que connaît cette filière. La CLASS et la CDS ont donc soutenu ce projet en 2007, année de lancement, à hauteur de 80 000 francs. Pour l'année 2008, la CLASS soutient le projet à hauteur de 92 000 francs et elle a inscrit 127 000 francs dans son budget provisoire pour 2009. En tant que membre de la CLASS et de la CDS, le canton de Fribourg est partie prenante à ce projet.

3. SITUATION DANS LE CANTON DE FRIBOURG

3.1 Démographie médicale

3.1.1 Evolution entre 1995 et 2006 et situation sur le plan cantonal

Selon la statistique du canton de Fribourg, qui se base sur celle de la FMH, le nombre de médecins de premier recours¹ en pratique privée² a augmenté de 137 médecins à 207 entre 1995 à 2006, ce qui représente une augmentation de 51,09%, alors que la population résidante cantonale a augmenté de 229 466 à 262 904, soit de 14,57%. Le nombre de médecins de premier recours par 10 000 habitants est ainsi passé de 5,97 à 7,87 (+31,88%) sur la période observée. Concernant les trois spécialités, le nombre de médecins en cabinet indépendant a évolué comme suit: médecine générale: 58 à 100 (+72,41%); médecine interne: 65 à 89 (+36,92%), pédiatrie 14 à 18 (+28,58%).

En ce qui concerne le nombre total de médecins en pratique privée sur l'ensemble du territoire fribourgeois, il est passé de 321 à 445 (+38,63%) sur la même période. Les autres spécialités FMH (sans médecins généralistes, internistes et pédiatres) ont vu leurs rangs augmenter de 135 à 229 (+69,63%). On constate donc également que, dans l'ensemble, le nombre de médecins de premier recours a crû moins vite que celui des autres spécialités FMH.

En comparaison avec les autres cantons et la moyenne suisse, il apparaît que la densité des médecins de premier recours avec activité en cabinet privé reste plutôt faible. Ainsi, pour 2006, les valeurs du canton de Fribourg se situent en dessous de la moyenne suisse. Pour la médecine

¹ L'analyse porte ici sur les domaines de la médecine générale, la médecine interne et la pédiatrie. Ne sont pas inclus ni les médecins praticiens, ni médecins sans titre FMH, car ceux-ci ne sont pas représentés dans la statistique sur toute la durée analysée ici. En 1995, il y avait 49 médecins sans titre FMH et, en 2006, le canton de Fribourg comptait 9 médecins praticiens.

² Médecins en pratique privée (Statistique du canton de Fribourg). La statistique se fonde sur les chiffres de la statistique de la FMH. Elle contient les médecins exerçant leur profession, qu'ils soient ou non membres de la FMH. Il s'agit des médecins exerçant une activité en pratique privée sous une forme quelconque, notamment: médecins en cabinet privé (à plein temps ou à temps partiel); médecins d'hôpitaux (médecins-chefs, médecins dirigeants, médecins agrégés, le cas échéant, chefs de clinique) avec clientèle privée; médecins en pratique privée qui, en sus et sous une autre forme quelconque, sont aussi employés; médecins employés exerçant en sus une activité en pratique privée. Les médecins ayant droit d'annoncer plusieurs titres FMH sont comptés dans toutes les rubriques.

cine générale, la moyenne suisse est de 4,62 médecins pour 10 000 habitants, alors qu'elle est de 3,85 pour le canton de Fribourg, qui arrive en 23^e position des 26 cantons suisses. Pour ce qui est de la médecine interne, il est en 16^e position (densité CH 4,47, FR 3,43), en 20^e pour la pédiatrie¹ (densité CH 1,03, FR 0,69) et en 17^e pour la densité des médecins praticiens (densité CH 0,50, FR 0,35).

Par ailleurs, le canton de Fribourg n'a pas souffert du gel des autorisations de pratique (moratoire), étant donné que les effectifs de médecins étaient en dessous des dotations de références fixées par les autorités fédérales. Le Conseil d'Etat a utilisé les possibilités laissées par la Confédération dans ce domaine et n'a jamais refusé d'autorisation de pratique.

Les analyses menées par l'Obsan sur les données 2004 concernant l'activité plein-temps des médecins de premier recours confirment ces différences entre le canton de Fribourg et la moyenne suisse. En revanche, ces analyses précisent aussi que le recours à la médecine de base et à la pédiatrie dans le canton est globalement inférieur à la moyenne suisse. L'Obsan constate encore que la proportion de praticiens de plus de 55 ans et celle de femmes sont plus élevées dans le canton de Fribourg qu'en moyenne suisse en ce qui concerne la médecine de premier recours.

Bien que la densité des médecins de premier recours ne soit pas aussi élevée que la moyenne suisse, les chiffres montrent clairement que, dans l'ensemble, l'offre médicale a augmenté de manière sensible ces douze dernières années dans le canton. Ainsi, même si l'évolution de la médecine de premier recours ne semble pas optimale à moyen terme et que, vu la structure démographique de la population de médecins de premier recours fribourgeoise, celle-ci semble plus fragile que la moyenne suisse, il apparaît que la population du canton de Fribourg ne doit pas craindre d'être exposée à une pénurie d'offre médicale générale à court terme.

3.1.2 Evolution entre 1995 et 2006 et situation sur le plan régional (districts)

L'évolution de l'offre médicale de premier recours n'a pas été égale dans les districts. C'est le district de la Sarine qui a les plus fortes croissances en chiffres absolus de médecins généralistes et internistes. Etant donné la répartition inégale des médecins entre les districts, les taux de croissances varient davantage. La comparaison entre les districts pour l'année 2006 montre des inégalités plus ou moins importantes en fonction des spécialités observées. On constate que le district de la Sarine est le mieux doté avec un nombre de 10,39 médecins de premier recours² pour 10 000 habitants. A l'opposé, on trouve le district de la Broye avec 5,45 médecins. Pas loin de la moitié des médecins de premier recours en pratique privée sont établis dans le district de la Sarine. Les différences entre les districts périphériques ne sont en général pas très prononcées. Si les taux de croissance du nombre de médecins sont particulièrement spectaculaires dans le district de la Veveyse, cela est avant tout dû à une population basse et un nombre de médecin particulièrement bas en début de la période observée. Ainsi le nombre de pédiatres a dou-

blé entre 1995 et 2006, mais dans les faits, le nombre de médecins est passé de un à deux.

	Total médecins 1 ^{er} recours		Evolu- tion abso- lue	Evolu- tion en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolu- tion en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	137	207	70	51,09%	5,97	7,87	31,88%
Sarine	62	96	34	54,84%	7,52	10,39	38,26%
Singine	21	27	6	28,57%	5,74	6,79	18,31%
Gruyère	19	27	8	42,11%	5,32	6,37	19,71%
Lac	13	20	7	53,85%	5,07	6,45	27,16%
Glâne	10	12	2	20,00%	5,79	6,27	8,37%
Broye	7	13	6	85,71%	3,50	5,45	55,53%
Veveyse	5	12	7	140,00%	4,25	8,37	96,86%

	Généralistes		Evolu- tion abso- lue	Evolu- tion en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolu- tion en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	58	100	42	72,41%	2,53	3,80	50,48%
Sarine	17	35	18	105,88%	2,06	3,79	83,84%
Singine	15	18	3	20,00%	4,10	4,53	10,42%
Gruyère	8	14	6	75,00%	2,24	3,30	47,42%
Lac	6	9	3	50,00%	2,34	2,90	23,98%
Glâne	4	7	3	75,00%	2,31	3,66	58,05%
Broye	5	10	5	100,00%	2,50	4,19	67,49%
Veveyse	3	7	4	133,33%	2,55	4,88	91,40%

	Pédiatres		Evolu- tion abso- lue	Evolu- tion en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolu- tion en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	14	18	4	28,57%	0,61	0,68	12,22%
Sarine	6	7	1	16,67%	0,73	0,76	4,17%
Singine	1	2	1	100,00%	0,27	0,50	84,04%
Gruyère	2	2	0	0,00%	0,56	0,47	-15,76%
Lac	2	3	1	50,00%	0,78	0,97	23,98%
Glâne	1	1	0	0,00%	0,58	0,52	-9,69%
Broye	1	1	0	0,00%	0,50	0,42	-16,25%
Veveyse	1	2	1	100,00%	0,85	1,39	64,05%

	Internistes		Evolu- tion abso- lue	Evolu- tion en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolu- tion en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	65	89	24	36,92%	2,83	3,39	19,51%
Sarine	39	54	15	38,46%	4,73	5,85	23,63%
Singine	5	7	2	40,00%	1,37	1,76	28,83%
Gruyère	9	11	2	22,22%	2,52	2,59	2,96%
Lac	5	8	3	60,00%	1,95	2,58	32,25%
Glâne	5	4	-1	-20,00%	2,89	2,09	-27,75%
Broye	1	2	1	100,00%	0,50	0,84	67,49%
Veveyse	1	3	2	200,00%	0,85	2,09	146,08%

¹ Selon les dernières statistiques de la FMH, le nombre de pédiatres est passé à 22 dans le canton de Fribourg en 2007, ce qui le place en 11^e position sur 26. Avec 0,83 pédiatre pour 10 000 habitants, il reste toutefois en dessous de la moyenne suisse (1,02).

² Sans médecins praticiens ni médecins sans titre FMH.

Ces statistiques montrent que, selon le district et/ou la spécialisation, une diminution de quelques médecins peut influencer de manière importante l'offre régionale.

3.1.3 Estimation de l'évolution de la situation jusqu'en 2013

Les données statistiques de la Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF) concernant les médecins astreints au service de garde permettent de nuancer les constatations faites plus haut et de tirer des conclusions quant à l'évolution probable de la médecine de premier recours dans le canton. Les médecins astreints au service de garde représentant une partie importante des médecins de premier recours, ces données paraissent représentatives de l'ensemble de la population des médecins de premier recours.

3.1.3.1 L'impact de l'âge sur l'offre de médecine de premier recours

Selon les données de la SMCF, près de la moitié des médecins de garde ont 55 ans et plus en 2008. A l'horizon 2013, ces médecins ne seront plus astreints au service de garde, conformément au règlement actuellement en vigueur qui en dispense les médecins de 60 ans et plus. Si sur cette période le nombre de nouvelles autorisations de pratique accordées à des médecins de premier recours devait correspondre à l'évolution moyenne observée entre 2005 et 2007, il apparaît que les nouveaux médecins ne combleront à peine plus de la moitié des dispenses. Dès lors, la charge de travail liée au service de garde augmentera sensiblement pour les médecins restants, même si, comme aujourd'hui, certains médecins y participent au-delà de la limite d'âge qui les en dispense.

Ces données montrent également qu'un nombre important de médecins de premier recours partiront à la retraite ces dix prochaines années. Ce n'est qu'une question de temps, en fonction de l'échelonnement des départs à la retraite et des réductions de temps de travail, pour que le nombre des nouveaux médecins ne suffise plus pour assurer la relève.

3.1.3.2 Impact de la féminisation de la profession et du temps partiel

Le taux de féminisation de la profession, argument souvent avancé en relation avec le travail à temps partiel pour expliquer la diminution de l'offre, est de 22,43% pour les cercles de garde analysés. Sur le plan cantonal, le travail à temps partiel dans la population étudiée concerne environ 14,95% des médecins astreints au service de garde. Il est plus élevé chez les femmes qui sont 37,50% à avoir choisi cette option, alors que les hommes représentent 8,43% seulement. Selon l'Obsan, le taux de féminisation dans le canton de Fribourg est plus élevé que la moyenne suisse.

Les données analysées laissent entrevoir qu'à moyen terme une partie importante de l'augmentation du nombre de médecins de premier recours observée ces douze dernières années sera compensée à la baisse à cause du départ à la retraite d'une partie non négligeable de la population des médecins. Cette évolution aura également un impact important sur le service de garde et donne une indication quant à l'augmentation de la charge de travail qui y est liée, en particulier dans les cercles de garde les plus petits.

3.2 Projets de solutions spécifiques au canton de Fribourg

3.2.1 Adaptation du règlement du service de garde des médecins de la SMCF

Selon l'article 95 al. 1 de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001, les professionnels de la santé assurent des services de garde et de permanence de manière à garantir les besoins en soins de la population. L'article 17 du règlement du 21 novembre 2000 concernant les fournisseurs de soins et la Commission de surveillance précise quels sont les professionnels de la santé tenus de participer aux services de garde et de permanence; il fait notamment obligation aux médecins d'organiser, par le biais de la SMCF, des services de garde et de permanence par région et par spécialité. La SMCF est également habilitée à astreindre à ces services tant leurs membres que les professionnels qui n'en font pas partie. Elle peut dispenser du service de garde certaines catégories de professionnels, notamment pour des raisons d'âge ou de fonction, et accorder, à titre exceptionnel, des dispenses individuelles pour de justes motifs. Par ordonnance du 18 février 2003, le Conseil d'Etat a approuvé le règlement adopté par la SMCF le 14 novembre 2002 concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg.

Vu les problèmes croissants auxquels sont exposés les cercles de garde, notamment la charge croissante de travail, liée à la diminution des effectifs, la SMCF a, lors de son assemblée générale du 26 avril 2007, adopté une modification du règlement concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg, approuvée par le Conseil d'Etat dans son ordonnance du 26 février 2008. Cette modification a pour but d'inciter et d'obliger un nombre plus important de médecins à participer au service de garde. Aussi, les médecins qui ne remplissent pas les exigences de qualité pour faire la garde devront se former dans le délai d'une année. Le manque de connaissances n'est donc plus une excuse pour ne pas participer au service de garde. De plus, les conditions pour les dispenses du service de garde pour des raisons de santé et de problèmes physiques sont devenues plus restrictives.

3.2.2 Réorganisation du service de garde et de permanence dans le district de la Singine

Initialement, le district de la Singine se répartissait sur deux cercles de garde (district du haut et du bas), avec deux numéros d'appel différents. Deux médecins étaient de garde en permanence, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. En outre, les médecins avaient une convention avec le service d'ambulances de la Singine selon laquelle, en cas d'urgences graves, le médecin le plus proche du patient pouvait être appelé. Toutefois, du fait d'une diminution des médecins astreints au service de garde et de permanence, la charge inhérente au service de garde devenait insupportable pour les médecins restants. Face à cette constatation, les médecins du district de la Singine ont cherché de nouvelles solutions pour faire face au devoir d'assurer ce service. En collaboration avec l'hôpital fribourgeois, site de Tavers, ils ont réussi à réorganiser le service de garde, en appliquant plusieurs points proposés dans les rapports de la CDS vus plus haut.

Dans le nouveau modèle appliqué aujourd'hui, les deux cercles de garde initiaux ont été refondus en un seul, qui couvre l'ensemble du district de la Singine. En parallèle,

il n'y a plus qu'un seul numéro d'appel et un seul médecin de garde. Celui-ci assure le service tous les jours de 7 à 20 heures. En dehors de ces heures, les urgences ambulatoires sont assumées par l'hôpital. Toutefois, si le patient ne peut se déplacer et qu'une visite à domicile s'impose, le médecin de garde de l'hôpital peut en tout temps mobiliser le médecin de garde du cercle de garde.

Cette collaboration, mise en place au premier janvier 2007, fonctionne à la grande satisfaction des parties impliquées et a pu, jusqu'à présent, être assumée sans effectifs supplémentaires par le personnel hospitalier en service. Elle n'a pas généré, jusqu'ici, de coûts supplémentaires, à l'exception de quelques adaptations de la centrale téléphonique. Elle a permis de décharger les médecins de garde et aussi motivé certains, en principe dispensés de service de garde pour raisons d'âge, de continuer à y participer.

3.2.3 Réorganisation d'autres cercles de garde

La SMCF n'a pas limité ses efforts de concentration au cercle de garde du district de la Singine. En effet, d'autres cercles ont été réorganisés et regroupés, si bien que des 13 cercles de garde initiaux, il en reste aujourd'hui encore 7. Par ailleurs, vu le succès de la réorganisation du cercle de garde de la Singine, la SMCF a interpellé l'hôpital fribourgeois (HFR), afin de multiplier les collaborations entre les sites hospitaliers et les cercles de garde dans les autres districts. Aussi, les partenaires ont-ils entamé des discussions afin d'analyser diverses approches en vue de solutions adaptées aux différents sites et cercles de garde.

4. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

La Confédération et les cantons ont déclaré en commun vouloir soutenir la médecine de premier recours. Cette volonté se base sur la conviction qu'un système de médecin de famille performant est une condition importante pour une prise en charge médicale efficiente de la population. Donc, les mesures destinées à promouvoir la médecine de premier recours doivent avoir pour but de maintenir, voire d'améliorer son efficacité. En revanche, il ne s'agit pas de favoriser la médecine de premier recours par rapport à d'autres spécialités médicales par le biais de politiques de subventionnement. Le principe de subsidiarité de l'Etat soit s'appliquer. C'est en premier lieu aux médecins de premier recours qu'incombe la tâche de trouver, dans la mesure de leurs possibilités, des solutions adéquates aux problèmes les concernant.

Ainsi, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il faut, dans un premier temps, faire face aux problèmes les plus urgents, ce de manière concertée avec les autres cantons. Il est préférable en suite de se concentrer sur un nombre limité de points, sans se disperser sur une multitude de pistes dont les effets n'ont pas pour l'instant suffisamment été évalués.

Les modifications et améliorations des cursus de formation des médecins de premier recours mettront une dizaine d'années avant d'avoir un impact sensible sur la démographie médicale, vu la durée des études. Pour répondre à court terme aux problèmes auxquels la profession est confrontée, le canton privilégie les solutions qui se basent sur une réorganisation des structures existantes, avec les moyens à disposition, ne nécessitant pas

ou que peu d'apports financiers complémentaires de la part de l'Etat, notamment en vue d'améliorer la situation et la qualité de vie des médecins de premier recours. Il s'agit d'abord d'épuiser ces solutions avant d'entrer en matière sur des solutions plus radicales et onéreuses, souvent liées à un interventionnisme plus important de l'Etat dans la pratique de la profession, selon le principe «qui paye commande».

Aussi, le Conseil d'Etat de Fribourg constate-t-il avec satisfaction que plusieurs pistes sérieuses sont étudiées dans le canton et que des initiatives concrètes sont en cours de réalisation pour faire face aux problèmes auxquels est exposée la médecine de premier recours:

4.1 Réorganisation des services de garde

Le Conseil d'Etat soutient les solutions que les partenaires mettent en place de manière concertée comme cela a été le cas, par exemple, pour les cercles de garde du district de la Singine et l'hôpital fribourgeois, site de Tâfers. Il est disposé à prêter main forte, pour trouver des solutions similaires dans les autres districts. Aussi attend-il avec impatience les premiers résultats des discussions entre le HFR et la SMCF concernant la réorganisation des services de garde du canton. En effet, ces solutions, créées par les milieux directement concernés sont certainement mieux à même de répondre aux besoins urgents et aux attentes des médecins de premier recours, d'être soutenues par eux dans une large proportion et d'aboutir, que des projets élaborés par l'Etat et qui de surcroît pourraient être perçus comme contraignants.

En ce qui concerne les aspects qualitatifs et financiers du service de garde, la SMCF informe que les médecins de premier recours participent tous les deux ans à un cours de formation et de mise à jour concernant les urgences qui coûte environ 400 francs à chaque médecin. Comme l'autorise l'article 6 alinéa 3 du règlement concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg qui prévoit que les cercles de garde sont autorisés à trouver un financement pour couvrir en partie leurs frais dans la région où ils exercent, une part de ces coûts est actuellement encore sponsorisée par une entreprise pharmaceutique, si bien que le montant restant à charge des médecins est de 150 francs environ. Néanmoins, les médecins font remarquer que l'absence au cabinet pour la durée de cette formation signifie également une diminution de leur chiffre d'affaires. Par conséquent, la SMCF demande au canton une participation à ces coûts.

Bien qu'aucune base légale ne contraindrait l'Etat de subventionner le service de garde, qui au contraire est du ressort des seuls médecins, l'Etat pourrait considérer la question en signe de bonne volonté. Si l'Etat devait participer ou prendre en charge les coûts de cette formation, cela coûterait entre 11 000 et 40 000 francs¹ par an. Il incombe par contre aux communes, en tant qu'autorités sanitaires locales, de prendre leurs responsabilités et de participer à l'effort de soutien des médecins de garde.

On peut mentionner dans ce sens que certaines communes soutiennent déjà financièrement les services de garde, à l'instar des communes de la Singine qui payent au cercle de garde un montant annuel de 2500 francs par

¹ Limite inférieure: 150 médecins × 150 francs (participation) sur 2 ans = 22 500 francs, soit 11 250 francs par an.
Limite supérieure: 200 médecins × 400 francs (total) sur 2 ans = 80 000 francs, soit 40 000 francs par an.

médecin astreint à la garde pour participer aux coûts de la formation, mais aussi aux coûts du renouvellement régulier du stock de médicaments qu'un médecin de garde doit avoir à disposition pour traiter certaines urgences et qui doivent être remplacés régulièrement s'ils ne sont pas utilisés en raison d'une durée de péremption relativement courte.

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat étudiera la possibilité d'une participation aux coûts de ces frais de formation, comme le demande la SMCF, dans le cadre de la réorganisation des services de garde.

4.2 Réorganisation de la formation

Le Conseil d'Etat soutient également les solutions qui visent à améliorer la formation des médecins de premier recours. La formation devant toutefois répondre à des exigences qualitatives très élevées, ces projets de modification et d'amélioration de la formation doivent être mis en place de manière concertée au niveau national, éventuellement intercantonal, de manière à garantir une qualité uniforme de la formation au niveau suisse. Seuls les détails devraient encore être réglés ou adaptés au niveau cantonal.

Bien que le modèle de formation de médecins assistants en cabinets tel que pratiqué dans le canton de Vaud (cf. chiffre 2.3.2.1) soit une approche relativement coûteuse pour l'Etat qui de surcroît ne garantit pas que le médecin formé s'installe là où le canton en aurait le plus besoin, c'est-à-dire en périphérie, il apparaît qu'il s'agit d'une approche intéressante pour les médecins assistants. Bien sûr, le canton peut lier l'offre de formation en cabinet à un contrat prévoyant que le médecin pratique quelques années dans une région périphérique en échange de quoi il prend en charge la différence de salaire. Mais une telle contrainte diminue l'attrait de la formation. Plus les contraintes pour le médecin assistant sont importantes, moins il est tenté par l'offre. Toutefois, dans l'intérêt de l'amélioration de la formation des futurs médecins de premier recours, le canton de Fribourg analyse avec ses partenaires des cantons romands la possibilité d'une mise en place progressive d'un programme harmonisé. L'hôpital fribourgeois et la SMCF accompagneront la DSAS dans la mise en place de ce projet.

En ce qui concerne la formation de médecins en général, les études sur la démographie médicale demandent que le nombre des places d'études au niveau suisse soit augmenté. Une telle action nécessite l'engagement de tous les acteurs, aux niveaux universitaire et hospitalier. La décision du Conseil d'Etat relative à l'introduction de la troisième année de médecine à l'Université de Fribourg s'inscrit dans cette logique et démontre la volonté de contribuer à cet effort de formation. Le projet de programme fribourgeois prévoit également un enseignement au cabinet de praticien, ce qui permettra aux étudiants d'entrer rapidement en contact avec la médecine non hospitalière.

4.3 Prise en compte des changements du système sanitaire

Le Conseil d'Etat ne veut pas, aujourd'hui, cimenter la situation actuelle par une sorte de protectionnisme de la profession, mais plutôt accompagner la médecine de premier recours au cours d'une évolution sans doute inévitable. La médecine de premier recours s'insère dans un système de santé en permanente mutation; il est

inévitables qu'elle doive s'adapter. La médecine de premier recours de demain ne sera plus la même que celle d'aujourd'hui, comme celle d'aujourd'hui n'est déjà plus celle d'hier.

La société d'aujourd'hui se distingue par un niveau de mobilité et d'information jamais atteint auparavant. Si la proximité géographique du médecin de premier recours par rapport à l'ensemble de la population d'une région était capitale autrefois, son importance tend à diminuer.

La société d'aujourd'hui est une société de l'information, où l'individu communique de plus en plus par téléphone, portable, internet, e-mail. Le fait que de nombreux malades se sentent suffisamment informés pour décider de s'adresser directement à un médecin spécialiste au lieu de passer par un généraliste ne pourra pas être changé par des interventions locales cantonales. Ces évolutions comportementales pourront éventuellement être endiguées par les révisions futures de la LAMal, qui favoriseront par exemple davantage l'offre par les assurances-maladies de formes particulières d'assurance (Health maintenance organisations HMO, modèles de médecin de famille et de télémédecine).

Certains de ces modèles pourront renforcer le rôle et l'importance du médecin de premier recours dans le système en tant que «gate-keeper», passage obligatoire qui oriente les patients vers les spécialistes, pour autant que cela soit nécessaire. Toutefois, si ces modèles amélioreront peut-être l'attrait de la profession, ils ne permettront pas de gérer rapidement la problématique de la pénurie. Ils généreront en effet un besoin accru de médecins de premier recours, le système impliquant que tous les patients fassent d'abord appel aux services de ces médecins.

Ces modifications profondes du système sanitaire se décidant au niveau national, le Conseil d'Etat ne peut que souligner l'importance de la collaboration effective du canton aux travaux faits à ce niveau. Force est toutefois de mentionner que ces changements auront peut-être des conséquences, comme la diminution du choix des médecins pour les patients ou encore l'abolition de l'obligation de contracter, qui ne seront pas toutes favorables pour la profession.

L'offre croissante des services (gratuits) de télémédecine atteignables 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (p. ex. «med-gate», qui compte 2,5 millions de membres en Suisse), proposée par un nombre grandissant d'assurances-maladie à leurs membres, permettra un tri des urgences et, partant, déchargera les cabinets médicaux des cas bénins qui ne nécessitent pas de consultation au cabinet. En revanche, ce système tend plutôt à soutenir une évolution dans laquelle le patient ressentira moins le besoin d'avoir un médecin de famille attitré, ce d'autant que le patient peut obtenir rapidement des informations, sans nécessité de se déplacer ni perte de temps dans les salles d'attente.

Il en va de même pour les cartes et les dossiers de patients électroniques qui permettront à moyen, et même à court terme déjà, de regrouper une grande partie, voire l'ensemble des données médicales d'un patient, si bien que n'importe quel médecin traitant pourra rapidement obtenir une vue relativement globale de la situation du patient, sans être dépendant d'un médecin de famille. Il faut mentionner ici le projet du dossier de patient informatisé (DPI) en cours de réalisation dans l'hôpital fribourgeois.

Pour les cas très graves qui nécessitent une intervention rapide sur place, la REGA ou encore des services de médecins d'urgence (SMUR) permettent une intervention

rapide même dans des zones reculées et périphériques. Dans ce domaine d'ailleurs, le Canton de Fribourg travaille à l'examen d'un concept permettant d'améliorer encore la prise en charge des urgences préhospitalières pour les patients fribourgeois.

Ces exemples montrent que les évolutions possibles futures de l'environnement et du cadre de la médecine de premier recours pourront être à double tranchant pour la profession, certaines pouvant apporter des solutions à la problématique de pénurie et d'autres générer des contraintes supplémentaires. Il est d'autant plus important pour la profession qu'elle sache s'adapter. Cette évolution profonde montre aussi que la solution au problème d'une pénurie future dans le domaine de la médecine de premier recours ne saurait vraisemblablement pas être réglée avec quelques incitations financières.

4.4 Incitations financières

Les pistes concernant d'éventuelles incitations financières (subventionnement des infrastructures ou exonérations partielles et temporelles d'impôt suite à l'installation en cabinet privé) qui seraient offertes par le canton aux (futurs) médecins de premier recours et devraient ainsi rendre la profession plus attrayante ou encore motiver des médecins à s'installer dans des zones périphériques semblent, pour le moment, prématurées. Non seulement leur efficacité n'est pas documentée, mais de telles solutions créeraient une inégalité de traitement avec d'autres professions médicales. De plus, elles ne seraient pas cohérentes avec la planification hospitalière cantonale qui recherche justement une concentration des moyens techniques propre à améliorer l'efficacité du système sanitaire subventionné par l'Etat. D'ailleurs, le financement des infrastructures ne donnerait pas la garantie que le médecin reste établi en zone périphérique. D'une part parce que l'Etat n'a pas de moyens de l'y obliger au-delà de la période convenue contractuellement. D'autre part, l'implication financière et personnelle du médecin étant moindre, il aura moins de regrets de quitter une telle infrastructure financée par un tiers. Aussi, l'effet pourrait-il même être contraire et aboutir à un parc dispersé et sous-exploité d'infrastructures à charge de l'Etat.

Finalement, il ne s'agit pas non plus d'engager entre les cantons une course aux meilleurs avantages financiers afin d'attirer les candidats au détriment des autres. Une telle situation serait contre-productive, surtout pour des cantons, comme Fribourg, disposant de moyens financiers moins importants.

D'ailleurs, à en croire les études conduites dans ce cadre, les aspects concernant la qualité de vie paraissent plus importants que les aspects purement financiers.

4.5 Valeur du point TARMED

En ce qui concerne encore la problématique souvent mentionnée d'une valeur de point TARMED perçue comme trop basse, le Conseil d'Etat rappelle que la LAMal règle la question de la rémunération des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale et qu'elle ne prévoit pas de compétences pour les cantons. Cette question doit être réglée par les parties contractuelles et c'est aux fédérations et sociétés de médecine de représenter les intérêts de leurs membres.

5. CONCLUSION

La couverture des besoins de la population dans le domaine de la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg est assurée pour l'heure. Néanmoins, diverses études et projections montrent que la médecine de premier recours semble avoir perdu en attrait et qu'elle n'attire plus autant de jeunes médecins que par le passé, si bien qu'il faut compter, à moyen terme, avec une diminution des effectifs si la situation n'évolue pas positivement. Une telle évolution risque, à terme, d'aboutir à un déséquilibre entre l'offre et les besoins de la population.

Le sérieux de la situation a été reconnu par les milieux concernés et les autorités compétentes, tant au niveau des cantons que de la Confédération. Ensemble, ils collaborent en vue de mettre en place les changements organisationnels et structurels profonds que nécessite une amélioration durable de la situation.

Le Conseil d'Etat reste convaincu que les solutions doivent prioritairement être trouvées par la profession elle-même et que l'Etat ne doit jouer qu'un rôle subsidiaire. Ainsi, il privilégie les projets élaborés et supportés par les individus et organismes qui, au front, se basent sur une réorganisation des moyens à disposition en vue de l'amélioration de leur efficacité et de leur efficacité; ils devraient permettre une amélioration rapide de la situation. Dans ce sens, le canton de Fribourg soutient la réorganisation des cercles de garde en cours, entreprise par la SMCF en collaboration avec le HFR. En ce qui concerne les changements structurels, notamment la formation des médecins de premier recours, les démarches sont en cours. Le Canton de Fribourg étudie avec ses partenaires des cantons romands la possibilité d'une mise en place progressive d'un programme harmonisé d'assistantat en cabinet à court terme déjà, et le HFR et la SMCF l'accompagneront dans sa mise en œuvre au niveau cantonal.

Le Conseil d'Etat est convaincu que ces mesures concrètes encourageront les jeunes médecins à choisir à nouveau davantage la voie de la médecine de premier recours et à s'installer dans le canton de Fribourg. Elles permettront, à terme, d'améliorer durablement la situation de la médecine de premier recours et contribueront ainsi au maintien de la couverture médicale générale de la population fribourgeoise.

Nous vous invitons à prendre acte de ce rapport.

BERICHT Nr. 88
des Staatsrats an den Grossen Rat
zum Postulat Nr. 317.06 Christine Bulliard/
Markus Bapst über die Hausmedizin und die
medizinische Basisversorgung in ländlichen
Regionen

19. August 2008

Hiermit unterbreiten wir Ihnen den Entwurf eines Berichts zum Postulat Christine Bulliard/Markus Bapst über die Hausmedizin und die medizinische Basisversorgung in ländlichen Regionen.

1. DAS POSTULAT

1.1 Zusammenfassung

Mit ihrem am 27. Juni 2006 eingereichten und begründeten Postulat (*TGR* S. 1543) verlangen Grossrätin Christine Bulliard und Grossrat Markus Bapst sowie 10 Mitunterzeichnende, dass der Staatsrat die Lage und Entwicklung im Bereich der ärztlichen Grundversorgung näher untersucht.

Die Urheberinnen und Urheber des Postulats sind besorgt über den «Hausarztschwund» im Kanton Freiburg. Sie befürchten, dass dieser Rückgang, der anscheinend auf verschiedene, weiter unten aufgeführte Faktoren zurückzuführen ist, die folgenden Auswirkungen für den Kanton Freiburg haben könnte:

- Das Angebot an ärztlicher Grundversorgung wird unzulänglich, vor allem in den Randgebieten. Diese Entwicklung beschleunigt sich mit der Alterung der Bevölkerung, denn durch diese erhöht sich der Bedarf nach Hausärztinnen und Hausärzten.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich nicht mehr in der Lage, ihre älteren Patientinnen und Patienten zu begleiten und deren Heimeintritt hinauszuzögern. Die Folge davon ist ein Mangel an Betreuungseinrichtungen für Betagte.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte sind nicht mehr in der Lage, den gesetzlich vorgeschriebenen Bereitschaftsdienst sicherzustellen. Die Spitäler, namentlich die Notfalldienste, die mehr Kosten verursachen, treten an die Stelle der Grundversorger. Die Folge davon ist ein Anstieg der Gesundheitskosten.
- Patientinnen und Patienten wenden sich direkt an den teureren Facharzt, was einen Anstieg der Gesundheitskosten bewirkt.
- Es gibt keinen Arzt mehr, der den Patienten regelmässig betreut, ihn kennt und einen Gesamtüberblick über seinen Gesundheitszustand wahrt.

Das Postulat verlangt daher einen Bericht, der die Situation der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Freiburg und in den Bezirken eingehend untersucht sowie konkrete Massnahmen vorschlägt, die in einer ersten Zeit zu ergreifen sind.

1.2 Antwort des Staatsrats

In seiner Antwort unterstreicht der Staatsrat, dass er sich der Bedeutung der Frage bewusst ist, und weist darauf hin, dass die zuständigen Behörden und interessierten Kreise schon eine grosse Arbeit im Sinne der Analyse und der Suche nach Lösungen geleistet haben. Er erinnert an die Arbeiten, die auf Schweizer Ebene von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und auf Westschweizer Ebene von der Conférence Latine des Directeurs des affaires sanitaires et sociales (CLASS, vormals CRASS), denen der Kanton Freiburg als Mitglied angehört, geführt worden sind. Ferner erinnert er daran, dass wegen der Tragweite und Vielschichtigkeit des Problems, der Kanton Freiburg dieses nicht alleine bewältigen könne, namentlich im Bereich der Ausbildung der künftigen ärztlichen Grundversorger. Demzufolge seien nationale Projekte äusserst wichtig.

Bei der Abstimmung wurde die Erheblicherklärung des Postulats mit 70 gegen 0 Stimmen und bei zwei Enthaltungen angenommen.

1.3 Begriffsbestimmung «ärztliche Grundversorgung»

Zur Kategorie der «ärztlichen Grundversorger» rechnet man allgemein die praktischen Ärztinnen und Ärzte, die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, diejenigen für Innere Medizin ohne Subspezialisierung und die Kinderärztinnen und Kinderärzte. Je nach den verfügbaren Daten können einige Statistiken, die in diesem Bericht verwendet werden, leicht von dieser Definition abweichen. Die Unterschiede werden angegeben.

2. SITUATION DER ÄRZTLICHEN GRUNDVERSORGUNG IN DER SCHWEIZ

Ein allfälliger Mangel an ärztlichen Grundversorgern gehört seit langem zu den Sorgen der politischen Instanzen. Der Bund und die Kantone befassen sich eingehend mit dieser Frage.

2.1 Ärztedemografie auf Schweizer Ebene

Gemäss dem 2006 veröffentlichten gemeinsamen Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Schweiz mit 3,6 ÄrztInnen, 10,7 Pflegefachpersonen, 0,5 ZahnärztInnen und 0,5 ApothekerInnen auf 1000 Einwohner zwar ein Angebot an Gesundheitsfachleuten, das über dem Angebot der meisten OECD-Länder liegt, jedoch liegt die Zahl der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin in der Schweiz (0,4 auf 1000 Einwohner) deutlich unter dem Durchschnitt der OECD (0,8 auf 1000 Einwohner).

Nichtsdestotrotz stellt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in seinem Bericht «Ärztliche Demografie», der im Frühjahr 2007 erschien, fest, das Angebot an ambulanter Versorgung sei in allen Regionen sichergestellt. Die Studie beruht auf einer Berechnungsmethode, die in Zusammenarbeit mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), *santésuisse* und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitet wurde, und beurteilt das ambulante Angebot auf Schweizer Ebene in Berücksichtigung des Aktivitätsgrads der Ärztinnen und Ärzte, dies in Abweichung von den meisten Statistikanalysen, die sich vor allem auf die Zahl der den Beruf ausübenden physischen Personen stützen.

Im Rahmen seiner Mitwirkung an der 8. Arbeitstagung der nationalen Gesundheitspolitik am 9. November 2006 unter dem Titel «Stärkung der Grundversorgung», wo es die ersten Ergebnisse seiner Studie vorstellte, stellte das Obsan sogar einen leichten Anstieg des Prozentsatzes von Hausärztinnen und Hausärzten¹ auf 10 000 Einwohner fest. Dieser Prozentsatz stieg auf Schweizer Ebene von 6,18 Vollzeiteneinheiten auf 10 000 Einwohner im Jahr 1998 auf 6,31 im Jahr 2004. Die Grundversorgerdichte hat somit innert sieben Jahren um 2,4% zugenommen. Für die übrigen ärztlichen Fachbereiche nahm die Dichte im gleichen Zeitraum um 14,2% zu. Interessanterweise

¹ InhaberInnen von FMH-Titeln für allgemeine Medizin, innere Medizin ohne Subspezialisierung, praktische ÄrztInnen sowie Gruppenpraxen.

wurde ein Rückgang der Konzentrationsrate von Hausärztinnen und Hausärzten nur im grossstädtischen Raum¹ beobachtet, wohingegen in allen anderen Regionen, auch den ländlichen, die Hausarztdichte zugenommen hatte. Dies ist weitgehend darauf zurückzuführen, dass die Landärztinnen und -ärzte in der Regel mehr Stunden arbeiten als Ärztinnen und Ärzte in der Stadt.

So hebt der Bericht hervor, dass die Beobachtungen derzeit nicht auf einen schweren Nachwuchsmangel schliessen lassen und dass die Lage deutlich weniger dramatisch ist als angenommen wurde. Das Obsan bemerkt aber, dies könne sich rasch ändern, wenn der Hausarztberuf an Attraktivität verliere und der Nachwuchs nicht mehr sichergestellt sei. In seiner Studie vom 1. Juni 2008 «Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030» weist das Obsan darauf hin, dass bei unveränderten strukturellen Verhältnissen und unveränderter Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen im Jahr 2030 ein wesentlicher Anteil dieser Behandlungen nicht abgedeckt werden könnte. Denn die demografische Alterung geht mit einem steigenden Bedarf nach ambulanten ärztlichen Konsultationen einher, wohingegen die Ärztebestände rückläufig sein werden. Dieses Ungleichgewicht zwischen Angebot und Inanspruchnahme wäre im Bereich der ärztlichen Grundversorgung besonders ausgeprägt.

2.2 Gründe eines Rückgangs der Anzahl ärztlicher Grundversorger und einer Ungleichverteilung zwischen Zentrum und Randregionen auf Schweizer Ebene

2.2.1 Lebensqualität

Der Kanton Waadt erteilte das Mandat zur Untersuchung des Problems des ungenügenden Nachwuchses in der ärztlichen Grundversorgung² dem er sich wie die übrigen Kantone gegenübergestellt sieht. Eine gross angelegte Umfrage erfolgte im Jahr 2006 bei den Medizinstudierenden des 2. und 6. Jahres sowie bei den Assistenzärztinnen, Assistenzärzten, Oberärztinnen und Oberärzten.

Insgesamt geht aus dem Bericht hervor, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich weniger arbeiten möchten als ihre älteren Berufskollegen und die Teilzeitarbeit vorziehen, namentlich um dem Familienleben mehr Zeit widmen zu können. Bei den Frauen ist dieser Aspekt noch ausgeprägter. Diejenigen, die vorhaben, in einer Privatpraxis zu arbeiten, ziehen eine Gruppenpraxis vor, denn diese erleichtert eine Teilzeitarbeit. Was den geografischen Ort der Berufsausübung angeht, so zeigen diejenigen, die sich zur ärztlichen Grundversorgung hin orientieren, keine klare Präferenz für die Grossstadt (zum Beispiel Lausanne oder Genf) oder eine kleinere Stadt (zum Beispiel Freiburg), auch wenn es danach aussieht, dass die erstere leicht vorgezogen wird. Hingegen stösst das Land (Ortschaften auf dem Land oder im Berggebiet) auf sehr wenig Interesse (rund 7% der Antworten).

Die im Rahmen der Waadtländer Studie erhaltenen Antworten decken sich weitgehend mit denjenigen einer gleichartigen Studie, die von der Universität St. Gallen

durchgeführt wurde. Somit scheinen die Ergebnisse allgemein für die Medizinstudierenden zu gelten.

Angesichts dieser Präferenzen lassen sich auf jeden Fall die zunehmenden Schwierigkeiten erklären, die Freiburger Ärztinnen und Ärzten in den Randregionen antreffen, wenn sie ihre Praxis einem Nachfolger übergeben möchten, um in den Ruhestand zu treten. Effektiv scheint die Wahl eines solchen Praxisstandortes weit entfernt vom Ideal junger Ärztinnen und Ärzte zu sein, wenn nicht gar entgegengesetzt.

2.2.2 Spezifische Inkonvenienzen in Verbindung mit der ärztlichen Grundversorgung

Während die obigen Informationen Auskunft über die Präferenzen der jungen (künftigen) Grundversorger in Bezug auf Arbeitsort und -intensität erteilen, geben die folgenden Angaben einen Überblick über die Aspekte, welche die ärztliche Grundversorgung für die Medizinstudierenden weniger attraktiv machen als die übrigen Fachbereiche. In der Waadtländer Studie wird der Ausbildung zum Grundversorger vorgeworfen, sie werde nicht interessant genug gemacht und sei im Rahmen des Studiums kaum vertreten. Die potenziellen Grundversorger können derzeit ihre ganze Weiterbildung als Assistenzärztin oder Assistenzarzt im Spital absolvieren, ohne jemals in einer Privatpraxis gearbeitet zu haben. Im Übrigen sind die Praktikumsplätze in der Privatpraxis unter dem Aspekt der Bezahlung nicht sehr interessant, denn diese liegt deutlich unter derjenigen von Assistenzärztinnen und -ärzten im Spital. Im Weiteren erwähnt werden die Auflagen in Verbindung mit den Bereitschaftsdiensten, die eine erhebliche Mehrbelastung verursachen. In Randzonen mit einer geringeren Dichte an Grundversorgern vergrössert sich diese Arbeitsbelastung, namentlich wegen den höheren Rotationsraten. Die Studierenden nennen ferner die finanziellen Risiken in Bezug auf einen fluktuierenden TARMED-Tarif, der im Übrigen die intellektuellen Leistungen, verglichen mit den technischen, nicht genügend in Anschlag bringe, den wachsenden Verwaltungsaufwand namentlich infolge der immer häufigeren Nachfrage von Seiten der Krankenversicherer nach weiteren Informationen und eine immer häufigere Infragestellung der Behandlungen.

2.2.3 Numerus clausus

Die im Jahr 1998 erfolgte Einführung des Numerus clausus für das Medizinstudium an den Universitäten Bern, Basel, Freiburg und Zürich sowie die sehr selektiven Prüfungen nach dem ersten Jahr, wie sie an den Universitäten Genf, Neuenburg und Lausanne praktiziert werden – aus Furcht vor einem wahrscheinlichen Anstieg der Gesundheitskosten aufgrund der höheren Ärztedichte – tragen zur heutigen Situation der ärztlichen Grundversorgung bei, insofern als der Zustrom zahlreicher potenzieller künftiger Ärztinnen und Ärzte auf diese Weise verhindert wird.

Um der Situation zu begegnen, schlägt der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat (SWTR) daher vor, die Zahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen. Ausserdem schlägt er eine gründliche Ausbildungsreform vor, welche mit Unterstützung der Kantone und des Bundes von den Fakultäten vorzunehmen sei. In der Folge haben die Universitäten Bern und Basel schon für das akademische Jahr 2007/2008 die Zahl ihrer Studienplätze für Humanmedizin von 118 auf 130 beziehungsweise von 125

¹ Umfasst die Agglomerationen von Genf, Lausanne, Bern, Basel und Zürich.

² Praktische ÄrztInnen, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, ÄrztInnen für Innere Medizin ohne Subspezialisierung, KinderärztInnen.

auf 150 erhöht. Die Universität Freiburg hat die Zahl der Plätze zwar nicht geändert, prüft aber zusammen mit dem freiburger spital (HFR) die Möglichkeit, die beiden Medizinstudienjahre, die sie heute anbietet, um ein drittes zu erweitern. Aufgrund der von beiden Partnern erarbeiteten Machbarkeitsstudie hat der Staatsrat am 8. Juli zur Einführung eines dritten Studienjahres auf Herbst 2009 seine grundsätzliche Zustimmung gegeben. Der Staatsrat hat beschlossen, die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) sowie die Direktion für Erziehung, Kultur und Sport (EKSD) zu beauftragen, für den Grossen Rat ein Dekret über die Kosten der Einführung dieses dritten Studienjahres innerhalb der fünf ersten Jahre vorzubereiten.

2.2.4 Zulassungsstopp

Die Massnahmen des so genannten «Zulassungsstopps», die darauf hinzielen, die Bewilligungen an neue Ärztinnen und Ärzte zur Erteilung ambulanter Pflegeleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 55a KVG) einzuschränken, wurden am 3. Juli 2002 vom Bundesrat erlassen, nachdem die Schweiz und die Europäische Union (EU) im Jahr 2002 Abkommen über die gegenseitige Anerkennung der medizinischen Diplome unterzeichnet hatten. Tatsächlich wurde ein massiver Zustrom von in den Ländern der EU ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten in die Schweiz befürchtet. Diese Massnahmen verhindern die Eröffnung neuer Praxen oder veranlassen Ärztinnen und Ärzte, sich noch weiter zu spezialisieren, bis sie später eine Praxis eröffnen können. Die ursprünglich auf drei Jahre beschränkten Massnahmen wurden 2004 für weitere drei Jahre verlängert. Am 13. Juni 2008 wurde das Moratorium erneut verlängert, diesmal bis zum 31. Dezember 2009. Die Bewilligung zur Eröffnung einer neuen Praxis für ambulante Pflegeleistungen wird nur erteilt, wenn ihre Notwendigkeit nachgewiesen werden kann. Zum Beispiel können die Kantone beschliessen, die Niederlassung neuer Ärztinnen und Ärzte in einem Sektor oder in einer Region zu bewilligen, wo die Ärztedichte ungenügend ist oder eine bestehende Praxis der Nachfolge übergeben wird.

2.3 Untersuchung von Lösungen auf Schweizer Ebene

2.3.1 Arbeiten der GDK

Die GDK teilte schon 2005 mit, sie sei entschlossen, die ärztliche Grundversorgung zu fördern und zu verstärken. Eine erste gemeinsame Arbeitsgruppe mit dem BAG wurde gebildet, um die Lage zu analysieren und Massnahmen zur Entschärfung der Probleme vorzuschlagen.

Aus Effizienzgründen beschloss die GDK, zunächst nicht alle Fragen anzugehen, die mit einem künftigen Mangel an ärztlichen Grundversorgern verbunden sind, sondern sich eher auf zwei wichtige Themen zu konzentrieren, um rasch Lösungen vorschlagen zu können. So verfasste eine zweite Arbeitsgruppe, zu der auch die betroffenen Kreise zugezogen wurden (Kantonsärztinnen und Kantonsärzte, BAG, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO, santésuisse, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM, Kollegium für Hausarztmedizin KHM, GDK, Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften sowie die Foederatio medicorum practicorum FMP) aufgrund der Vorarbeiten zwei Berichte, die im Oktober 2006 von der GDK verabschiedet wurden. Der Bericht «Notfalldienst: Mass-

nahmen und Empfehlungen» behandelt unter anderem die Probleme des ambulanten Notfalldienstes und der Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung» das Problem der Ungleichbehandlung in der Bezahlung von Assistenzärztinnen und -ärzten, je nachdem ob sie in Spitälern oder Privatpraxen arbeiten.

2.3.1.1 GDK-Bericht «Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen»

Dieser Bericht zeigt die Bedeutung der von den Bereitschaftsdienstärztinnen und -ärzten geleisteten Arbeit auf, die die grosse Mehrheit der Notfälle ambulant in ihrer eigenen Praxis oder bei Hausbesuchen versorgen (rund 90%). Zwar sind die ärztlichen Bereitschaftsdienste schweizweit sehr heterogen organisiert, jedoch finden sich die Probleme und Schwierigkeiten, denen sie sich gegenüber sehen, landesweit wieder. Diese Probleme, welche die Attraktivität der Bereitschaftsdienste und somit der ärztlichen Grundversorgung insgesamt schmälern, sind:

- Überalterung der Grundversorger und Nachfolgeproblematik (mangelnde Nachfolge zwecks Übernahme der Arztpraxen und Beibehaltung der Anzahl Leistungserbringer). Dies kann zu Engpässen im Bereitschaftsdienst führen;
- vermehrte Dispensationen beziehungsweise sinkende Dienstbereitschaft, namentlich wegen der damit verbundenen Mehrbelastung. Daraus folgt eine weitere Mehrbelastung der Ärztinnen und Ärzte, die am Bereitschaftsdienst mitwirken;
- grosser oder steigender Zeitaufwand (verschärftes Problem in den Randregionen);
- ungenügende finanzielle Abgeltung der Notfall-Konsultationen und keine Abgeltung der Präsenzzeit, in der die Ärztin oder der Arzt anwesend sein muss, aber keine Patienten empfängt;
- mangelhafte oder fehlend Koordination der verschiedenen Leistungserbringer des Bereitschaftsdienstes;
- oft ungenügende Koordination zwischen der Notrufnummer 144 und den ärztlichen Grundversorgern;
- die immer grössere Zahl von Personen, die keinen Hausarzt haben, und die steigende Anspruchshaltung der Bevölkerung; sie führt zu einem «Missbrauch» der Bereitschaftsdienste für Konsultationen ohne Notfallcharakter oder sogar Bagatellfälle;
- schlechte Zahlungsmoral von Patientinnen und Patienten, die den Bereitschaftsdienst rufen, insbesondere von solchen, welche die Ärztin oder der Arzt nicht kennt.

Um diesen Problemen zu begegnen, schlägt der GDK-Bericht eine Reihe von Massnahmen und Empfehlungen vor, die von der grossen Mehrheit der Regionen angewendet werden könnten:

- Zusammenarbeit mit dem Spital und weiteren ärztlich geleiteten Zentren (Ambulatorien, Callcenter); diese verstärkte Zusammenarbeit sollte eine kompetente Triagierung ermöglichen, welche die Dienstärztinnen und -ärzte von Bagatellfällen entlasten könnte.
- Triagierung der Notfälle über einheitliche Notfallnummern.
- Optimierung der Bereitschaftsdienst-Rayons (die Rayons) oder Neuziehung ihrer Grenzen; dies er-

möglicht eine gleichmässige Verteilung der Anzahl der Dienstärztinnen und -ärzte auf die verschiedenen Rayons und somit eine homogenere Arbeitsbelastung in Verbindung mit dieser Funktion. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass eine Vergrösserung des Rayons auch eine grössere Anzahl potenzieller Einsätze bedeutet.

- Vereinheitlichung der Bereitschaftsdienstreglemente, um Unterschiede zwischen den Rayons auszuschalten, die für deren Attraktivitätsunterschiede mitverantwortlich sind, namentlich was die Dispensationen vom Bereitschaftsdienst anbelangt.
- Finanzielle Entschädigung des Bereitschaftsdienstes durch Einführung einer Abgeltung der Präsenzzeit im Bereitschaftsdienst, eine bessere Abgeltung der Notfallkonsultationen durch TARMED, eine Übernahme der Kosten für die Notfall-Fortbildung und die speziell benötigte Infrastruktur durch den Kanton, die Einführung eines Pools, um den finanziellen Schaden aufgrund unbezahlter Rechnungen des Bereitschaftsdienstes zu begrenzen.
- Weiterbildung und Fortbildung; diese könnte für die Erlangung der Berufsausübungsbewilligung in einem Kanton verlangt werden. Dadurch liesse sich vermeiden, dass Ärztinnen und Ärzte sich mit der Begründung vom Bereitschaftsdienst dispensieren lassen, dass sie keine spezifische Notfall-Ausbildung genossen haben. Gleichzeitig wäre diese Massnahme ein Beitrag an die Versorgungsqualität.
- Eine Verbesserung der Attraktivität des Bereitschaftsdienstes würde die Attraktivität des Hausarztberufs steigern und mehr Interessenten anziehen. Dadurch würde wiederum auch der Bereitschaftsdienst von einer generellen Steigerung der Beliebtheit des Hausarztberufs profitieren, denn die mit dem Bereitschaftsdienst verbundenen Inkonvenienzen würden auf eine grössere Anzahl Personen aufgeteilt und den einzelnen weniger belasten.

Mit den meisten dieser vorgeschlagenen Massnahmen ist es möglich, schon kurz- oder mittelfristig die Inkonvenienzen und die Arbeitsbelastung in Verbindung mit dem Bereitschaftsdienst zu bewältigen und deren negative Auswirkung auf die Motivation junger Ärztinnen und Ärzte, den Hausarztberuf zu wählen, zu verringern. Aufgrund der mit ihnen einhergehenden Erleichterungen können sie auch Ärztinnen und Ärzte, die sich schon dem Pensionsalter nähern, zur weiteren Mitwirkung am Bereitschaftsdienst motivieren.

2.3.1.2 GDK-Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung»

Der Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung» geht vermehrt auf die Frage der Weiterbildungen ein, die zu Eidgenössischen Weiterbildungstiteln der ärztlichen Grundversorgung führen (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Innere Medizin ohne Subspezialisierung). Er stellt fest, dass ambulante Praktika in einer Privatpraxis sehr selten beziehungsweise nichtexistent sind. Der Vergleich mit der heutigen Situation in der Europäischen Union zeigt, dass die Schweiz eines der wenigen Länder ist, wo Ärztinnen und Ärzte einen Facharzttitel der ärztlichen Grundversorgung erwerben können, ohne im Rahmen ihrer Ausbildung die Tätigkeit in der Primärversorgung tatsächlich erlebt zu haben. Praktika in der selbständigen Arztpraxis sind darüber hinaus finanziell nicht sehr inter-

essant, da sie weniger gut als Praktika im Spital abgegolten werden. Somit kommt der Bericht zum Schluss, dass die heutige Weiterbildung für den Erwerb eines Titels in ärztlicher Grundversorgung unter sowohl systemischem als auch didaktischem und wirtschaftlichem Aspekt sehr ineffizient ist.

Angesichts der Ungleichbehandlung des Studiengangs hin zur ärztlichen Grundversorgung gegenüber allen anderen Facharzttiteln schlägt der Bericht eine Mitfinanzierung der Privatpraxis-Praktika durch den Staat vor. Denn indem er den Aufwand der Spitäler subventioniert, bezahlt der Staat sowohl die Ausbildungszeit der Assistenzärztinnen und -ärzte, die ihr Praktikum im Spital absolvieren, als auch die Zeit der sie während der Ausbildung betreuenden Personen. Würden auch die Privatpraxis-Praktika subventioniert, könnte diese Ungleichbehandlung ausgeschaltet werden. Der Bericht schlägt aber vor, die Subventionierung der Ausbildung in Privatpraxen mit einem Vertrag zu verbinden, mit dem sich die implizierten Parteien zum Beispiel verpflichten, nach ihrem Studium als Grundversorger in der Region zu arbeiten.

2.3.2 Kantonale und regionale Projekte

2.3.2.1 Projekt Praxisassistenz des Kantons Waadt

Das im Kanton Waadt erarbeitete Modell illustriert die Modelle, die der GDK-Bericht für eine Verbesserung der Weiterbildung in ärztlicher Grundversorgung vorschlägt. Das Programm wird hier als Beispiel kurz vorgestellt, um unter anderem den mit einem solchen Modell verbundenen finanziellen Aufwand zu veranschaulichen:

Der Kanton Waadt hat im Jahr 2005 ein Projekt Praxisassistenz gestartet; dieses umfasst jährlich vier Arbeitsstellen, die sich über zwei Vollzeitstellen verteilen. Die Polyclinique médicale universitaire (PMU) übernimmt die Aufgaben im Zusammenhang mit Verwaltung, Finanzen und Versicherungen. Das Programm ermöglicht es künftigen Allgemeinärztinnen und -ärzten, während 6 Monaten zu 100% oder 12 Monaten zu 50% als Assistentin bzw. Assistent bei einem frei praktizierenden Grundversorger (Allgemeinmedizin, Innere Medizin) als Ausbilder zu arbeiten. Auf diese Weise haben sie Gelegenheit, die auf dem Gebiet nötigen Kenntnisse zu erwerben, vor allem aber die Besonderheiten der freien Berufsausübung kennen zu lernen. Seit 2008 ermöglicht dieses Programm die Aufnahme von jährlich 12 Ärztinnen und Ärzten. Im Übrigen werden künftig zu Pilotprojektzwecken zwei weitere Praktikumsplätze in der Pädiatrie zur Verfügung gestellt.

Wie gesagt, sind die Praktikumlöhne in der Privatpraxis tiefer als im Spital. Daher akzeptieren die an diesem Programm teilnehmenden Assistenzärztinnen und -ärzte den Verzicht auf 20% des Gehalts, das sie bei einem Spitalpraktikum bezogen hätten. Von den verbleibenden 80% werden 60% vom Staat finanziert, und zwar über das Spital, in dem die Praktikantin oder der Praktikant während der Praktikumszeit angestellt bleibt. 20% bezahlt die Ausbildungspraktikerin bzw. der Ausbildungspraktiker. Die Kosten des Programms zulasten des Staates belaufen sich für die beiden Pilotjahre auf jährlich 140 000 Franken. Für 2008 sieht das Projektbudget einen Betrag von 433 000 Franken vor. Sollte der Staat, wie vorgesehen, ab 2009 auch den Abgeltungsteil übernehmen, auf den die Praktikantinnen und Praktikanten heute verzichten, so nimmt die finanzielle Beteiligung des Staates dementsprechend zu und wird wahrscheinlich eine halbe Million

übersteigen. Das Waadtländer Projekt muss noch evaluiert werden.

Weitere Kantone kennen mehr oder weniger gleichartige Systeme, namentlich die Kantone Genf, Glarus, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau und Zürich.

2.3.2.2 Praxisassistenten in der Westschweiz

Auf Schweizer Ebene zeigt sich, dass eine grosse Anzahl bestehender kantonaler Projekte voneinander abweichen, was ihre Finanzierung, ihre Dauer, die Art ihrer Koordination und Evaluation anbelangt. Im Übrigen verfügt jedes kantonale Programm über eine Koordinationszelle oder mobilisiert auf die eine oder andere Weise die öffentlichen Ressourcen. Wie die oben beschriebenen Assistenz-Projekte zielt das Projekt «Praxisassistenten in der Westschweiz» auf eine signifikante Verbesserung des Studiengangs der künftigen Grundversorger hin, vor allem aber auf eine Koordination unter den Westschweizer Kantonen und ein einheitliches Angebot, um eine Konkurrenz unter den Kantonen zu vermeiden. Das Hauptziel dieses Projekts ist es, einen allen Westschweizer Kantonen gemeinsamen Bezugsrahmen für die Praxisassistenten zu liefern. Dieser zielt darauf hin, die Praktiken auf regionaler Ebene zu harmonisieren, einen einheitlichen Standard in Bezug auf die pädagogischen und Qualitätsanforderungen vorzuschreiben, wobei die kantonalen Besonderheiten im Bereich der Umsetzung und Finanzierung gewahrt bleiben. Gemäss dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) wäre ein Praktikumsplatz auf 50 000 Einwohner nötig; für den Kanton Freiburg entspräche dies der Schaffung von 5 Praktikumsplätzen. Das Projekt wird bis November 2008 im GRSP und in der CLASS diskutiert.

2.3.2.3 Westschweizer Studiengang für Allgemeinmedizin («Cursus romand de médecine générale»)

Besorgt wegen der geringen Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Romandie in Allgemeinmedizin ausbilden, und aufgerüttelt durch eine Mitteilung der GDK vom 19. Mai 2005 «Ambulante ärztliche Grundversorgung», beschloss eine Gruppe von in die Lehre einbezogenen Allgemeinpraktikern (Unité de médecine générale von Lausanne und Unité d'enseignement générale von Genf), dem Problem mit der Einführung eines «Cursus romand de médecine générale» zu begegnen. Die Ziele dieses Projektes sind:

- die pädagogische Qualität und die Attraktivität der Ausbildung in Allgemeinmedizin/ärztlicher Grundversorgung steigern,
- in der ganzen Westschweiz die Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich für Allgemeinmedizin/ärztliche Grundversorgung ausbilden, erhöhen, um den Nachwuchs sicherzustellen,
- die Dezentralisierung der Ausbildung in Allgemeinmedizin in der ganzen Romandie fördern,
- eine bessere regionale Verteilung der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bewirken.

Um diese Ziele zu erreichen, sehen die Initianten des Projekts vor, nach einer Phase der Erfassung und Beurteilung der Weiterbildungsstätten eine Stelle für die Vermittlung, Betreuung und Beratung der künftigen Generalistinnen und Generalisten zu errichten. Diese Vermittlungsstelle wird die jungen Ärztinnen und Ärzte beraten, selektionieren und bei den Weiterbildungsstätten empfehlen. Durch

die Zusammenarbeit zwischen der Vermittlungsstelle und den Weiterbildungsstätten wird es möglich sein, ein positives Bild vom Allgemeinmediziner zu vermitteln und eine bessere pädagogische Qualität der Weiterbildung zu bewirken – notwendige Faktoren für die Aufwertung der Ausbildung in Allgemeinmedizin.

Die Initianten gelangten im März 2006 an die CRASS (heute CLASS), damit diese das Projekt unterstütze und sich an den Einsetzungs- und Betriebskosten beteilige, namentlich am Lohnaufwand für die Angestellten der Vermittlungsstelle (2 Ausbilder-Ärzte zu 25% und ein Sekretär zu 50%). Die Kosten belaufen sich auf rund 170 200 Franken.

Nach einer eingehenden Prüfung des Projekts erklärte die CLASS ihre grundsätzliche Unterstützung dieses Verfahrens, welches im Interesse der Kantone und ihrer Bevölkerung liegt. Eine Unterstützung, die den Förderern des Projektes auch in den Kontakten mit ihren Partnern, namentlich den Universitäten, helfen sollte. Auch in finanzieller Hinsicht haben die Westschweizer Kantone beschlossen, das Projekt zu unterstützen. In Anbetracht der Ambitionen und der Qualität des Projekts hat die CLASS auch bei der GDK eine finanzielle Beteiligung beantragt, um die Signalwirkung nicht nur bei den Förderern des Projekts, sondern auch bei allen anderen Akteuren zu verstärken, welche die nötige Dynamik und Kreativität für die Suche nach Auswegen aus den heutigen Schwierigkeiten dieses Studienganges aufbringen können. Die CLASS und die GDK haben somit das Projekt im Startjahr 2007 mit 80 000 Franken unterstützt. Für das Jahr 2008 unterstützt die CLASS das Projekt mit 92 000 Franken, und in ihren vorläufigen Voranschlag 2009 hat sie 127 000 Franken eingetragen. Als Mitglied der CLASS und der GDK ist der Kanton Freiburg an diesem Projekt beteiligt.

3. SITUATION IM KANTON FREIBURG

3.1 Ärztedemografie

3.1.1 Entwicklung zwischen 1995 und 2006 und Situation auf Kantonsebene

Nach der Statistik des Kantons Freiburg, die sich auf diejenige der FMH stützt, ist die Zahl der ärztlichen Grundversorger¹, die privat praktizieren², zwischen 1995 und 2006 von 137 auf 207 gestiegen; dies ist ein Zuwachs von 51,09%. Die Wohnbevölkerung des Kantons hingegen stieg im gleichen Zeitraum von 229 466 auf 262 904, somit um 14,57%. Die Zahl der Grundversorger auf 10 000 Einwoh-

¹ Die Untersuchung erstreckt sich hier auf die Gebiete der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Pädiatrie. Nicht inbegriffen sind praktische ÄrztInnen und ÄrztInnen ohne FMH-Titel, denn diese sind in der Statistik nicht über den ganzen hier untersuchten Zeitraum vertreten. 1995 gab es 49 ÄrztInnen ohne FMH-Titel, und 2006 zählte der Kanton Freiburg 9 praktische ÄrztInnen.

² Privat praktizierende ÄrztInnen (Statistik des Kantons Freiburg). Die Statistik basiert auf den Zahlen der FMH-Statistik. Sie umfasst die ihren Beruf ausübenden ÄrztInnen, ob sie Mitglied der FMH sind oder nicht. Es handelt sich um ÄrztInnen, die in irgendeiner Form eine Praxistätigkeit ausüben, namentlich: ÄrztInnen mit privater Praxistätigkeit (voll- oder teilzeit); SpitalärztInnen (ChefärztInnen, leitende ÄrztInnen, BelegärztInnen, allenfalls OberärztInnen) mit Privatklientel; privat praktizierende ÄrztInnen, die zusätzlich und in irgendeiner anderen Form auch angestellt sind; angestellte ÄrztInnen, die zusätzlich privat praktizieren. ÄrztInnen, die mehrere FMH-Titel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt.

ner stieg somit über den beobachteten Zeitraum von 5,97 auf 7,87 (+31,88%). Was die drei Fachbereiche anbelangt, so entwickelte sich die Zahl der selbständig praktizierenden Ärztinnen und Ärzte wie folgt: Allgemeinmedizin: von 58 auf 100 (+72,41%); Innere Medizin: von 65 auf 89 (+36,92%), Pädiatrie: von 14 auf 18 (+28,58%).

Was die Gesamtzahl privat praktizierender Ärztinnen und Ärzte auf dem ganzen Freiburger Gebiet angeht, so stieg sie im gleichen Zeitraum von 321 auf 445 (+38,63%). Bei den übrigen FMH-Fachtiteln (ohne Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater) war ein Anstieg von 135 auf 229 zu verzeichnen (+69,63%). Somit ist auch festzustellen, dass insgesamt die Anzahl von Grundversorgern weniger schnell gestiegen ist als diejenige der Vertreter der übrigen FMH-Fachbereiche.

Verglichen mit den übrigen Kantonen und dem schweizerischen Durchschnitt zeigt sich, dass die Dichte an Grundversorgern mit Privatpraxis-Tätigkeit nach wie vor eher gering ist. So liegen für das Jahr 2006 die Werte des Kantons Freiburg unter dem schweizerischen Durchschnitt. Für die Allgemeinmedizin liegt der schweizerische Durchschnitt bei 4,62 ÄrztInnen auf 10 000 Einwohner, im Kanton Freiburg hingegen bei 3,85. Damit befindet sich der Kanton Freiburg unter den 26 Schweizer Kantonen an 23. Stelle. In Bezug auf die Innere Medizin liegt er an 16. Stelle (Dichte CH 4,47, FR 3,43), in der Pädiatrie¹ an 20. Stelle (Dichte CH 1,03, FR 0,69) und in Bezug auf die praktischen Ärztinnen und Ärzte an 17. Stelle (Dichte CH 0,50, FR 0,35).

Im Übrigen hat der Kanton Freiburg nicht unter dem Zulassungsstopp gelitten, weil die Ärztebestände unter den von den Bundesbehörden festgesetzten Referenzdotationen lagen. Der Staatsrat hat die vom Bund gelassenen Möglichkeiten in diesem Bereich genutzt und nie eine Berufsausübungsbewilligung verweigert.

Die Untersuchungen des Obsan zu den Daten 2004 über die Vollzeittätigkeit der Grundversorger bestätigen diese Unterschiede zwischen dem Kanton Freiburg und dem Schweizer Durchschnitt. Hingegen präzisieren diese Analysen auch, dass die Inanspruchnahme der ärztlichen Grundversorgung und der Pädiatrie im Kanton insgesamt unter dem Schweizer Durchschnitt liegt. Das Obsan stellt ferner fest, dass in der ärztlichen Grundversorgung der Anteil der Praktizierenden von über 55 Jahren und derjenige der Frauen im Kanton Freiburg über dem Schweizer Durchschnitt liegt.

Auch wenn die Grundversorgerdichte unter dem Schweizer Durchschnitt liegt, zeigen die Zahlen klar, dass sich im Kanton Freiburg das ärztliche Angebot insgesamt in den letzten 12 Jahren spürbar erhöht hat. Obwohl also die Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung mittelfristig nicht optimal zu sein scheint und in Anbetracht der demografischen Struktur der Freiburger Grundversorger-Population gefährdeter scheint als im schweizerischen Durchschnitt, braucht die Bevölkerung des Kantons Freiburg nicht zu befürchten, kurzfristig einem Mangel im ärztlichen Angebot ausgesetzt zu sein.

¹ Gemäss der letzten FMH-Statistik ist die Zahl der Pädiater im Kanton Freiburg im Jahr 2007 auf 22 gestiegen; dadurch ist der Kanton auf die 11. Stelle vorgerückt. Mit 0,83 Pädiatern auf 10 000 Einwohner liegt er aber immer noch unter dem Schweizer Durchschnitt (1,02).

3.1.2 Entwicklung zwischen 1995 und 2006 und Situation auf regionaler Ebene (Bezirke)

Die Entwicklung des Angebots an ärztlicher Grundversorgung ist nicht in allen Bezirken gleich gewesen. Den in absoluten Zahlen ausgedrückten stärksten Zuwachs an Allgemeinmedizinern und Internisten verzeichnete der Saanebezirk. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärztinnen und Ärzte unter den Bezirken variieren die Wachstumsraten noch mehr. Der Vergleich zwischen den Bezirken für das Jahr 2006 zeigt die mehr oder weniger grossen Ungleichheiten je nach den beobachteten Fachbereichen. Festzustellen ist, dass der Saanebezirk mit einer Zahl von 10,39 Grundversorgern² auf 10 000 Einwohner am besten dotiert ist. Auf der entgegengesetzten Seite befindet sich der Broyebezirk mit 5,45 Ärztinnen und Ärzten. Nahezu die Hälfte der privat praktizierenden Grundversorger ist im Saanebezirk niedergelassen. Die Unterschiede zwischen den Randbezirken sind im Allgemeinen nicht sehr ausgeprägt. Zwar scheinen die Wachstumsraten in Bezug auf die Ärztezah im Vivisbachbezirk besonders spektakulär, jedoch ist dies vor allem auf eine geringe Bevölkerungszahl zurückzuführen und auf eine besonders tiefe Ärztezah zu Beginn des beobachteten Zeitraums. So hat sich die Zahl der Pädiater zwischen 1995 und 2006 verdoppelt, effektiv aber ist die Ärztezah von eins auf zwei gestiegen.

	Gesamtzahl Grundversorger		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	137	207	70	51,09%	5,97	7,87	31,88%
Saane	62	96	34	54,84%	7,52	10,39	38,26%
Sense	21	27	6	28,57%	5,74	6,79	18,31%
Greyerz	19	27	8	42,11%	5,32	6,37	19,71%
See	13	20	7	53,85%	5,07	6,45	27,16%
Glâne	10	12	2	20,00%	5,79	6,27	8,37%
Broye	7	13	6	85,71%	3,50	5,45	55,53%
Vivisbach	5	12	7	140,00%	4,25	8,37	96,86%

	Allgemeinmediziner		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	58	100	42	72,41%	2,53	3,80	50,48%
Saane	17	35	18	105,88%	2,06	3,79	83,84%
Sense	15	18	3	20,00%	4,10	4,53	10,42%
Greyerz	8	14	6	75,00%	2,24	3,30	47,42%
See	6	9	3	50,00%	2,34	2,90	23,98%
Glâne	4	7	3	75,00%	2,31	3,66	58,05%
Broye	5	10	5	100,00%	2,50	4,19	67,49%
Vivisbach	3	7	4	133,33%	2,55	4,88	91,40%

² Ohne praktische ÄrztInnen und ÄrztInnen ohne FMH-Titel.

	Pädiater		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	14	18	4	28,57%	0,61	0,68	12,22%
Saane	6	7	1	16,67%	0,73	0,76	4,17%
Sense	1	2	1	100,00%	0,27	0,50	84,04%
Greyerz	2	2	0	0,00%	0,56	0,47	-15,76%
See	2	3	1	50,00%	0,78	0,97	23,98%
Glane	1	1	0	0,00%	0,58	0,52	-9,69%
Broye	1	1	0	0,00%	0,50	0,42	-16,25%
Vivisbach	1	2	1	100,00%	0,85	1,39	64,05%

	Internisten		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	65	89	24	36,92%	2,83	3,39	19,51%
Saane	39	54	15	38,46%	4,73	5,85	23,63%
Sense	5	7	2	40,00%	1,37	1,76	28,83%
Greyerz	9	11	2	22,22%	2,52	2,59	2,96%
See	5	8	3	60,00%	1,95	2,58	32,25%
Glane	5	4	-1	-20,00%	2,89	2,09	-27,75%
Broye	1	2	1	100,00%	0,50	0,84	67,49%
Vivisbach	1	3	2	200,00%	0,85	2,09	146,08%

Diese Statistiken zeigen, dass je nach Bezirk und/oder Fachbereich eine Abnahme um einige Ärztinnen/Ärzte das regionale Angebot stark beeinflussen kann.

3.1.3 Geschätzte Entwicklung der Situation bis 2013

Die Statistikdaten der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg (AGKF), welche die zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte betreffen, erlauben eine Nuancierung der obigen Feststellungen und Schlüsse in Bezug auf die mutmassliche Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung im Kanton. Da die zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte einen beträchtlichen Teil der Grundversorger darstellen, können die Daten als repräsentativ für die gesamte Grundversorger-Population betrachtet werden.

3.1.3.1 Auswirkung der Alterung auf das Angebot ärztlicher Grundversorgung

Nach den Daten der AGKF sind nahezu die Hälfte der Dienstärztinnen und Dienstärzte im Jahr 2008 mindestens 55 Jahre alt. Bis zum Jahr 2013 werden diese Ärztinnen und Ärzte nicht mehr zum Bereitschaftsdienst verpflichtet sein, entsprechend dem heute geltenden Reglement, das Ärztinnen und Ärzte ab 60 Jahren vom Dienst dispensiert. Sollte in diesem Zeitraum die Zahl der neuen Praxisbewilligungen an Grundversorger der durchschnittlichen Entwicklung entsprechen, die zwischen 2005 und 2007 beobachtet wurde, so werden die neuen Ärztinnen und Ärzte kaum mehr als die Hälfte der Dispensationen wettmachen. Demzufolge wird sich die mit dem Bereitschaftsdienst verbundene Arbeitsbelastung für die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte spürbar

erhöhen, selbst wenn wie heute schon einige Ärztinnen und Ärzte über die Altersgrenze von 60 Jahren hinaus am Dienst mitwirken.

Die Daten zeigen auch, dass eine grosse Zahl von Grundversorgern in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand treten wird. Es ist nur eine Frage der Zeit – je nach der zeitlichen Staffelung der Rücktritte und der Arbeitszeitverkürzungen – bis die Anzahl neuer Ärztinnen und Ärzte nicht mehr ausreicht, um die Nachfolge sicherzustellen.

3.1.3.2 Auswirkung der Feminisierung des Berufs und der Teilzeitarbeit

Die Feminisierungsrate des Berufs – ein häufig vorgebrachtes Argument im Zusammenhang mit der Teilzeitarbeit, um den Rückgang des Angebots zu erklären – beträgt für die untersuchten Bereitschaftsdienst-Kreise 22,43%. Auf Kantonsebene betrifft die Teilzeitarbeit in der untersuchten Population rund 14,95% der zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte. Bei den Frauen ist dieser Prozentsatz höher, nämlich 37,50%, wohingegen bei den Männern sich nur 8,43% für diese Option entschieden haben. Gemäss Obsan liegt die Feminisierungsrate im Kanton Freiburg über dem Schweizer Durchschnitt.

Die untersuchten Daten lassen darauf schliessen, dass mittelfristig die in den letzten zwölf Jahren beobachtete Zunahme an Grundversorgern zu einem grossen Teil durch die Pensionierung eines nicht unbeachtlichen Anteils der Ärztopopulation rückgängig gemacht wird. Diese Entwicklung wird sich auch erheblich auf den Bereitschaftsdienst auswirken und lässt die damit verbundene künftig steigende Arbeitsbelastung erahnen, insbesondere in den kleineren Bereitschaftsdienst-Kreisen.

3.2 Lösungsansätze für den Kanton Freiburg

3.2.1 Anpassung des Reglements der AGKF für den ärztlichen Bereitschaftsdienst

Nach Artikel 95 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes vom 16 November 1999, das am 1. Januar 2001 in Kraft trat, stellen die Gesundheitsfachpersonen den Präsenz- und Bereitschaftsdienst in einer Weise sicher, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Der Artikel 17 des Reglements vom 21. November 2000 über die Pflegeleistungserbringer und die Aufsichtskommission führt auf, welche Gesundheitsfachleute gehalten sind, am Präsenz- und Bereitschaftsdienst mitzuwirken; namentlich verpflichtet er die Ärzteschaft, über die AGKF den Präsenz- und Bereitschaftsdienst nach Region und nach Spezialgebiet zu regeln. Die AGKF ist auch befugt, sowohl ihre Mitglieder als auch Fachpersonen, die nicht Mitglieder sind, zum Präsenz- und Bereitschaftsdienst zu verpflichten. Sie kann bestimmte Kategorien von Fachpersonen vom Präsenz- und Bereitschaftsdienst befreien, namentlich aus Gründen des Alters oder der Funktion, und ausnahmsweise aus gerechtfertigten Gründen einen Einzeldispens erteilen. Mit Verordnung vom 18. Februar 2003 genehmigte der Staatsrat das von der AGKF am 14. November 2002 erlassene Reglement für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg.

In Anbetracht der wachsenden Probleme, mit denen die Bereitschaftsdienst-Kreise konfrontiert sind, namentlich der steigenden Arbeitsbelastung in Verbindung mit den sich verringernden Arztbeständen, beschloss die AGKF an ihrer Generalversammlung vom 26. April 2007 eine

Änderung des Reglements für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg, welche der Staatsrat in seiner Verordnung vom 26. Februar 2008 genehmigte. Die Änderung hat zum Zweck, eine grössere Anzahl Ärztinnen und Ärzte zur Mitwirkung am Bereitschaftsdienst zu motivieren und zu verpflichten. Ärztinnen und Ärzte, welche die Qualitätsanforderungen für den Bereitschaftsdienst nicht erfüllen, müssen sich innert einem Jahr ausbilden. Fehlende Kenntnisse sind somit keine Entschuldigung mehr, sich vom Bereitschaftsdienst fernzuhalten. Ausserdem sind die Voraussetzungen für eine Dispensation vom Bereitschaftsdienst aus Gesundheitsgründen und wegen körperlicher Probleme restriktiver geworden.

3.2.2 Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes im Sensebezirk

Ursprünglich hatte der Sensebezirk zwei Bereitschaftsdienstkreise (oberer und unterer Sensebezirk) mit zwei verschiedenen Rufnummern. Zwei Ärzte standen ständig in Bereitschaft, täglich rund um die Uhr. Ausserdem hatten die Ärzte eine Vereinbarung mit dem Ambulanzdienst des Sensebezirks, wonach in schweren Notfällen der Arzt gerufen werden konnte, der sich in nächster Nähe zum Patienten befindet. Wegen einer Abnahme der zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärzteschaft aber wurde die Belastung für die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte untragbar. Aufgrund dieser Feststellung suchte die Ärzteschaft des Sensebezirks neue Lösungen, um den Bereitschaftsdienst sicherstellen zu können. In Zusammenarbeit mit dem HFR – Standort Tafers gelang es ihr, diesen neu zu organisieren. Dabei wurden mehrere Punkte umgesetzt, die in den obgenannten Berichten der GDK vorgeschlagen wurden.

In dem neuen Modell, das heute angewandt wird, sind die beiden ursprünglichen Bereitschaftsdienst-Kreise zu einem einzigen zusammengelegt worden, der den ganzen Sensebezirk abdeckt. Gleichzeitig gibt es nur noch eine einzige Rufnummer und einen einzigen Dienstarzt. Dieser stellt den Dienst täglich von 7 bis 20 Uhr sicher. Ausserhalb dieser Zeiten werden die ambulanten Notfälle vom Spital übernommen. Wenn aber der Patient sich nicht fortbewegen kann und ein Hausbesuch nötig ist, kann der diensthabende Arzt des Spitals jederzeit den Dienstarzt des Bereitschaftsdienst-Kreises anbieten.

Diese am 1. Januar 2007 eingeführte Zusammenarbeit funktioniert zur grossen Zufriedenheit der implizierten Parteien und konnte bisher vom diensthabenden Spitalpersonal ohne Mehrbestände bewältigt werden. Bisher sind auch keine Mehrkosten angefallen, mit Ausnahme einiger Anpassungen der Telefonzentrale. Sie ermöglichte eine Entlastung der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und motivierte auch einige, die grundsätzlich aus Altersgründen vom Dienst dispensiert waren, zu einer weiteren Mitwirkung.

3.2.3 Reorganisation weiterer Bereitschaftsdienst-Kreise

Die AGKF beschränkte ihre Konzentrationsbemühungen nicht auf den Bereitschaftsdienst im Sensebezirk. Weitere Bereitschaftsdienst-Kreise sind neu organisiert und zusammengefasst worden, so dass aus den ursprünglichen 13 Kreisen inzwischen 7 geworden sind. Angesichts der erfolgreichen Reorganisation des Bereitschaftsdienstes im Sensebezirk gelangte die AGKF an das HFR im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen den Spitalstand-

orten und Bereitschaftsdienst-Kreisen der übrigen Bezirke. Die Partner haben Gespräche aufgenommen, um verschiedene Ansätze für Lösungen zu untersuchen, die sich für die einzelnen Spitalstandorte und Bereitschaftsdienst-Kreise eignen.

4. STANDPUNKT DES STAATSRATS

Der Bund und die Kantone erklärten gemeinsam ihren Willen, die ärztliche Grundversorgung zu unterstützen. Dieser Wille gründet auf der Überzeugung, dass ein leistungsstarkes Hausarztssystem eine wichtige Voraussetzung für eine effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung ist. Somit müssen die Massnahmen zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung den Erhalt beziehungsweise die Verbesserung ihrer Effizienz bezwecken. Indessen geht es nicht darum, die ärztliche Grundversorgung auf dem Weg einer Subventionspolitik gegenüber anderen ärztlichen Fachbereichen zu begünstigen. Der Grundsatz der Subsidiarität des Staates muss zur Anwendung kommen. An erster Stelle liegt es an den Grundversorgern, nach Massgabe ihrer Möglichkeiten Lösungen zu finden, die sich für die sie betreffenden Probleme eignen.

Daher vertritt der Staatsrat die Auffassung, dass zunächst den dringendsten Problemen begegnet werden muss, und zwar in Absprache mit den übrigen Kantonen. Dazu muss der Fokus vorzugsweise auf eine beschränkte Anzahl von Punkten gerichtet und vermieden werden, sich auf eine Vielzahl von Optionen zu verzetteln, deren Auswirkungen bisher nicht genügend evaluiert worden sind.

Die Änderungen und Verbesserungen in den Studiengängen der Grundversorger werden sich in Anbetracht der Studiendauer erst in rund zehn Jahren merklich auf die Ärztedemografie auswirken. Um kurzfristig den Problemen zu begegnen, mit denen sich der Beruf konfrontiert sieht, zieht der Kanton Lösungen vor, die auf einer Reorganisation der bestehenden Strukturen mit den verfügbaren Mitteln beruhen – Lösungen, die keine oder eine nur geringfügige finanzielle Zuwendung des Staates erfordern und die namentlich auf eine Verbesserung der Situation und Lebensqualität der Grundversorger hinzielen. Es geht darum, zuerst diese Lösungen auszuschöpfen, bevor radikalere und kostenträchtigere Lösungen in Betracht gezogen werden, die häufig mit stärkeren Interventionen des Staates in der Berufspraxis einhergehen, nach dem Grundsatz «Wer zahlt, befiehlt».

Somit stellt der Staatsrat mit Zufriedenheit fest, dass im Kanton mehrere gangbare Wege geprüft werden und dass für die Bewältigung der Probleme, denen sich die ärztliche Grundversorgung gegenübersteht, konkrete Initiativen laufen:

4.1 Reorganisation der Bereitschaftsdienste

Der Staatsrat unterstützt die von Partnern konzertiert eingeführten Lösungen wie zum Beispiel diejenige für den Bereitschaftsdienst des Sensebezirks, in den das HFR – Standort Tafers miteinbezogen ist. Er ist bereit mitzuhelfen, damit gleichartige Lösungen in den übrigen Bezirken gefunden werden. Daher erwartet er gespannt die ersten Ergebnisse der Gespräche zwischen dem HFR und der AGKF über die Reorganisation der Bereitschaftsdienste des Kantons. Denn solche Lösungen aus der Hand der direkt betroffenen Kreise sind bestimmt besser geeignet,

dem dringenden Bedarf und den Erwartungen der Grundversorger zu entsprechen, breite Unterstützung bei ihnen zu finden und das gewünschte Ziel zu erreichen als Projekte, die vom Staat ausgearbeitet werden und darüber hinaus als belastend empfunden werden könnten.

Was die qualitativen und finanziellen Aspekte des Bereitschaftsdienstes angeht, so nehmen nach Information der AGKF die ärztlichen Grundversorger alle zwei Jahre an einem Ausbildungs- und Auffrischkurs für die Notfallversorgung teil, der pro Ärztin oder Arzt rund 400 Franken kostet. Wie nach Artikel 6 Abs. 3 des Reglements für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg zulässig – dieser sieht vor, dass die Bereitschaftsdienste ermächtigt sind, in der Region ihrer Tätigkeit eine Finanzierung für die teilweise Deckung ihrer Kosten ausfindig zu machen – wird derzeit ein Teil dieser Kosten noch von einer pharmazeutischen Firma gesponsert, so dass nur noch rund 150 Franken zulasten der Ärztinnen und Ärzte gehen. Jedoch weisen die Ärztinnen und Ärzte darauf hin, dass die Abwesenheit von der Praxis während der Ausbildungsdauer auch eine Minderung ihres Geschäftsumsatzes bedeutet. Daher beantragt die AGKF eine Kostenbeteiligung des Kantons.

Es besteht keine gesetzliche Grundlage, die den Staat zu einer Subventionierung des Bereitschaftsdienstes verpflichtet, fällt dieser doch einzig und allein in die Zuständigkeit der Ärzteschaft. Dennoch könnte der Staat als Zeichen seines guten Willens die Frage erwägen. Sollte sich der Staat an den Kosten dieser Ausbildung beteiligen oder diese übernehmen, so würde dies jährlich zwischen 11 000 und 40 000 Franken¹ kosten. Es ist aber an den Gemeinden als den örtlichen Gesundheitsbehörden, ihre Verantwortung wahrzunehmen und sich an der Unterstützung der Dienstärztinnen und Dienstärzte zu beteiligen.

In diesem Sinne sei erwähnt, dass schon einige Gemeinden die Bereitschaftsdienste finanziell unterstützen, wie etwa die Gemeinden des Sensebezirks, die dem Bereitschaftsdienst-Kreis einen jährlichen Betrag von 2500 Franken je zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Arzt bezahlen. Dies als Beteiligung an den Ausbildungskosten, aber auch an den Kosten der regelmässigen Erneuerung der Arzneimittelvorräte, die ein Dienstarzt für die Behandlung bestimmter Notfälle zur Verfügung haben muss und die bei Nichtverwendung regelmässig ausgetauscht werden müssen, da sie eine relativ kurze Verfallszeit haben.

In Anbetracht dieser Faktoren wird der Staatsrat im Rahmen der Reorganisation der Bereitschaftsdienste die Möglichkeit einer Beteiligung an diesen Ausbildungskosten prüfen, wie von der AGKF beantragt.

4.2 Reorganisation der Ausbildung

Der Staatsrat unterstützt auch die Lösungen, die auf eine Verbesserung der Ausbildung von Grundversorgern hinarbeiten. Da die Ausbildung aber sehr hohe Qualitätsansprüche erfüllen muss, müssen solche Projekte zur Änderung und Verbesserung der Ausbildung konzertiert auf gesamtschweizerischer, allenfalls interkantonalen Ebene eingeführt werden, um eine einheitliche Ausbildungsqualität in der ganzen Schweiz zu gewährleisten. Nur die

Details sollten noch auf Kantonsebene geregelt oder angepasst werden.

Auch wenn das Ausbildungsmodell der Praxisassistenten, wie es im Kanton Waadt praktiziert wird (s. Ziffer 2.3.2.1), für den Staat relativ kostspielig ist und darüber hinaus nicht garantiert, dass die Ärztin oder der Arzt sich nach der Ausbildung dort niederlässt, wo der Kanton es am nötigsten bräuchte, das heisst in einem Randgebiet, scheint es ein interessanter Ansatz für die Assistenzärztinnen und -ärzte zu sein. Natürlich kann der Kanton das Angebot der Ausbildung in der Praxis an einen Vertrag binden, der vorsieht, dass die Ärztin oder der Arzt einige Jahre in einer Randregion praktiziert und der Kanton im Gegenzug die mit der Praxisassistenten verbundene Lohn Differenz übernimmt. Eine solche Auflage schmälert aber die Attraktivität der Ausbildung. Je höhere Auflagen die Assistenzärztin oder der Assistenzarzt zu gewärtigen hat, desto weniger verlockend ist das Angebot für sie oder ihn. Im Interesse aber einer besseren Ausbildung der künftigen Grundversorger prüft der Kanton Freiburg mit seinen Partnern der Westschweizer Kantone die Möglichkeit einer progressiven Einführung eines harmonisierten Programms. Das HFR und die AGKF werden die GSD in der Einsetzung dieses Projekts begleiten.

Was die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten allgemein angeht, so fordern die Studien über die Ärztedemografie eine Erhöhung der Anzahl Studienplätze in der Schweiz insgesamt. Ein solches Vorgehen erfordert das Engagement aller Akteure auf Universitäts- und Spitalebene. Der Entscheid des Staatsrats über die Einführung des dritten Medizinstudienjahres an der Universität Freiburg fügt sich in diese Logik ein und zeugt vom Willen, an diesen Ausbildungsbemühungen mitzuwirken. Das geplante Freiburger Programm sieht auch das Lernen in der Arztpraxis vor, so dass die Studierenden rasch in Kontakt mit der Medizin ausserhalb des Spitals treten können.

4.3 Berücksichtigung der Änderungen des Gesundheitssystems

Der Staatsrat möchte nicht die derzeitige Situation durch eine Art Berufsprotektionismus zementieren, sondern eher die ärztliche Grundversorgung im Verlauf einer zweifellos unumgänglichen Entwicklung begleiten. Die ärztliche Grundversorgung fügt sich in ein Gesundheitssystem ein, das sich in stetem Wandel befindet, und es ist unvermeidlich, dass sie sich diesem Wandel anpassen muss. Die ärztliche Grundversorgung von morgen wird nicht die gleiche sein wie die von heute, so wie die heutige nicht mehr diejenige von gestern ist.

Die heutige Gesellschaft zeichnet sich durch eine Mobilität und einen Informationsstand aus, wie sie zuvor nie erreicht wurden. War es früher von höchster Bedeutung für die ganze Bevölkerung einer Region, den Grundversorger in geografischer Nähe zu haben, so wird dies zunehmend weniger wichtig.

Die heutige Gesellschaft ist eine Informationsgesellschaft, wo die Einzelperson mehr und mehr über Telefon, Handy, Internet, E-Mail kommuniziert. Die Tatsache, dass zahlreiche Kranke sich informiert genug fühlen, um sich direkt an eine Fachärztin oder einen Facharzt zu wenden, ohne zuerst einen Allgemeinpraktiker zu konsultieren, kann nicht durch kantonale örtliche Interventionen geändert werden. Solche Entwicklungen im Verhalten können allenfalls durch künftige KVG-Revisionen eingedämmt werden, die zum Beispiel vermehrt

¹ Untere Grenze: 150 ÄrztInnen × 150 Franken (Beteiligung) auf 2 Jahre = 22 500 Franken, somit 11 250 Franken pro Jahr.
Obere Grenze: 200 ÄrztInnen × 400 Franken (Gesamtbeitrag) auf 2 Jahre = 80 000 Franken, somit 40 000 Franken pro Jahr.

dem Angebot der Krankenversicherer in Bezug auf besondere Versicherungsformen Vorschub leisten (Health maintenance organisations HMO, Hausarztmodelle und Telemedizin).

Einige dieser Modelle können die Rolle und die Bedeutung des Grundversorgers im System stärken, indem er als «Gatekeeper» fungiert, über den die Patientinnen und Patienten zwingend gehen müssen, um sich wenn nötig an einen Facharzt überweisen zu lassen. Aber auch wenn diese Modelle die Attraktivität des Berufs vielleicht steigern, ermöglichen sie es nicht, rasch das Problem des Ärztemangels zu bewältigen. Tatsächlich generieren sie nämlich einen erhöhten Bedarf an Grundversorgern, weil das System bedingt, dass alle Patientinnen und Patienten zuerst deren Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

Da sich diese grundlegenden Änderungen des Gesundheitssystems auf nationaler Ebene entscheiden, kann der Staatsrat nur die Wichtigkeit der effektiven Mitarbeit des Kantons an den auf dieser Ebene laufenden Arbeiten unterstreichen. Es muss aber auch erwähnt werden, dass diese Änderungen vielleicht Auswirkungen haben werden – wie die Einschränkung der freien Arztwahl oder auch die Aufhebung des Vertragszwangs –, die den Berufen der ärztlichen Grundversorgung nicht alle förderlich sein werden.

Die (unentgeltlichen) Telemedizin-Dienstleistungen, die rund um die Uhr erreichbar sind (zum Beispiel «Medgate», mit 2,5 Millionen Mitgliedern in der Schweiz) und die von immer mehr Krankenversicherern ihren Mitgliedern angeboten werden, ermöglichen eine Triagierung der Notfälle und entlasten demzufolge die Arztpraxen von harmloseren Fällen, die keiner Untersuchung in der Arztpraxis bedürfen. Auf der anderen Seite unterstützt dieses System aber eher eine Entwicklung, wonach Patientinnen und Patienten weniger das Bedürfnis nach einer eigenen Hausärztin oder einem eigenen Hausarzt haben. Dies umso eher, als sie rasch Informationen einholen können, ohne sich fortbewegen zu müssen, ohne Zeit in einem Wartezimmer zu verlieren.

Das Gleiche gilt für elektronische Patientenkarten und -dossiers, dank denen mittel- und sogar kurzfristig ein grosser Teil bzw. sämtliche medizinische Daten einer Patientin oder eines Patienten vereinigt werden können, so dass sich ein beliebiger behandelnder Arzt rasch einen relativ umfassenden Überblick über die Situation der betreffenden Person beschaffen kann, ohne von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt abhängig zu sein. Hier zu nennen ist das Projekt des elektronischen Patientendossiers (EPD), das derzeit im HFR umgesetzt wird.

Für sehr schwere Fälle, die eine rasche Intervention an Ort und Stelle erfordern, ermöglichen die REGA oder die notmedizinischen Dienste (SMUR) einen schnellen Einsatz auch in Randzonen und an abgelegenen Orten. In diesem Bereich arbeitet der Kanton Freiburg übrigens an der Prüfung eines Konzepts für eine weitere Verbesserung der präklinischen Notfallversorgung für Freiburger Patientinnen und Patienten.

Diese Beispiele zeigen, dass die künftigen möglichen Entwicklungen des Umfelds und des Rahmens der ärztlichen Grundversorgung für den Beruf zweischneidig sein können, können doch einige davon Lösungen für das Problem des Hausärztemangels bringen wie auch weitere Sachzwänge generieren. Umso wichtiger ist es für den Beruf, dass er sich anzupassen versteht. Diese tiefreichende Entwicklung zeigt auch, dass die Lösung des

Problems eines künftigen Ärztemangels in der Grundversorgung wahrscheinlich nicht mit einigen finanziellen Anreizen gelöst werden kann.

4.4 Finanzielle Anreize

Überlegungen betreffend allfällige finanzielle Anreize (Subventionierung der Infrastrukturen oder teilweise und vorübergehende Steuerbefreiungen nach Errichtung einer Privatpraxis), die den (künftigen) Grundversorgern vom Kanton geboten würden und so den Beruf attraktiver machen oder auch Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung in Randregionen motivieren würden, scheinen im Moment verfrüht. Nicht nur fehlt der Beleg für die Wirksamkeit solcher Modelle, sondern sie würden zudem eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen Medizinalberufen schaffen. Ausserdem wären sie nicht kohärent mit der kantonalen Spitalplanung, die eine Konzentration der technischen Mittel für eine vermehrte Effizienz des vom Staat subventionierten Gesundheitssystems anstrebt. Im Übrigen gäbe die Finanzierung der Infrastrukturen keine Garantie dafür, dass die Ärztin oder der Arzt in der Randzone niedergelassen bleibt. Erstens, weil der Staat sie oder ihn nicht über die vertraglich vereinbarte Zeit hinaus dazu zwingen kann. Zweitens: Je geringer der finanzielle und persönliche Einbezug der Ärztin oder des Arztes ist, umso weniger wird sie oder er es bedauern, eine solche von Dritten finanzierte Infrastruktur zu verlassen. Somit könnte ein gegenteiliger Effekt erzielt werden und ein verstreuter und unternutzter «Infrastrukturen-Park» zulasten des Staates die Folge sein.

Zuletzt geht es auch nicht darum, unter den Kantonen eine Art Wettstreit um die besten finanziellen Vorteile anzufangen, mit dem Ziel, Kandidatinnen und Kandidaten anzuziehen, so dass andere Kantone das Nachsehen haben. Eine solche Situation wäre kontraproduktiv, vor allem für Kantone wie Freiburg, die über weniger grosse Finanzmittel verfügen.

Den einschlägigen Studien nach scheinen im Übrigen die die Lebensqualität betreffenden Aspekte wichtiger als rein finanzielle Aspekte zu sein.

4.5 Taxpunktwert TARMED

In Bezug auf das häufig erwähnte Problem eines TARMED-Taxpunktwertes, der als zu niedrig erachtet wird, erinnert der Staatsrat daran, dass das KVG die Frage der Abgeltung der Leistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung regelt und keine Kompetenzen für die Kantone vorsieht. Diese Frage muss durch die Vertragspartner geregelt werden, und es ist an den Ärztevereinigungen und -gesellschaften, die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten.

5. SCHLUSSFOLGERUNG

Die Deckung des Bedarfs der Bevölkerung in Bezug auf die ärztliche Grundversorgung im Kanton Freiburg ist zur Stunde sichergestellt. Verschiedene Studien und Prognosen zeigen aber, dass die ärztliche Grundversorgung an Interesse verloren hat und nicht mehr so viele junge Ärztinnen und Ärzte wie früher anzieht, so dass man mittelfristig mit einer Abnahme der Bestände rechnen muss, wenn sich die Lage nicht positiv entwickelt. Eine solche Entwicklung droht auf die Länge zu einem

Missverhältnis zwischen dem Angebot und dem Bedarf der Bevölkerung zu führen.

Der Ernst der Lage ist von den betroffenen Kreisen und den zuständigen Behörden erkannt worden, auf der Ebene sowohl der Kantone als auch des Bundes. Gemeinsam arbeiten sie an der Einführung der tief greifenden organisatorischen und strukturellen Änderungen, die für eine nachhaltige Verbesserung der Lage erforderlich sind.

Der Staatsrat ist nach wie vor überzeugt, dass die Lösungen vorzugsweise vom Berufsstand selber gefunden werden müssen und dass der Staat eine nur subsidiäre Rolle spielen muss. Daher privilegiert er die von an der Front tätigen Einzelpersonen und Organismen erarbeiteten und getragenen Projekte, die auf eine Reorganisation der verfügbaren Mittel zwecks Verbesserung von deren Wirksamkeit und Effizienz abzielen; sie sollten eine rasche Verbesserung der Lage ermöglichen. In diesem Sinne unterstützt der Kanton Freiburg die Reorganisation der Bereitschaftsdienst-Kreise durch die AGKF in Zusammenarbeit mit dem HFR. Was die strukturellen

Änderungen betrifft, namentlich in der Ausbildung der Grundversorger, so sind die entsprechenden Schritte im Gang. Der Kanton Freiburg prüft mit seinen Partnern der Westschweizer Kantone die Möglichkeit der schrittweisen Einführung eines harmonisierten Praxisassistenzen-Programms in naher Zukunft, und das HFR sowie die AGKF werden ihn in der Umsetzung auf Kantonsebene begleiten.

Der Staatsrat ist überzeugt, dass diese konkreten Massnahmen die jungen Ärztinnen und Ärzte ermuntern werden, wieder den Weg der ärztlichen Grundversorgung zu wählen und sich im Kanton Freiburg niederzulassen. Sie ermöglichen schlussendlich eine nachhaltige Verbesserung der Situation in der ärztlichen Grundversorgung und tragen so dazu bei, dass die allgemeinmedizinische Deckung der Freiburger Bevölkerung erhalten bleibt.

Wir bitten Sie, diesen Bericht zur Kenntnis zu nehmen.
