

**Rapport final du Conseil communal au sujet du postulat n° 93 (2016-2021)
de Mme et MM. Simon Zurich, Corinne Margalhan-Ferrat et François Miche (PS)
demandant de présenter un rapport sur la médecine de premier recours en ville de
Fribourg**

En séance du 29 octobre 2018, le Conseil général transmettait au Conseil communal le postulat n°93 (2016-2021) de Mme et MM. S. Zurich, C. Margalhan-Ferrat et F. Miche lui demandant de présenter un rapport sur la médecine de premier recours en ville de Fribourg.

Table des matières

Résumé du postulat	1
Réponse du Conseil communal	2
I. Contexte de l'analyse	2
a. Contexte cantonal	2
b. Contexte communal	2
II. Analyse des demandes	2
a. Densité de médecins de premier recours	2
b. Conséquences	4
c. Pistes de réflexions	4
Conclusions	6

Résumé du postulat

Les auteurs du postulat demandent au Conseil communal de présenter un rapport sur la médecine de premier recours en ville de Fribourg.

Les analyses doivent porter sur la densité de médecins de premier recours par quartiers (en fonction du nombre d'habitant-e-s).

Il est également demandé d'étudier les conséquences d'une densité insuffisante de médecins de premier recours dans certains quartiers de la ville.

Finalement, le Conseil communal devra proposer des pistes de réflexion visant à encourager l'installation de médecins de premier recours en ville, et ce de concert avec les acteurs concernés (les patient-e-s, le HFR, la Société de Médecine du Canton de Fribourg SMCF, les médecins installés en ville, la Faculté de médecine, la DSAS).

La réunion de ces acteurs par la Ville de Fribourg devrait à terme permettre de constituer un réseau autour de la question de la médecine de premier recours.

Réponse du Conseil communal

I. Contexte de l'analyse

a. Contexte cantonal

Le postulat n°93 devait faire l'objet d'un rapport final du Conseil communal au Conseil général dans le délai d'une année après sa transmission, soit jusqu'au 29 octobre 2019. Toutefois, d'entente avec les postulants, le Conseil communal a proposé de prolonger ce délai et d'attendre la publication, par le Conseil d'Etat, du Rapport 2021-DSAS-17 au Grand Conseil, relatif aux postulats suivants:

- 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander concernant le risque de pénurie de médecins de famille dans le canton de Fribourg ;
- 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal concernant l'encouragement de l'installation de médecins de famille dans le canton.

Ce Rapport (annexe 1), qui aurait dû être publié à l'automne 2019, ne l'a été finalement qu'en mars 2021. Il a été transmis au Service des finances de la Ville dans la foulée, sur demande.

b. Contexte communal

Dans le cadre de la réponse au postulat n° 93, le Conseil communal rappelle que la question de la santé publique est une thématique cantonale, et qu'il n'est pas légitimement en mesure de traiter sous l'angle strict de la santé publique les différentes questions des postulants.

L'Administration de la Ville de Fribourg n'a pas de Service de la santé publique. Par conséquent, elle ne possède pas les ressources adéquates et nécessaires pour traiter toutes les demandes de ce postulat, et, éventuellement, pour les mettre en œuvre. Toutefois, cette thématique étant liée à des questions d'ordre social et économique, elle peut esquisser des éléments de réponse et d'information sous ces angles. Dans ce domaine, elle précise toutefois qu'il n'existe aucun moyen direct d'influencer l'installation d'entreprises particulières en ville de Fribourg (incitations financières, immobilières, subventions) et que, comme pour la thématique de la santé publique, ceci reste une tâche cantonale (DSAS, DEE).

II. Analyse des demandes

a. Densité de médecins de premier recours

La première demande des postulants vise à connaître la densité de médecins de premier recours par quartier.

Selon le Rapport 2021-DSAS-17 au Grand Conseil, "[l]es données récoltées dans le cadre de l'enquête MAS ne permettent pas d'obtenir une photographie régionale ou une cartographie plus détaillée des effectifs cantonaux en médecine de premier recours. [...] A ce jour, il n'y a pas d'autres bases de données ou bases statistiques permettant une analyse à l'échelle infra-cantonale (par exemple à

l'échelle des districts)"¹. Il n'est par conséquent pas possible de tirer des statistiques par quartier de ce rapport. Cependant, il y est mentionné que la densité de médecins au niveau cantonal pour 2018 était de 54 EPT/100'000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne suisse de 71 EPT/100'000 habitants. Il est également stipulé que la densité "recommandée" par l'OCDE est de 1 EPT/1'000 habitants, alors que le canton de Fribourg se situe, selon les dernières statistiques, à une moyenne de 0.7 EPT/1'000 habitants.² De plus, selon ces mêmes statistiques, la plus grande proportion des médecins de premier recours aujourd'hui en activité dans le canton (44%) est âgée de 55 ans et plus, alors que les médecins plus jeunes, qui arrivent sur le marché cantonal, sont davantage occupés à temps partiel, ce qui pourrait contribuer à faire baisser encore ce chiffre. Ainsi, et selon une hypothèse de ce rapport, il est possible de craindre que la tendance n'est pas près de s'inverser, malgré le fait qu'aucune estimation précise de la relève médicale n'est disponible dans le Canton.³

Concernant la disponibilité de médecins, le Rapport relève également que le nombre de patient-e-s par EPT est supérieur à la médiane suisse (1'482 contre 1'205): "Ceci relève une plus faible disponibilité des médecins de premier recours dans le canton de Fribourg par rapport à l'échelle nationale".⁴

Au niveau des quartiers de la ville de Fribourg, il est difficile de définir si les statistiques sont différentes. Le Rapport cantonal précise que les données récoltées ne permettent pas de garantir l'anonymat des cabinets médicaux ayant répondu au sondage. Une recherche internet n'est pas non plus statistiquement consistante car d'une part, tous les cabinets ne sont pas forcément référencés, et d'autre part, elle ne donne pas forcément une réponse au nombre d'EPT par cabinet. De plus, il est postulé que les limites de quartier ne sont pas, à ce jour, déterminantes pour définir le terme de "proximité", la mobilité intra-urbaine s'étant fortement transformée. Finalement, il est également possible d'imaginer qu'un certain nombre de médecins exerçant en ville de Fribourg traitent des patients affluant de tout le canton, notamment ceux qui y travaillent et qui préfèrent consulter près de leur lieu de travail que près de leur lieu de vie. Cela aura pour conséquence une mauvaise appréhension des chiffres au niveau local. A l'inverse, on peut imaginer que des Fribourgeois (pendulaires ou non) soient traités par des médecins d'autres localités (par ex. de Berne ou Lausanne).

Il est toutefois à noter que durant la crise du covid-19, l'Association Médecins Fribourg (MFÄF dans le Rapport cantonal) en collaboration avec le SSP "[...] a mis en place d'urgence un système de recensement des médecins du canton [...]. L'optimisation de cette collaboration permettrait de disposer d'une cartographie complète, harmonisée et actuelle des médecins de premier recours dans le canton, d'avoir une vision de la répartition de l'offre médicale par district/commune".⁵ Dans l'attente des résultats de cette analyse, la Ville de Fribourg postule que les statistiques cantonales sont représentatives également pour la ville de Fribourg et ses différents quartiers.

Pour clore cette question, il est donc impossible pour la Ville de Fribourg de présenter des statistiques par quartier. Une telle analyse serait coûteuse en temps et ressources et ses résultats ne pourraient pas être considérés comme déterminants. Elle estime toutefois que selon les résultats de ce rapport cantonal, il existe effectivement un manque de médecins de premier recours en ville de Fribourg et au sein de ses différents quartiers. Cette conclusion est propre à tout le canton.

¹ Rapport 2021-DSAS-17 du 2 mars 2021 du Conseil d'Etat au Grand Conseil, p. 6

² Idem, p.4

³ Idem, p.5

⁴ Ibidem

⁵ Idem, p.15

b. Conséquences

La deuxième demande des postulants vise à connaître les conséquences d'une potentielle densité insuffisante de médecins de premier recours sur le système de santé local.

Concernant les conséquences de ce manque désormais établi, le Rapport 2021-DSAS-17 au Grand Conseil stipule qu'"[u]n des atouts particuliers de la médecine de premier recours est son approche personnalisée qui prend en compte l'environnement familial et général du/de la patient-e". De plus, "[e]lle assure une fonction de tri comprenant le traitement des cas urgents mais également une coordination entre les prestations fournies et les soins qui seront administrés ultérieurement dans le secteur ambulatoire ou stationnaire ainsi que les soins de longue durée".⁶ Il est donc possible de répondre ainsi: le manque de médecins de premier recours a des conséquences sociales (par un manque de proximité avec la patientèle) et économiques (par l'utilisation accrue du système d'urgences). Il est toutefois impossible de les chiffrer de manière locale, car cela demanderait une analyse des coûts et bénéfices impliquant un nombre d'acteurs élevé et impliquant de multiples critères d'analyse. Une telle analyse s'avérerait extrêmement coûteuse pour la Ville de Fribourg, dans le seul but de valider un fait établi.

En conclusion, la Ville de Fribourg relève que le manque de médecins de premier recours a des conséquences sociales et économiques négatives, mais qu'il n'est pas possible de les chiffrer au niveau local.

c. Pistes de réflexions

Les postulants demandent au Conseil communal de proposer des pistes de réflexion visant à encourager l'installation de médecins de premier recours en ville, et ce de concert avec les acteurs concernés (les patient-e-s, le HFR, la Société de Médecine du Canton de Fribourg (SMCF), les médecins installés en ville, la Faculté de médecine, la DSAS).

Le Rapport cantonal précité détaille les mesures actuellement existantes pour favoriser l'installation des médecins de premier recours dans le canton en ses chapitres 7 et 8. Ses axes de travail principaux sont les suivants:

- la formation pré-graduée et post-graduée ;
- l'évolution du modèle de prise en charge ;
- l'incitation financière ;
- le service de garde.

Concernant la formation pré- et post-graduée⁷, une troisième année de médecine a été ouverte en 2009 à l'UNIFR et un master en médecine axé sur la médecine de famille a été ouvert en 2019. Fribourg est le seul canton de Suisse à avoir développé un programme de master spécifique dans ce domaine. Toutefois, les Fribourgeois ne représentent pas la majeure partie des inscrits à ce programme. Le risque est donc que cela ne se transforme pas concrètement en l'installation de médecins sur le territoire cantonal.

En termes de formation, le Canton a également investi dans un programme spécial d'assistantat au cabinet qui vise à promouvoir cette profession en particulier.

⁶ Idem, p.2

⁷ Idem, p.11

Concernant l'évolution du modèle de prise en charge⁸, le projet CoSaMo, unique en Suisse et destiné spécifiquement à la santé des étudiants, a été mis en œuvre en février 2020 comme projet pilote. Il permet aux étudiants "[...] d'avoir un accès à des consultations délivrées par des étudiant-e-s en soins infirmiers, ostéopathie et médecine. Ces consultations se font sous la supervision de professeur-e-s, maîtres d'enseignement et médecins avec expérience clinique confirmée. De façon générale, ce projet garantit non seulement un accès facilité aux soins de premier recours pour les étudiant-e-s du canton, qui représentent une grande partie de la population, mais également de développer les connaissances pratiques et interprofessionnelles de ces derniers".⁹ De manière intermédiaire, ce projet permet donc de réduire la charge sur les cabinets existants en centre-ville de Fribourg.

Concernant les incitations financières¹⁰, c'est par le Cautionnement romand qu'elles pourraient être prises en charge. "La société coopérative 'Cautionnement romand' facilite l'accès aux crédits d'exploitation ou d'investissement en faveur de petites et moyennes entreprises, personnes physiques ou morales, en octroyant des garanties d'emprunts bancaires jusqu'à 1 million de francs. L'antenne fribourgeoise de Cautionnement romand qui traite les demandes pour le canton n'a pas enregistré de demande de la part de médecins de premier recours entre 2016 et 2020. Ceci s'explique probablement par des exigences de garantie moins restrictives de la part des banques pour les médecins souhaitant s'installer en cabinet. Par ailleurs, il est intéressant de souligner également le faible taux de recours à l'aide au cautionnement dans les autres cantons romands: au total 5 demandes faites entre 2016 et 2019 pour les cantons de Neuchâtel, Valais et Vaud. Ces observations montrent que les aspects financiers relatifs à l'infrastructure ne représentent pas un frein majeur pour l'installation des médecins de premier recours dans les cantons romands".¹¹ La Ville de Fribourg postule ainsi que la mise en place d'incitations financières spécifiques n'aurait pas les conséquences espérées pour le développement de nouveaux cabinets médicaux en ville de Fribourg. Toutefois, par sa Société Effort Fribourg SA, elle se tient à disposition, de manière subsidiaire, à l'offre du Cautionnement romand, pour offrir des crédits à taux zéro pour des investissements jusqu'à 30'000 francs. De plus, elle possède un guichet économique unique, qui peut, le cas échéant, conseiller et orienter les médecins qui souhaiteraient s'implanter, en les soutenant par exemple dans la recherche de locaux ou la reprise de cabinets existants.

Concernant le système de garde, des discussions ont été initiées depuis de nombreuses années entre l'HFR, MFÄF et la DSAS: "[p]armi les problématiques discutées figure la prise en charge des situations semi-urgentes à non urgentes (degrés 3 et 4). Plusieurs solutions ont ici déjà été envisagées sur la base des recommandations de la CDS de 2006 et 2012, dont la création d'une structure médicale d'urgences ambulatoires au sein de l'HFR, structure basée sur une collaboration étroite entre MFÄF et l'HFR, ou le recrutement de médecins de premier recours à l'HFR afin d'assurer des consultations ambulatoires au sein du service des urgences. Parmi les projets aboutis figure la création, en 2010, d'une filière rapide au sein des urgences de l'HFR Fribourg- Hôpital cantonal nommée 'filière 34' et destinée à la prise en charge des urgences de degré 3 et 4, ceci dans le but de soulager les structures nécessaires à l'accueil des urgences vitales".¹² Il est possible de constater qu'une solution pour désengorger les urgences vitales du HFR a donc déjà été mise en œuvre.

⁸ Idem, p.12

⁹ Ibidem

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

¹² Idem, p.13

La Ville de Fribourg postule que ces mesures cantonales doivent soutenir l'installation de médecins de premier recours dans le canton, et qu'elle n'est pas en mesure de développer des axes d'action supplémentaires dans ce sens, tant au niveau de ses attributions qu'au niveau de ses capacités financières et humaines. De plus, les acteurs concernés sont déjà impliqués dans la recherche de solutions au niveau cantonal.

Conclusions

Le Conseil communal est conscient de la problématique liée à la pénurie de médecins de premier recours dans le canton. Il est également conscient des problèmes sociaux et économiques qu'elle engendre. Il constate néanmoins qu'aucun indicateur ne lui permet de se situer (en bien ou en mal) par rapport à la moyenne cantonale.

Toutefois, le Conseil communal postule qu'il n'est pas de son ressort de mettre en œuvre une stratégie pour endiguer la pénurie de médecins de premier recours. Il fait confiance au gouvernement cantonal dans la mise en œuvre de son paquet de mesures pour répondre à ces différentes interrogations.

Il a aussi pris connaissance que d'autres communes ont mis en place certaines initiatives spécifiques en lien avec les médecins de famille. Il renonce cependant à faire de même et ainsi ouvrir une brèche envers une profession en particulier, dont la thématique est du ressort de l'Etat. Le Conseil communal en parlera cependant lors d'une prochaine réunion avec celui-ci, fort des constats issus de ce postulat et des instruments parlementaires déposés au Grand Conseil. Toutefois, le Conseil communal a le plus d'impact en termes de service en ville de Fribourg à travers le PAL et la définition des objectifs des PAD. C'est à travers ces instruments qu'il pourra donc tenter de contribuer à l'amélioration de la situation.

Il rappelle aussi aux postulants que la Société Effort Fribourg est un instrument qui peut, le cas échéant, soutenir financièrement l'installation de médecins en ville de Fribourg. De plus, son guichet économique lui permet de soutenir les éventuels intéressés dans la recherche de locaux ou de cabinets à reprendre.

Au-delà de ces outils existants, la Ville de Fribourg ne peut pas, au vu de ses attributions et de ses ressources disponibles, engager des mesures supplémentaires pour endiguer ce phénomène au niveau communal.

Le postulat n° 93 est ainsi liquidé.

Annexe:

Rapport 2021-DSAS-17 du 2 mars 2021 du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif aux postulats:

> 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander concernant le risque de pénurie de médecins de famille dans le canton de Fribourg

> 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal concernant l'encouragement de l'installation de médecins de famille dans le canton



Rapport 2021-DSAS-17

2 mars 2021

du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif aux postulats:

- > **2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander concernant le risque de pénurie de médecins de famille dans le canton de Fribourg**
- > **2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal concernant l'encouragement de l'installation de médecins de famille dans le canton**

Nous avons l'honneur de vous soumettre un rapport faisant suite aux postulats 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander concernant le risque de pénurie de médecins de famille dans le canton de Fribourg et 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal concernant l'encouragement de l'installation de médecins de famille dans le canton.

Le présent rapport suit le plan suivant:

1. Les postulats	2
1.1. 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander concernant le risque de pénurie de médecins de famille dans le canton de Fribourg	2
1.2. 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal concernant l'encouragement de l'installation de médecins de famille dans le canton	2
2. Contexte	2
3. Offre en médecine de premier recours en Suisse	3
4. Offre en médecine de premier recours dans le canton de Fribourg	3
4.1. Effectifs et densité des médecins de premier recours	4
4.2. Disponibilité des médecins de premier recours	5
4.3. Cartographie cantonale des effectifs en médecine de premier recours	6
5. Besoin en médecine de premier recours dans le canton de Fribourg	6
6. Cabinets de médecine de premier recours: évolution	7
6.1. Dossier électronique du patient (DEP)	9
6.2. Modification de la LAMal et évolution des effectifs	10
7. Mesures actuelles et futures pour favoriser l'installation des médecins de premier recours: formation	11
7.1. Mesures concernant la formation pré-graduée	11
7.2. Mesures concernant la formation post-graduée	11
7.3. Projet CoSaMO	12
8. Mesures actuelles et futures pour favoriser l'installation des médecins de premier recours: soutien à l'établissement	12
8.1. Aide au cautionnement	12
8.2. Soutien des communes	12

9. Mesures actuelles et futures pour favoriser l'installation des médecins de premier recours: organisation cantonale du service de garde et des urgences	13
9.1. Organisation de la prise en charge des urgences	13
9.2. Organisation de la garde	14
9.3. Tri téléphonique	14
9.4. Organisation du service de garde et des urgences: besoins et projections futures	15
<hr/>	
10. Recensement des médecins de premier recours du canton de Fribourg	15
<hr/>	
11. Enquête auprès des médecins du canton de Fribourg	16
<hr/>	
12. Conclusion	16

1. Les postulats

1.1. 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander concernant le risque de pénurie de médecins de famille dans le canton de Fribourg

Par postulat déposé et développé le 13 décembre 2018, puis pris en considération le 16 octobre 2019, les députés Senti Julia et Schmid Ralph Alexander demandent au Conseil d'Etat d'évaluer la gravité de la situation de pénurie qui se dessine pour les médecins de famille dans le canton et de proposer des mesures appropriées pour y faire face.

Le postulat mentionne qu'il y a de moins en moins de médecins disposés à suivre une formation de généraliste et de moins en moins de médecins généralistes disposés à exercer dans leur propre cabinet. Cette profession fait face à une diminution d'attractivité, des risques entrepreneuriaux et à un manque de possibilité de formation et de perfectionnement. Finalement, une grande partie des médecins de famille en activité approche de l'âge de la retraite et la recherche d'un-e successeur-e se révèle être une entreprise difficile pour les cabinets existants.

Le postulat évoque le rapport bernois du 19 octobre 2011 sur la médecine de premier recours dans le canton de Berne¹ comprenant une analyse de la situation globale ainsi qu'un plan de mesures comme exemple qui pourrait servir de base au canton de Fribourg. Il demande une investigation similaire ainsi qu'un plan de mesures pour le canton de Fribourg.

1.2. 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal concernant l'encouragement de l'installation de médecins de famille dans le canton

Par postulat déposé et développé le 2 juillet 2019, pris en considération le 16 octobre 2019, les députées Meyer Loetscher Anne et Pythoud-Gaillard Chantal demandent au Conseil d'Etat de fournir une photographie du nombre de médecins de famille installés en EPT effectif par région, aujourd'hui et dans dix ans. Les députées souhaitent par ailleurs une analyse des mesures à prendre pour faciliter l'installation des médecins de famille dans les régions où une situation d'offre faible serait présente. Finalement, le postulat invite le Conseil d'Etat à analyser le nombre de places d'assistantat en cabinet nécessaire afin d'atteindre une bonne couverture sur l'ensemble du canton et à pourvoir un calcul de financement de ces places et des autres mesures.

2. Contexte

La médecine de premier recours inclut les médecins avec titres de spécialiste en médecine interne générale ou en pédiatrie ainsi que les médecins praticien-ne-s. Elle représente la première ligne dans la prise en charge médicale de la population et constitue un pilier essentiel du système sanitaire qui œuvre à la promotion de la santé mais également au dépistage précoce des maladies. Elle assure une fonction de tri comprenant le traitement des cas urgents mais également une coordination entre les prestations fournies et les soins qui seront administrés ultérieurement dans le secteur ambulatoire ou stationnaire ainsi que les soins de longue durée. Un des atouts particuliers de la médecine de premier recours est son approche personnalisée qui prend en compte l'environnement familial et général du/de la patient-e.

Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et des polymorbidités représentent les défis actuels et futurs ayant un impact conséquent sur la place et le rôle de la médecine de premier recours dans le système sanitaire. En parallèle, l'éventualité d'une pénurie dans cette

¹ Rapport au Grand Conseil concernant la mise en œuvre des motions 035/2005 Heuberger et 090/2005 Kilchherr «La médecine de premier recours dans le canton de Berne», 2011

discipline préoccupe les milieux professionnels et politiques depuis un certain temps déjà, ceci tant sur le plan fédéral que cantonal. Ce contexte nécessite une évaluation régulière, d'un côté, des effectifs et des besoins en termes de médecins de premier recours et, de l'autre, des modèles de soins en place, afin de garantir un système adapté à l'évolution démographique et des besoins sanitaires de la population.

C'est dans ce cadre que le Conseil d'Etat a déjà établi en 2008 et en 2014 deux rapports en la matière:

- > **Rapport n° 88** du 19 août 2008 relatif au postulat 317.06 Christine Bulliard/Markus Bapst concernant la médecine de premier recours et les soins médicaux de base dans les régions périphériques, cité «rapport n° 88» dans la suite de ce document
- > **Rapport 2014-DSAS-32** du 2 septembre 2014 relatif aux postulats 2010-GC-10 [2071.10] †Moritz Boschung-Vonlanthen/Katharina Thalmann-Bolz concernant la promotion de cabinets de groupe et de centres de soins de premier recours à la campagne, 2011-GC-10 [2087.11] Nicole Lehner-Gigon/Bernadette Hänni-Fischer concernant une étude de la couverture médicale de premier recours, 2013-GC-27 [2029.13] Ralph Alexander Schmid concernant le soutien de la médecine de premier recours dans les régions rurales du canton de Fribourg

Le rapport du canton de Berne «La médecine de premier recours dans le canton de Berne» publié en 2011 auquel fait référence le postulat 2018-GC-178 décrit et étudie, quant à lui, divers champs d'actions concrets destinés à renforcer les soins médicaux de base dans le canton de Berne. Parmi les mesures évoquées dans ce rapport, citons par exemple, l'encouragement de nouvelles formes d'organisations de travail caractérisées par une meilleure intégration des soins et une collaboration plus étroite entre les fournisseurs de prestations ou encore l'optimisation du service de garde.

Le présent rapport s'inspire des documents cités plus haut et a pour objectif de fournir une évaluation actuelle de la situation en médecine de premier recours pour le canton de Fribourg, d'une part, en analysant les données statistiques concernant les effectifs et le besoin dans cette discipline et, de l'autre, en évaluant les différentes mesures actuelles et futures et leurs effets.

3. Offre en médecine de premier recours en Suisse

Au niveau national, la Suisse participe depuis 2010 à l'Enquête internationale sur la politique de santé (International Health Policy Survey) de la Commonwealth Fund dont les données sont reprises dans différents bulletins de l'Observa-

toire suisse de la santé (OBSAN)^{1,2}. Cette enquête a révélé en 2015 que la Suisse comportait la part la plus élevée de médecins de premier recours âgés de 55 ans et plus, soit 50% des effectifs, en comparaison avec les neuf autres pays étudiés. En 2019, l'analyse souligne toujours un déséquilibre au niveau de la représentation des classes d'âges dans la médecine de premier recours en Suisse, avec 50,4% des médecins âgés de plus de 55 ans et 34% âgés de plus de 60 ans. Cette tendance vers une surreprésentation des catégories d'âges supérieures est particulièrement marquée chez les hommes. De plus, les données montrent que plus de 50% des médecins âgés de 55 ans et plus planifient de réduire leur activité dans les 3 ans et que 35% des médecins âgés entre 60 et 64 ans souhaitent se retirer de la vie active à l'âge de la retraite. En tenant compte du fait que plus de 65% des médecins de 55-64 ans travaillent au moins 45 heures par semaine (contre 46% chez les personnes de moins de 45 ans) et que seulement 26,8% des médecins âgés de plus de 60 ans ont un-e successeur-e, ceci est susceptible de créer une offre médicale inadaptée aux besoins de la population dans les années futures. Finalement, l'enquête a exposé, de façon générale, une satisfaction élevée des médecins de premier recours, notamment par rapport au système de santé suisse, par rapport à leur pratique quotidienne (par exemple sur le temps de consultation à disposition) et aux formations délivrées dans le domaine médical. Parmi les points d'insatisfaction évoqués, figure notamment la charge administrative liée à la pratique quotidienne.

Pour ce qui est des données quantitatives, l'OFS a publié pour la première fois en 2019 les données structurelles sur les cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS). Cette dernière contient des informations sur l'activité, l'accessibilité et la répartition territoriale des cabinets médicaux et centres ambulatoires en Suisse, informations qui ont été recensées en 2017 et 2018. Les chapitres suivants donnent un aperçu des données 2017 et 2018 pour le canton de Fribourg.

4. Offre en médecine de premier recours dans le canton de Fribourg

Comme mentionné plus haut, les données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) publiées pour la première fois en 2019, permettent une évaluation de l'offre médicale pour ce qui est de la médecine de premier recours (spécialistes FMH en médecine interne générale ou en pédiatrie ou médecin praticien) dans le canton de Fribourg. Avant de présenter ces données, il est important de

¹ Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

² Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

mentionner que pour 2018, le taux de contact pour les cabinets médicaux du canton de Fribourg était de 68% et parmi les cabinets contactés, 55% ont répondu à l'enquête (taux de réponse). Ainsi, les résultats présentés dans le cadre de cette statistique se fondent en partie sur des extrapolations et pas uniquement sur des observations réelles.

Une partie des valeurs MAS 2018 peut être comparée aux données de la statistique médicale de la Fédération des médecins suisses (FMH) qui, elle, concerne uniquement les médecins qui en sont membres et ne détaille pas les effectifs en termes d'équivalents plein temps (EPT). A noter que la statistique FMH sert également de base à l'OBSAN qui publie également des indicateurs sur ce sujet.

Les paragraphes suivants résument les principales données MAS 2018 pour le canton de Fribourg et donnent une vue d'ensemble de l'offre cantonale.

4.1. Effectifs et densité des médecins de premier recours

Dans le canton de Fribourg, on estimait en 2018 un total de **229¹ médecins de premier recours**, soit **171.6 EPT**, contre 222 médecins représentant 169.5 EPT en 2017. La statistique FMH indique des effectifs similaires de médecins avec une valeur à 212 médecins de premier recours pour l'année 2017 et 217 pour 2018 (2019: 241).

Selon les données MAS, la densité des médecins de premier recours (EPT/100 000 habitants) observée en 2017 et en 2018 dans le canton était donc de **54 EPT/100 000 habitants**, ce qui est inférieur à la moyenne suisse de 71 EPT/100 000 habitants observée en 2018 (73 EPT/100 000 habitants pour 2017). Il est pertinent de comparer la densité observée dans le canton de Fribourg à des valeurs standard ou recommandées. Or, il n'existe pas de recommandation claire quant aux effectifs nécessaires pour couvrir les besoins d'une région. Le rapport du Conseil-exécutif du canton de Berne relatif à la motion Schär (022/2012) mentionne une densité recommandée par l'OCDE de 1 médecin de premier recours pour 1000 habitants². Ainsi avec 229 médecins pour 318 714 habitants en 2018, le canton de Fribourg se situait en dessous de cette valeur (0.7 médecin/1000 habitants). A noter que cette valeur est encore inférieure si l'on considère les effectifs en terme d'EPT par habitant (0.5 EPT/1000 habitants).

Si on analyse la répartition générale des EPT en médecine de premier recours dans le canton de Fribourg (**Figure 1**), on peut d'abord souligner la forte représentation masculine

(total de 93.9 EPT, soit 55% des EPT totaux) par rapport aux femmes (total de 77.7 EPT, soit 45% des EPT totaux). Cette représentation est similaire à l'échelle nationale avec 60% d'hommes et 40% de femmes. Deuxièmement, on observe pour le canton de Fribourg que la proportion de médecins âgés de 55 ans et plus est de 35%, ce pourcentage étant supérieur chez les hommes (42%) et inférieur chez les femmes (26%). En comparaison, le pourcentage des médecins de plus de 55 ans à l'échelle nationale est supérieur (44%). Avec 65% des médecins âgés de moins de 55 ans, le canton de Fribourg comprend donc une population de médecins de premier recours en moyenne plus jeune que la moyenne suisse (55% âgés de moins de 55 ans en Suisse).

¹ En gardant les proportions nationales qui dénombrent parmi ces médecins, 77% de spécialistes en médecine interne générale, on peut estimer le nombre de médecins avec titre de spécialiste en médecine interne générale à 176.

² Motion Schär (022/2012) Promotion de la médecine générale dans le canton de Berne, rapport du Conseil exécutif au Grand Conseil, 2012.RRGR.84, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, 7 septembre 2016

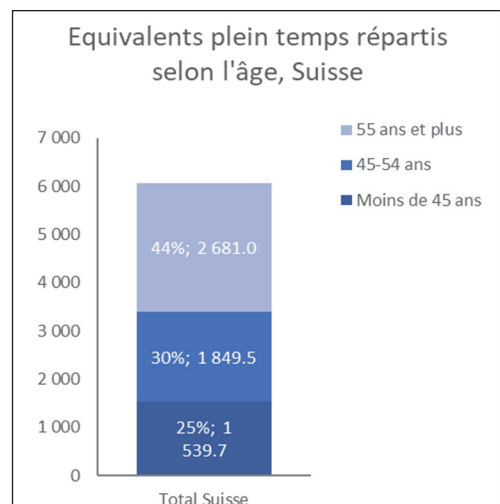
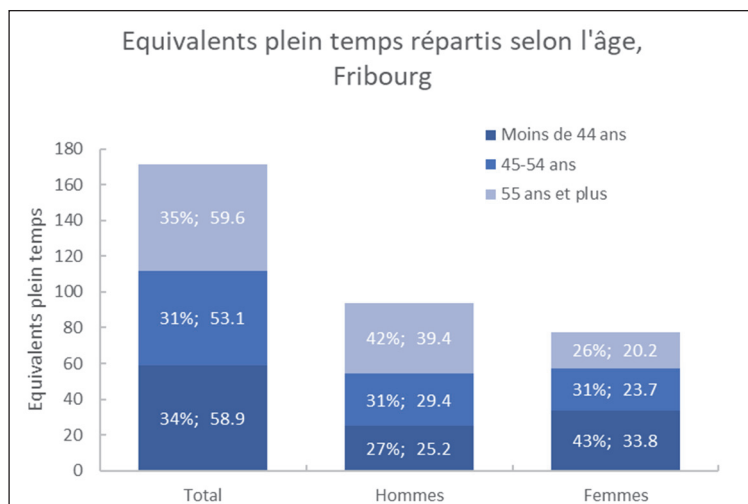


Figure 1: Equivalents plein temps répartis selon l'âge et le sexe pour la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg (pour chaque genre: % EPT représenté dans chaque catégorie d'âge; nombre effectif d'EPT par catégorie d'âge) et en Suisse, 2018.

Source: enquête OFS – MAS 2020

Pour Fribourg, il est intéressant de mettre les répartitions d'EPT en relation avec les taux d'activité observés dans les différentes tranches d'âges et catégories de sexe. Ainsi, on observe que, chez les femmes, la majorité des EPT est représentée par la tranche d'âge de moins de 44 ans (43%; **Figure 1**), tranche d'âge qui montre le plus faible degré d'ac-

tivité (6.5 demi-journées par semaine en moyenne, **Figure 2**). Chez les hommes, les médecins de plus de 55 ans représentent la catégorie la plus conséquente au niveau des EPT (**Figure 1**) et cette tranche d'âge est également associée au plus faible taux d'activité (7.7 demi-journées par semaine en moyenne, **Figure 2**).

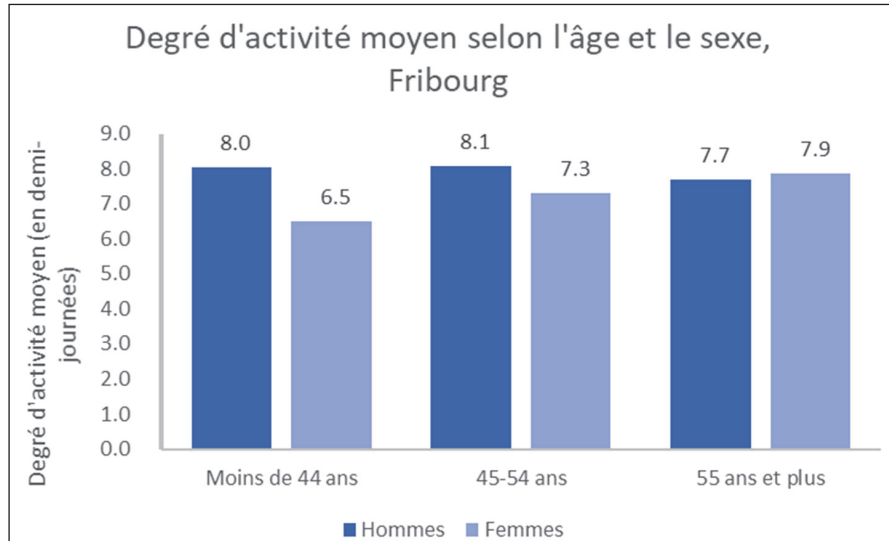


Figure 2: Degré d'activité en demi-journées pour la médecine de premier recours à Fribourg en 2018: Le nombre de demi-journées travaillées pendant une semaine d'activité moyenne du médecin est compris entre 0 au minimum et 14 au maximum. L'activité hebdomadaire totale (médicale et non-médicale) est prise en compte. Un équivalent plein temps correspond à 10 demi-journées travaillées pendant une semaine d'activité moyenne du médecin. L'activité hebdomadaire totale (médicale et non-médicale) est prise en compte.

En conclusion, ces données révèlent que les femmes représentent la majorité des EPT en médecine de premier recours dans la tranche d'âge de moins de 44 ans dans le canton de Fribourg et montrent un taux d'activité moyen moins élevé que les autres catégories d'âges ou de sexe. En parallèle, l'important pourcentage d'hommes âgés de plus de 55 ans et le fait que cette catégorie d'âge travaille à un taux supérieur à celui des femmes de moins de 44 ans, pourraient faire évoluer la tendance vers une couverture incomplète des besoins en termes de médecine de premier recours dans les 10 ans. Il s'agit cependant ici d'une hypothèse, car il n'est pas possible d'avoir une estimation précise de la relève médicale dans le canton.

4.2. Disponibilité des médecins de premier recours

Les données MAS permettent également d'évaluer la disponibilité des médecins de premier recours en termes de nombre de patient-e-s par EPT. Ainsi, pour 2018, la médiane de patient-e-s par EPT en médecine de premier recours à Fribourg (1482) était supérieure à la médiane suisse (1205, **Figure 3**). Ceci révèle une plus faible disponibilité des médecins de premier recours dans le canton de Fribourg par rapport à l'échelle nationale.

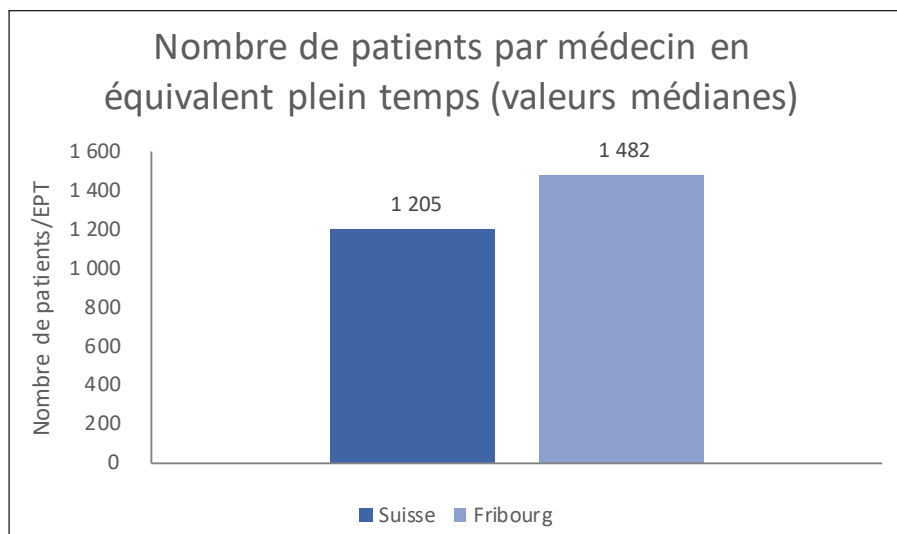


Figure 3: Disponibilité des médecins de premier recours représentée en nombre de patients par médecin en équivalent plein temps (valeurs médianes), en 2018

Cette disponibilité relativement faible par rapport à la moyenne suisse peut être mise en relation avec le taux de recours aux services d'urgence ambulatoires des hôpitaux suisses. Ainsi, selon le bulletin de l'OBSAN 2018 qui se base sur les données ambulatoires des hôpitaux de l'OFS, le canton de Fribourg possède, avec 279 consultations pour 1000 habitants en 2016, un des taux les plus élevés de recours aux services d'urgence en comparaison avec les autres cantons ou la moyenne suisse (197 pour 1000 habitants)¹.

4.3. Cartographie cantonale des effectifs en médecine de premier recours

Les données récoltées dans le cadre de l'enquête MAS ne permettent pas d'obtenir une photographie régionale ou une cartographie plus détaillée des effectifs cantonaux en médecine de premier recours. En effet, le faible nombre de médecins dans les régions rurales combiné aux taux de contact de 68% et taux de réponse de 55% (2017: 66,5%) ne permettent pas d'avoir une pondération pertinente et ne garantissent pas l'anonymat des cabinets médicaux et des personnes physiques y travaillant. A ce jour, il n'y a pas d'autres bases de données ou bases statistiques permettant une analyse à l'échelle infra-cantonale (par exemple à l'échelle des districts). Cependant, les chapitres 10 et 11 de ce rapport abordent un projet d'enquête mené par l'Université de Fribourg visant à fournir une analyse quantitative et qualitative plus détaillée de la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg.

Pour conclure ce chapitre, il est possible, sur la base des chiffres présentés, de prévoir une diminution de la couverture des besoins en médecine de premier recours dans les prochaines années, pour le canton de Fribourg mais également de façon générale pour la Suisse, ceci sous réserve des mesures déjà prises ou qui sont à mettre en place dans ce domaine.

En ce qui concerne l'estimation de la relève médicale et les répercussions des différentes mesures instaurées au niveau cantonal sur cette dernière, il est pour le moment difficile de les quantifier. En effet, aucune statistique ne fournit des renseignements détaillés sur les prévisions des médecins fribourgeois quant aux départs à la retraite ou au changement de taux d'activité, ce qui permettrait d'avoir une vision de l'évolution en termes d'offre médicale, mais également d'estimer le besoin en termes de formation pré/post-graduée, avec notamment le nombre de places d'assistantat requis par année pour assurer un turnover. Pour ce qui est de la relève, le chapitre 7 mentionne quelques prévisions liées à la formation pré/post-graduée à Fribourg. Il s'agit ici cependant d'hypothèses ne tenant pas compte de paramètres essentiels comme les flux intercantonaux.

5. Besoin en médecine de premier recours dans le canton de Fribourg

L'appréciation de la situation en médecine de premier recours pour le canton de Fribourg nécessite non seulement une analyse de l'offre mais doit également tenir compte de la relève médicale et du besoin de la population. Si les effectifs et les besoins futurs en termes de relève médicale sont difficilement chiffrables en raison des nombreuses variables dont ils dépendent, l'analyse du besoin en médecins de premier recours représente également une réelle problématique, car elle repose essentiellement sur le comportement du/de la patient-e/ou du/de la citoyen-ne et sur une distinction subjective et pas toujours claire entre maladie et santé. Le modèle de simulation de l'OBSAN (2018)² s'appuie sur une base théorique et des calculs expérimentaux afin d'estimer l'évolution future des effectifs de médecins et des besoins de la population en Suisse. Dans ce modèle, le besoin est estimé en utilisant la demande actuelle et en tenant compte de l'évolution prévue de

¹ Merçay, C. (2018). Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé

² OBSAN (2018) Rapport III: Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité: modèle de simulation

différents facteurs, comme la démographie ou la technologie. Pour ce qui est de la médecine de famille, le modèle est basé sur l'hypothèse que 25% des futur-e-s médecins formé-e-s en médecine interne générale pratiqueront en tant que médecin de famille. De façon générale, ce rapport montre qu'en confrontant les prévisions sur les effectifs et celles concernant le besoin, les effectifs des différentes spécialités de médecine, hormis la médecine de famille, seront, d'ici à 2030, supérieurs aux besoins, pour autant que l'immigration ne soit pas nulle, sans quoi les effectifs seraient alors inférieurs au besoin, pour toutes les disciplines. Pour ce qui concerne la médecine de famille, le rapport prévoit des effectifs inférieurs au besoin. Ainsi, même si ce modèle ne permet pas de répondre à la question de l'excès ou de la pénurie de l'offre médicale et ne tient pas compte des différences cantonales ou régionales, il fournit des prévisions nationales tendant vers un déséquilibre associé à un déficit de l'offre en termes de médecine de premier recours. Les préoccupations actuelles sont donc davantage centrées vers une situation de pénurie de médecine de premier recours. Parallèlement, il est intéressant de constater que, selon le bulletin de l'OBSAN de 2019 se basant sur l'enquête internationale sur la politique de santé de la Commonwealth Fund¹, environ un tiers des médecins de premier recours en Suisse estime que le volume de prestations médicales fournies par l'ensemble des médecins et spécialistes en Suisse est beaucoup trop élevé. Ce chiffre est inférieur à celui présenté en 2015 (50,9%); diminution qui pourrait être expliquée par le lancement de l'initiative «smarter medicine» mettant en avant la pesée de l'utilité de chaque acte médical dans le but de garantir la qualité du traitement et de diminuer les soins médicaux inadaptés. La publication de l'OBSAN 2020 basée sur les données 2017² révèle, quant à elle, que la proportion de la population, âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé, ayant consulté au moins une fois un/une médecin généraliste/de famille durant les 12 mois précédant l'enquête était de 71,8% dans le canton de Fribourg (moyenne nationale de 70,7%). Si l'on regarde le nombre de consultations par habitant, le canton de Fribourg se place à l'avant dernier rang du classement national, avec en moyenne 2.03 consultations par habitant (moyenne nationale de 2.27 consultations par habitant). Bien qu'il soit difficile d'apprécier cette valeur, nous pouvons néanmoins relever que la faible densité de médecins de premier recours comparée à la moyenne nationale est partiellement compensée par un taux de recours également plus bas à la médecine de premier recours de la part des Fribourgeois et des Fribourgeoises.

En conclusion, l'éventualité d'une situation de pénurie de médecine de premier recours dans le canton doit non seu-

lement être évaluée sous l'angle de l'offre mais aussi sous celui du besoin. Ce dernier est difficilement chiffrable et la tendance actuelle (selon les données de l'OBSAN et de l'OFS) est de l'estimer par le taux de recours adapté aux scénarios relatifs à l'évolution de la population. Dans cette optique, ce chapitre montre une tendance vers une diminution de l'offre en termes de médecine de premier recours ainsi que vers une augmentation des besoins basée sur le taux de recours et sur l'évolution de la population.

6. Cabinets de médecine de premier recours: évolution

Le modèle de soins de notre société qui englobe la médecine de premier recours est un système dynamique qui doit s'adapter à l'évolution démographique et aux besoins de la population. Une analyse complète de ce système requiert non seulement une estimation quantitative, comme faite dans les chapitres précédents, mais également une analyse qualitative de l'offre médicale proposée.

Or, ces dernières années, l'offre en médecine de premier recours a été sujette à une évolution organisationnelle. Le rapport sur les nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours publié par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) en 2012³ évoque une tendance vers le concept de «prise en charge sanitaire intégrée» qui vise une optimisation de la coordination et de la collaboration interdisciplinaires dans le milieu médical. Plus récemment, le guide de la CDS publié en 2019⁴ concernant les soins intégrés dans les cantons souligne la nécessité de mieux coordonner la prise en charge de l'individu dans un contexte d'hyperspécialisation médicale caractérisé par une multiplicité d'intervenants. Dans ce cadre, la CDS édicte trois champs d'action, soient, comme champ d'action principal, l'intégration des soins au niveau cantonal et au niveau des partenaires de soins puis, comme champs d'action spécifiques, la garantie des soins primaires et de l'intégration des soins dans les zones rurales/périphériques et l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples.

La notion de soins intégrés a toute son importance dans le contexte actuel de fragmentation des spécialités médicales et souligne le rôle prépondérant de la médecine de premier recours et des services d'urgences dans l'accès aux soins. Le bulletin de l'OBSAN 2019 basé sur l'enquête internationale sur la politique de santé de la Commonwealth Fund⁵ révèle

¹ Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

² Données OBSAN 2020, <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/consultations-chez-le-medecin-generaliste-ou-de-famille>

³ CDS & OFSP (avril 2012), Rapport du Groupe de travail «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours» de la CDS et de l'OFSP

⁴ CDS (2019), Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons: un guide

⁵ Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

en ce sens qu'une grande proportion des médecins de premier recours suisses consultés (84,6%) estime que l'amélioration de la coordination dans les soins médicaux de base, soit entre la médecine de premier recours, les hôpitaux et les autres institutions de santé, pourrait avoir un impact significatif sur la qualité et l'accès aux soins. Dans ce contexte, de nouveaux modèles de soins sont apparus en Suisse ou sur la scène internationale, certains avec un axe prépondérant sur le cabinet du/de la médecin de premier recours, d'autres avec une approche plus interprofessionnelle incluant également l'autogestion des patient-e-s. Citons ici par exemple le modèle finlandais de centre multidisciplinaire qui intègre différentes professions médicales (dont des médecins généralistes, des infirmière-ier-s et d'autres professionnel-le-s de la santé) dans des centres de santé. Les centres disposent d'un système d'inscription et de tri géré par un-e infirmier-ère qui détermine si une consultation médicale est nécessaire. La prise en charge est ensuite multidisciplinaire et comprend, en plus des interventions de diagnostic et de traitement, des prestations de promotion et de prévention de la santé ainsi que de la réadaptation ou une offre en soins palliatifs¹.

Pour ce qui est du canton de Fribourg, les cabinets ont montré ces dernières années des changements en termes d'effectifs par cabinet (tendance vers un regroupement) mais également sous l'angle de l'interdisciplinarité et de l'interprofessionnalité. Par exemple, dans le district de la Veveyse, un cabinet de groupe est passé, depuis son ouverture en 2015, de 4 à 6 médecins spécialistes en médecine interne générale. Il compte par ailleurs un spécialiste FMH en ORL et collabore avec différents spécialistes de l'hôpital fribourgeois (HFR) ou indépendants (cardiologues, angiologues, orthopédistes, chirurgien, anesthésiste) qui offrent des consultations hebdomadaires ou mensuelles dans les mêmes locaux. De plus, la proximité du centre avec des cabinets d'autres spécialités, dont des psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres et des gynécologues facilitent les échanges interdisciplinaires et permet le partage d'un serveur informatique. Le centre est également équipé d'un laboratoire d'analyses et d'un dispositif de radiologie appartenant à l'HFR. Les examens radiologiques se font par les assistantes médicales du centre médical avec la venue des techniciens en radiologie de l'HFR Riaz 2 demi-journées par semaine pour les radiographies plus complexes et demandées par les autres médecins de la région. Les radiographies sont interprétées par les médecins spécialistes de l'HFR. La collaboration est aussi facilitée avec les infirmières du réseau santé de la Veveyse ainsi que les infirmières de la ligue pulmonaire travaillant dans le même bâtiment.

D'autres cabinets de groupe ont suivi cette évolution, notamment une structure ambulatoire à la Tour-de-Trême, qui est passée de 3 médecins généralistes en 2017 à 11 médecins en 2020, dont 6 médecins avec FMH en médecine interne

générale, 1 médecin assistant en médecine interne générale, 1 médecin FMH en endocrinologie, 1 médecin FMH en pédiatrie et 1 médecin FMH en anesthésiologie (spécialiste en antalgie). L'équipe est complétée par un physiothérapeute, un psychologue, 2 ostéopathes et une diététicienne. Comme dernier exemple, un cabinet dans la périphérie de Fribourg compte actuellement 9 médecins (6 spécialistes FMH en médecine interne générale, un rhumatologue, un chirurgien et un radiologue) contre 4 en 2016. Son équipe est également composée de deux physiothérapeutes ainsi que d'une infirmière anesthésiste spécialisée en hypnothérapie.

Les structures ambulatoires mentionnées plus haut figurent à titre d'exemple et ne représentent pas une liste exhaustive de toutes les évolutions des cabinets de groupe du canton. On pourrait ici citer bien d'autres exemples. Dans ce contexte, il est également important de relever qu'au niveau cantonal, le Grand Conseil a déposé, suite à la motion 2018-GC-97 «Demande d'intervention du Conseil d'Etat auprès de la Confédération pour soutenir le travail de collaboration de groupes de professionnels en faveur de patients, apportant qualité et économie, comme par exemple le modèle fribourgeois d'assistance pharmaceutique dans les EMS appliqué ces dernières années», le 25 mai 2020, une initiative parlementaire correspondante auprès de l'Assemblée fédérale (2020-DSAS-71). Selon l'exemple du modèle fribourgeois d'assistance pharmaceutique dans les EMS, cette initiative vise une meilleure reconnaissance dans l'assurance obligatoire des soins de la prise en charge des prestations globales par des groupes interprofessionnels de professionnel-le-s de la santé pour certains types de patient-e-s.

Cette tendance vers l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité s'ancre bien dans les recommandations de la CDS 2012 et 2019² qui placent l'interprofessionnalité comme une condition essentielle pour une meilleure intégration des soins et prônent la réunion de différents prestataires au même endroit. En effet, une telle organisation favorise le travail à temps partiel, l'activité en équipe, la formation (intra/interdisciplinaire), une exploitation optimale de l'infrastructure ainsi que des horaires de couverture plus larges. De plus, elle permet de réduire les coûts et les tâches administratives par collaborateur-trice. Dans ce même souci de rationalisation des soins et d'optimisation des ressources, l'interprofessionnalité, qui se définit par une étroite collaboration et coordination entre différentes disciplines et professions, est un paramètre à ne pas oublier. Cette notion valorise notamment la collaboration entre médecins et infirmier-ère-s. Dans cette perspective, l'infirmier-ère n'exécute pas seulement des soins prescrits par le/la médecin mais assure des tâches d'évaluation, de tri, de suivi clinique et d'accompagnement du/de la patient-e; une compétence qui peut même aller jusqu'au diagnostic. Son autonomie et son implication auprès des patient-e-s afin de préparer la consultation et

¹ CDS & OFSP (avril 2012), Rapport du Groupe de travail «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours» de la CDS et de l'OFSP

² CDS (2019), Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons: un guide

renforcer les auto-soins apportent une valeur ajoutée à la consultation et répondent aux besoins de santé. Cette collaboration et le rôle de l'infirmiers-ère dans la prise en charge médicale sont aujourd'hui mis en avant dans plusieurs pays, comme les Etats-Unis et le Canada qui interviennent depuis de nombreuses années déjà au niveau de la formation mais également de l'exercice de la profession. En ce qui concerne la formation, plusieurs pays disposent de cursus spécialisés de type «advanced nursing practice» (ANP) visant à élargir le rôle des infirmiers-ères¹. Au niveau professionnel, citons par exemple le modèle ambulatoire américain «guided care» qui est basé sur une étroite collaboration entre infirmiers-ères et médecins. Dans ce modèle, l'infirmier-ère assure, au sein du cabinet, le suivi et l'évaluation de patients atteints de maladies chroniques.

Le développement de l'étendue de la pratique infirmière avec l'introduction d'infirmier-ère-s praticien-ne-s spécialisé-e-s serait un appui pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins et des services de santé pour une patientèle définie. Dans ce même axe, certaines Hautes écoles et Universités, comme l'Université de Lausanne ou de Bâle, proposent depuis quelques années des master d'infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS) permettant ensuite aux infirmiers-ères de réaliser des tests diagnostiques mais également de prescrire des médicaments ou d'accomplir certains actes médicaux. Divers travaux montrent que l'incorporation précoce de prestations infirmières dans le secteur des soins ambulatoires peuvent réduire les coûts sanitaires de façon significative, notamment en diminuant le taux d'hospitalisation². Dans cette perspective, l'OFSP a également mis en place un programme de promotion «Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017–2020» visant à établir une base de connaissance sur le sujet et à élaborer plusieurs modèles de bonnes pratiques pouvant servir de base à la promotion de l'interprofessionnalité, ceci dans la formation mais également dans l'exercice de la profession. Ce programme a conduit à la publication de divers travaux de recherche sur la collaboration mais également à l'élaboration d'un catalogue de bonnes pratiques dans différents domaines médicaux impliquant diverses spécialités.

En conclusion, le tableau actuel dresse une situation cantonale avec des effectifs de médecins de premier recours réduits comparé à l'échelle nationale et une tendance vers une augmentation du besoin. Cependant, l'évolution du modèle de soins en médecine générale, s'orientant vers des centres multidisciplinaires, optimise les ressources et la prise en charge et pourrait pallier, du moins partiellement, à l'offre relativement basse de médecins. Ces évolutions de la médecine de

premier recours nécessitent par ailleurs une adaptation de la formation et du soutien des pouvoirs publics. Le chapitre 7 donne un aperçu des mesures cantonales actuelles et futures pouvant les optimiser.

6.1. Dossier électronique du patient (DEP)

Le DEP est un outil de santé numérique qui permet de donner une réponse à la problématique liée à la difficulté d'accès aux informations médicales par les patient-e-s et les professionnel-le-s concerné-e-s. Il permet, d'une part, que le/la patient-e ait accès à ses données médicales et, d'autre part, que les professionnel-le-s puissent obtenir rapidement les informations médicales dont ils/elles ont besoin, ceci dans le but d'une prise en charge plus coordonnée et plus efficace des patient-e-s.

Grâce au DEP, toutes les informations de santé sont disponibles en ligne et ainsi le/la patient-e ou les professionnel-le-s de la santé qui le/la soignent peuvent consulter les informations liées à la santé du/de la patient-e en tout temps en passant par une connexion internet sécurisée. Le DEP permet ainsi l'accès à ces informations médicales en tout lieu et de disposer des documents qui s'y trouvent, que ce soit à domicile, sur le lieu de pratique des professionnel-le-s de la santé, en déplacement ou à l'étranger.

La loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), en vigueur depuis le 15 avril 2017, exige l'introduction progressive du DEP par les institutions prodiguant des soins stationnaires. Ainsi, depuis le 15 avril 2020, les hôpitaux de soins aigus, les cliniques psychiatriques et les cliniques de rééducation sont tenus d'être affiliés à une communauté de référence³ certifiée. Les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance ont jusqu'au 15 avril 2022 pour prendre part au dispositif.

Selon la législation actuelle, les professionnel-le-s de la santé du domaine ambulatoire sont libres ou non d'adhérer à une communauté de référence et de pouvoir accéder au DEP de leurs patient-e-s. Ce caractère facultatif s'applique également aux patient-e-s qui sont libres de choisir s'ils/elles souhaitent ouvrir un DEP et, le cas échéant, si les professionnel-le-s de la santé impliqué-e-s dans leur prise en charge auront accès de façon complète ou limitée à leurs données. Cependant, le 19 juin 2020, les Chambres fédérales ont adopté une modification de la LAMal introduisant l'obligation pour les médecins et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins de s'affilier à une communauté de référence DEP. L'entrée en vigueur de cette révision est prévue au 1^{er} juillet 2021.

¹ CDS & OFSP (avril 2012), Rapport du Groupe de travail «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours» de la CDS et de l'OFSP

² Muench et al., (2019), Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland, *International Journal of Public Health*, volume 64, pages 1273–1281

³ Une communauté référence est un regroupement de professionnel-le-s de la santé et de leurs institutions (p. ex. hôpitaux, EMS, maisons de naissance, pharmacies, cabinets, services de soins à domicile, etc.) qui fournit le DEP.

Dès 2014, sous l'impulsion de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS), le canton a étudié la possibilité de mettre en œuvre le DEP, ce en collaboration avec les principaux/-ales acteurs/actrices de la santé. Le Service de la santé publique (SSP) a reçu la mission du Conseil d'Etat de mettre en œuvre le DEP dans le canton de Fribourg durant sa phase de projet qui porte sur les années 2017–2022. Par cette mission, le SSP apporte son soutien aux professionnel-le-s de la santé et leurs institutions dans leurs travaux d'interfaçage avec une plateforme informatique DEP. Le Service a mené avec les cantons voisins de Suisse occidentale des réflexions et discussions qui ont permis d'aboutir à la création d'une communauté intercantonale de référence, nommée CARA, qui est en charge de mettre en place la plateforme DEP. En tant que membre de cette communauté, le canton, par l'intermédiaire du Service, collabore étroitement avec les organes de l'Association CARA pour le fonctionnement de cette dernière, conjointement avec les services de santé publique des autres cantons membres.

Les enjeux de la mise en place d'un DEP sont nombreux et importants. En termes de politique sanitaire cantonale, il s'agit d'améliorer la coordination, la sécurité et la qualité des soins. C'est un moyen d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des patient-e-s, notamment des malades chroniques dont les besoins de coordination et de continuité des soins sont majeurs; c'est aussi une réelle possibilité pour les patient-e-s de se réapproprier les informations médicales qui les concernent et la possibilité de devenir acteurs/actrices de leur propre santé.

La DSAS a soutenu la mise en place de différents ateliers permettant à tous les professionnel-le-s de santé ainsi qu'à des patient/e/s de réfléchir sur la thématique de la santé numérique. Par ailleurs, elle a mené en 2018, en la collaboration de MFÄF (Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg; anciennement SMCF), une enquête sur ce sujet auprès des médecins installés en cabinet privé du canton de Fribourg¹. L'objectif de cette enquête était de connaître, d'une part, leur point de vue, leurs besoins, leurs attentes, leurs interrogations et leurs craintes vis-à-vis de la santé numérique et, d'autre part, quelles étaient les informations qu'ils souhaitaient échanger au moyen du DEP. Au total, 176 médecins installés en cabinet privé ont participé au sondage, dont 96 médecins de premier recours (52,5%). Parmi les participants à l'enquête, la majorité avait déjà entendu parler de cybersanté et près de la moitié (44,5%) ont reconnu la nécessité de l'implémenter dans leur pratique quotidienne. Pour ce qui concerne les médecins de premier recours, des résultats semblables ont été observés, avec 44,6% estimant que l'intégration d'outils de cybersanté dans leur pratique était une évolution nécessaire. Parmi les principaux avantages liés à cette implémentation et soulignés par les médecins figuraient l'amélioration

des échanges d'information entre les prestataires de soins, la facilité d'accès aux données médicales et l'amélioration de la prise en charge des patient-e-s. Quant aux craintes, elles concernaient principalement la protection et la sécurité des données, la surcharge de travail et la péjoration de la relation avec les patient-e-s. Les attentes et les craintes exprimées par les médecins de premier recours sont similaires. Il est intéressant de mettre ces observations en parallèle avec le bulletin de l'OBSAN 2020 se basant sur les résultats de l'enquête de la Commonwealth Fund². Ceux-ci corroborent les résultats de l'enquête fribourgeoise en indiquant qu'au niveau suisse, 46% des médecins de premier recours interrogés seraient d'accord avec une affiliation future au DEP.

6.2. Modification de la LAMal et évolution des effectifs

Comme mentionné plus haut, le 19 juin 2020, les Chambres fédérales ont adopté une modification de la LAMal introduisant des nouvelles règles pour l'admission des fournisseurs de prestations à l'assurance-maladie obligatoire. Pour ce qui concerne les médecins de façon spécifique, les cantons seront amenés à fixer leur nombre dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions. L'admission des médecins ne se fera alors que jusqu'à concurrence du seuil maximal déterminé. De plus, les cantons peuvent prévoir qu'aucune nouvelle admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ne soit délivrée dans un domaine de spécialité lorsque les coûts annuels par assuré dans ce domaine augmentent davantage que les coûts annuels des autres domaines de spécialité dans ce canton ou que la moyenne suisse des coûts annuels dans le domaine de spécialité en question.

Comme indiqué plus haut, ces dispositions entreront en vigueur deux ans après l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal. D'ici-là, le régime actuel de limitation des admissions reste en vigueur.

S'il est encore trop tôt pour mesurer leur impact, on peut toutefois partir de l'hypothèse qu'à terme, ces nouvelles réglementations contribueront à équilibrer l'offre médicale entre les cantons, y compris en médecine de premier recours. En effet, on peut s'attendre à ce que les cantons présentant une forte densité de médecins et/ou des coûts annuels élevés plafonnent l'offre de manière stricte. Ceci pourrait inciter les médecins souhaitant s'installer en cabinet privé de se diriger plutôt vers des cantons présentant une faible densité médicale, comme le canton de Fribourg.

¹ DSAS & SMCF (2018), Rapport d'enquête, Cybersanté – enquête auprès des médecins en cabinet privé du canton de fribourg

² Pahud, O. (2020). La cybersanté dans la médecine ambulatoire de premier recours. (Obsan Bulletin 3/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé

7. Mesures actuelles et futures pour favoriser l'installation des médecins de premier recours: formation

Le Conseil d'Etat relève tout d'abord que l'analyse de la situation de la médecine de premier recours présentée dans le cadre du rapport 2014-DSAS-32 est toujours pertinente. Ce rapport présentait les axes principaux sur lesquels le Conseil d'Etat souhaitait agir afin de favoriser et de renforcer l'installation des médecins de premier recours dans le canton:

- > La formation pré-graduée et post-graduée
- > Evolution du modèle de prise en charge
- > Service de garde
- > Incitation financière

Le présent rapport se réfère à ces mesures et évalue l'éventail des actions prises, envisagées ou écartées pour soutenir la médecine de premier recours, et ce en particulier dans les régions périphériques.

7.1. Mesures concernant la formation pré-graduée

Un des incitatifs pouvant exercer un rôle majeur sur la relève en médecine de premier recours est l'exposition au domaine de la médecine de famille durant la formation. Dans cette optique, une exposition répétée ainsi qu'un suivi régulier augmenterait la proportion d'étudiant-e-s choisissant cette voie. L'introduction de la 3^e année de médecine en 2009 et du master en médecine axé sur la médecine de famille en 2019 font parties des mesures incitatives pour la profession de médecine de famille dans le canton de Fribourg.

Fribourg est le premier canton à avoir proposé un master orienté vers les domaines de la médecine de famille en Suisse. L'admission au programme de master est limitée à 40 places, ce qui permet un encadrement de qualité et une approche personnalisée. On constate actuellement que ce master attire des étudiant-e-s de toute la Suisse et que les Fribourgeois-e-s ne représentent pas la majeure partie des inscrit-e-s. Ceci peut avoir un lien avec le caractère bilingue des études. L'étude de faisabilité réalisée en 2014 par l'HFR et l'Université de Fribourg sur le programme de master en médecine humaine à Fribourg estimait, qu'à la fin du master, 20 à 25 étudiant-e-s de chaque promotion opéreraient pour une spécialisation en médecine de famille. Selon cette base et dans l'hypothèse où la plupart des médecins s'installeraient dans le canton de Fribourg après l'obtention du titre de spécialiste, on pourrait s'attendre à une augmentation des effectifs en médecine de premier recours chiffrée à une centaine dans le canton de Fribourg aux alentours de 2030.

Afin de mieux suivre les effets des mesures mises en place au niveau de la formation pré-graduée, un suivi longitudinal et qualitatif d'une cohorte d'étudiants est effectué par l'Institut

de médecine de famille (IMF) depuis septembre 2020. Les évaluations et retours des étudiants sont ainsi suivis dès l'entrée en master, de façon annuelle, ce qui permettra d'identifier et d'analyser les mesures incitatives à la profession.

7.2. Mesures concernant la formation post-graduée

Le programme d'assistantat au cabinet, créé par l'Etat de Fribourg, l'association MFÄF et l'HFR vise à promouvoir la profession de médecin de famille et de pédiatres en offrant une structure à la formation post-graduée dans le canton. Ce programme dénommé Coursus Fribourgeois de Médecine de Famille dispose, depuis 2016, d'un coordinateur. Le canton de Fribourg réserve actuellement cinq EPT (4 en 2019) de médecins-assistants à cette formation spécifique, ce qui permet à dix médecins en formation de passer six mois dans un cabinet. Le financement est principalement assuré par le canton de Fribourg qui couvre le salaire de l'assistant-e à hauteur de 80%, les 20% restant étant à la charge du cabinet formateur.

Entre 2010 et 2019, 53 médecins assistant-e-s ont bénéficié du programme, 25 se sont installés en cabinet et 9 projetaient de le faire d'ici à 2021. Il est complexe de mettre cette offre en parallèle avec le besoin en termes d'assistantat. Selon un rapport mandaté par la CDS et le DFI en 2007¹, le besoin en termes d'assistant-e-s était évalué à au moins 0.5 EPT/40 000 habitants, ceci en prenant en compte une durée de stage de 6 mois, durée qui est susceptible d'augmenter ces prochaines années. Dans cette optique, le canton de Fribourg prévoit une augmentation du financement du programme d'assistantat dès 2022, ceci afin d'augmenter le nombre de places annuel à 12, soit 6 EPT. Le programme d'assistantat est également évalué qualitativement chaque année. En 2018, l'évaluation a révélé une excellente satisfaction et qualité d'encadrement.

Pour conclure, il est également pertinent de mentionner que le canton de Fribourg pourrait être impliqué dans un projet intercantonal dénommé «REFORMER» (Réorganisation de la formation postgraduée en médecine en Suisse romande) qui vise une meilleure coordination de la formation post-graduée dans les cantons membres de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), sans participation des cantons de Berne et du Tessin. L'optimisation de cette coordination assure une mise en adéquation plus efficiente des ressources médicales avec la demande en soins. Ainsi, «REFORMER» propose un instrument de suivi et de régulation de la formation post-graduée des médecins, notamment pour orienter la formation des médecins en fonction des besoins des hôpitaux et de la population et répartir les places de formation entre les différents établissements formateurs

¹ Rapport mandaté par le groupe de travail «Soins médicaux de premier recours» de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) et du Département fédéral de l'Intérieur (DFI), D^r Peter Schläppi & D^r Bernhard Rindlisbacher, octobre 2007

en Suisse romande. Le projet «REFORMER» impacte également la formation de façon générale en orientant, grâce au mentoring, les médecins en formation dans leur choix et leur parcours de formation, ceci afin de répondre au mieux aux besoins de la population. L'organisation du projet repose sur une structure fonctionnelle formée d'un côté, par des entités stratégiques et de coordination centrales, et, de l'autre, par une structure opérationnelle représentée par les filières de formation post-graduée incluant des coordinateurs-trices.

Le canton de Fribourg a décidé de suivre le projet REFORMER dans sa phase d'initiation. Ce projet est étroitement lié à la convention nationale sur le financement de la formation médicale postgraduée (CFFP). Cette convention nationale a pour objectif d'établir une péréquation financière entre les cantons qui forment un nombre élevé de médecins et ceux qui en forment peu, ceci en proportion de leur population. Elle fixe la contribution minimale des cantons à leurs propres hôpitaux à titre de participation aux coûts de la formation médicale postgraduée et règle la compensation des différences de charges entre les cantons. La CFFP n'a pas encore été ratifiée par tous les cantons et elle n'entrera en vigueur qu'en 2022. Pour ce qui concerne le canton de Fribourg, le conseil d'Etat présentera au Grand Conseil un projet de loi pour adhérer à cette convention dans le premier semestre 2021. Par ailleurs, la question de la participation du canton de Fribourg au projet REFORMER sera décidée ces prochains mois.

7.3. Projet CoSaMO

Le projet CoSaMo (Consultation Santé Mozaïk) est une prestation de santé unique en Suisse développée par la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et l'IMF de l'Université de Fribourg avec le soutien de la DSAS. Cette structure permet, depuis février 2020, aux étudiant-e-s de Fribourg d'avoir un accès à des consultations délivrées par des étudiant-e-s en soins infirmiers, ostéopathie et médecine. Ces consultations se font sous la supervision de professeur-e-s, maîtres d'enseignement et médecins avec expérience clinique confirmée. De façon générale, ce projet garantit non seulement un accès facilité aux soins de premier recours pour les étudiant-e-s du canton qui représentent une grande partie de la population, mais également de développer les connaissances pratiques et interprofessionnelles de ces derniers. Finalement, cette structure s'ancre dans la promotion de l'interprofessionnalité dans la médecine de premier recours. En effet, les étudiant-e-s des différentes disciplines déterminent ensemble pour chaque patient-e, qui assure la consultation et le suivi. CosaMo est un projet d'innovation clinico-pédagogique et permet aux étudiant-e-s de vivre l'interprofessionnalité durant leurs études dans des situations cliniques de santé communautaire.

Ce type d'innovation est pleinement dans la cible des recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales qui a publié en 2020 une nouvelle édition de la charte de

collaboration interprofessionnelle dans le système de santé. Ces recommandations soulignent l'importance de ne pas chercher des solutions que dans chaque catégorie professionnelle mais d'élargir aux acteurs concernés. Cette collaboration interprofessionnelle est indispensable pour assurer des réponses sanitaires aux situations de plus en plus complexes, aux problèmes liés à la fragmentation des soins et l'accessibilité aux ressources.

8. Mesures actuelles et futures pour favoriser l'installation des médecins de premier recours: soutien à l'établissement

8.1. Aide au cautionnement

La société coopérative «Cautionnement romand» facilite l'accès aux crédits d'exploitation ou d'investissement en faveur de petites et moyennes entreprises, personnes physiques ou morales en octroyant des garanties d'emprunts bancaires jusqu'à Fr. 1 000 000.-. L'antenne fribourgeoise de Cautionnement romand qui traite les demandes pour le canton n'a pas enregistré de demande de la part de médecins de premier recours entre 2016 et 2020. Ceci s'explique probablement par des exigences de garantie moins restrictives de la part des banques pour les médecins souhaitant s'installer en cabinet. Par ailleurs, il est intéressant de souligner également le faible taux de recours à l'aide au cautionnement dans les autres cantons romands: au total 5 demandes faites entre 2016 et 2019 pour les cantons de Neuchâtel, Valais et Vaud.

Ces observations montrent que les aspects financiers relatifs à l'infrastructure ne représentent pas un frein majeur pour l'installation des médecins de premier recours dans les cantons romands.

8.2. Soutien des communes

Les communes jouent également un rôle essentiel dans l'encouragement de l'installation de médecins de premier recours. Certaines sont par exemple impliquées dans le soutien financier à l'établissement de cabinets médicaux ou dans la réaffectation de locaux à des cabinets. Citons par exemple la commune de La Roche qui a récemment favorisé l'installation d'un cabinet médical dans son village en mettant à disposition des locaux adéquats avec un loyer graduel. Un crédit d'installation remboursable et sans intérêt a été octroyé aux médecins par le Foyer St-Joseph de La Roche, propriétaire de l'immeuble où se situe le cabinet. La commune d'Hauterive collabore, quant à elle, à un projet d'ouverture d'une succursale de banque intégrant un cabinet de groupe sur un des étages du bâtiment. En cas de faillite du cabinet, la commune contribuerait auprès de la banque au montant nécessaire pour retransformer les locaux en appartement. De nombreuses autres communes se sont également engagées dans ce sens.

9. Mesures actuelles et futures pour favoriser l'installation des médecins de premier recours: organisation cantonale du service de garde et des urgences

9.1. Organisation de la prise en charge des urgences

L'évolution du système sanitaire vers l'hyperspécialisation médicale et la complexification du système hospitalier met en exergue l'importance des fonctions d'accueil, de tri et d'interface assurés par les services d'urgences et la médecine de premier recours. C'est dans ce contexte dynamique et dans le but d'optimiser la coordination dans la prise en charge des urgences au sein du canton que des discussions ont été initiées depuis de nombreuses années entre l'HFR, MFÄF et la DSAS. Parmi les problématiques discutées figure la prise en charge des situations semi-urgentes à non urgentes (degrés 3 et 4). Plusieurs solutions ont ici déjà été envisagées sur la base des recommandations de la CDS de 2006¹ et 2012², dont la création d'une structure médicale d'urgences ambulatoires au sein de l'HFR, structure basée sur une collaboration étroite entre MFÄF et l'HFR, ou le recrutement de médecins de premier recours à l'HFR afin d'assurer des consultations ambulatoires au sein du service des urgences. Parmi les projets aboutis figure la création, en 2010, d'une filière rapide au sein des urgences de l'HFR Fribourg- Hôpital cantonal nommée «filière 34» et destinée à la prise en charge des urgences de degré 3 et 4, ceci dans le but de soulager les structures nécessaires à l'accueil des urgences vitales. Une filière similaire («filière urgences ambulatoires») a été déployée sur le site de Riaz en 2015, filière qui, en plus de la prise en charge des patient-e-s, assure une fonction de triage en réorientant les patient-e-s vers les urgences de l'HFR Fribourg ou vers le/la médecin généraliste. Ces développements s'ancrent dans l'optimisation des rayons d'urgences et le renforcement de la collaboration entre médecins de garde et hôpitaux mis en avant par les recommandations de la CDS en 2006 et 2012. Par ailleurs, l'optimisation de la coordination des partenaires de prise en charge de premier recours a également fait l'objet de divers instruments parlementaires. Ainsi, aux instruments cités à la page 2 du présent rapport, s'ajoutent différentes questions concernant l'organisation et la collaboration des services, comme par exemple la question 2013-CE 177 Marc-Antoine Gamba/Eric Collomb concernant le développement du SMUR fribourgeois ou la question 2020-CE-235 Chevalley Michel qui aborde la coordination du SMUR et des services d'ambulances dans le sud du canton, ceci notamment dans le cadre de la stratégie HFR 2030 décrite plus bas.

¹ Rapport «Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations» du sous-groupe «Service de garde et d'urgence» du groupe de travail «Soutien et promotion des soins médicaux de premier recours» de la CDS et de l'OFSP, octobre 2006

² Rapport du Groupe de travail «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours» de la CDS et de l'OFSP, avril 2012

Aujourd'hui, la médecine de premier recours et les établissements hospitaliers fribourgeois représentent deux piliers essentiels dans la couverture des besoins urgents de santé publique.

L'HFR comprend un seul service central d'urgences ouvert 24 heures sur 24 et dédié aux urgences vitales, aux situations complexes, aux accidents et aux hospitalisations urgentes. L'HFR assume également la gestion de la centrale sanitaire 144, qui a comme mission d'engager et coordonner toutes les interventions de secours du canton de Fribourg (et du canton du Jura), 24 heures sur 24 et dans les deux langues officielles (français et allemand). La centrale 144 réceptionne tous les appels sanitaires d'urgence et assure l'engagement et la coordination de tous les moyens sanitaires et techniques permettant le bon déroulement des actions de secours destinées aux personnes malades, accidentées ou en détresse. L'engagement, la gestion et le suivi de toutes les interventions de la centrale 144 de Fribourg se fait en étroite collaboration avec les différents partenaires de la chaîne des urgences: first responder, services d'ambulance, Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), police, REGA, pompiers, médecins, hôpitaux, etc. Selon les situations, les ambulances peuvent être renforcées soit en premier ou second échelon par l'engagement d'un moyen de médicalisation terrestre (SMUR) ou hélicoptère (REGA). Le SMUR qui implique l'intervention sur place d'un médecin d'urgence est mobilisé par la centrale sanitaire 144 en cas de situation grave (par exemple, accident grave ou détresse respiratoire) et intervient de façon coordonnée avec les services d'ambulances.

Pour ce qui est des urgences non vitales, l'HFR Fribourg-Hôpital cantonal collabore avec la permanence médicale de Fribourg (PMF) qui assume également la gestion des cas de degré 4 ne nécessitant pas de traumatologie courante. Les cas sont ici gérés de façon indépendante. Pour ce qui concerne les autres sites HFR, le plan opérationnel HFR 2020-2024 en lien avec la stratégie HFR 2030 est associé à un changement d'organisation et de terminologie pour la prise en charge des urgences avec également ici la mise en place de «permanences» exécutant une fonction de tri et assurant une prise en charge des urgences de degré 3-4, modèle déjà mis en place sur le site de Meyriez-Morat. Suivant ce même modèle, le service d'urgences du site de Tavel sera transformé en une «permanence 24/24» ouverte 7 jours/7 et 24 heures/24. Le site de Riaz, quant à lui, dispose d'une permanence ouverte 7j/7 de 7h00 à 22h00. Pour ce site, des discussions sont en cours entre l'HFR, MFÄF et les responsables du cercle de garde du district de la Gruyère pour que les médecins de premier recours effectuent la garde dans les locaux de l'HFR.

L'hôpital intercantonal de la Broye (HIB) dispose, quant à lui, en plus de son service d'urgences ouvert 24 heures sur 24 sur le site de Payerne, d'une permanence médico-chirurgicale sur le site d'Estavayer-le-Lac. Cette permanence est ouverte du lundi au vendredi de 8h00 à 19h00 ainsi que les same-

dis, dimanches et jours fériés de 9h00 à 19h00. Elle est pourvue d'un plateau technique permettant la prise en charge de diverses urgences adultes et pédiatriques. Les deux sites HIB offrent également une structure permettant d'assurer des consultations de suivi pour les patient-e-s n'ayant pas de médecin généraliste (polycliniques médico-chirurgicales).

Finalement, un centre médical à Bulle offre, en plus d'une structure de cabinet de groupe avec des prestations de médecine générale, de dermatologie, pneumologie et gastro-entérologie, une permanence pour les urgences non vitales et ne nécessitant pas un plateau hospitalier. Cette dernière est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 pour les patient-e-s âgés de 14 ans et plus.

Pour ce qui est du domaine de la psychiatrie, le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) a renforcé son système de prise en charge de l'urgence psychiatrique, en mettant en place, depuis le début du mois de septembre 2020, une unité dédiée à la prise en charge des urgences située dans les locaux du RFSM Fribourg à Villars-sur-Glâne. Les Urgences psychiatriques cantonales sont ouvertes 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et sont accessibles dans les deux langues officielles du canton via le numéro de téléphone unique 026 305 77 77. Ce service permet une première évaluation clinique, une orientation vers les services de prise en charge les plus adaptés ou la mise en place d'un suivi de crise grâce à une dizaine d'entretiens rapprochés.

9.2. Organisation de la garde

La loi cantonale sur la santé (art. 95 al. 1) prévoit que les personnes exerçant une profession médicale universitaire sont astreintes aux services de garde de manière à garantir la couverture des besoins en soins de la population. Dans le canton de Fribourg, l'organisation du service de garde est confiée à l'association MFÄF (art. 95 al. 2 de la loi sur la santé) qui coordonne les six cercles de garde du canton (la Glâne et la Veveyse ont un cercle commun). Ces cercles bénéficient ensuite d'une certaine autonomie dans leur organisation.

L'investissement que représente l'astreinte au service de garde constitue certainement un des obstacles à l'installation de médecins de premier recours dans le canton, ceci principalement dans les régions périphériques, dotées d'effectifs moins élevés. Cette problématique suscite depuis une dizaine d'années de nombreuses discussions entre MFÄF, l'HFR et l'Etat de Fribourg, afin d'optimiser la répartition des tâches et des compétences dans la gestion des urgences (comme mentionné dans le chapitre précédent) mais également d'alléger au mieux la charge de travail des médecins de premier recours, l'objectif principal étant de garantir la prise en charge médicale la plus adaptée pour la population. Ainsi, il est déjà établi que la garde se fait au prorata du taux d'activité. De plus, une dispensation de la garde est prévue pour les

médecins âgés de plus de 60 ans et pour les mamans avec des enfants de moins de 3 ans.

Pour ce qui est de l'organisation de la garde, les horaires de couverture sont séparés en une couverture «active» permettant la prise en charge des consultations plus urgentes pendant la journée et une couverture en «piquet» pour la nuit. Par ailleurs, un système de tri téléphonique est en place dans les différents districts avec une organisation propre à chacun et repose en partie sur une collaboration avec la société Medgate et la centrale 144 (voir chapitre 9.3 «Tri téléphonique»). A noter que pour les districts du Lac et de la Singine, c'est le/la médecin de garde qui assure le tri téléphonique durant la journée.

Finalement, la société Medhome propose un service de garde médicale à domicile 7 jours sur 7 de 7h à 23h, service qui est intégré de façon informelle dans l'organisation de la garde cantonale mise en place par MFÄF. La société dispose d'une centrale téléphonique ouverte de 7h à 22h qui assure la fonction primordiale d'évaluation et de tri. Ainsi, sur la base de différents protocoles adaptés au degré d'urgence, à la localisation du patient et à l'ordre des appels, une consultation à domicile est effectuée immédiatement, dans les 3 heures ou dans la journée. Dans le cas d'urgences vitales ou complexes, l'appel est transféré au 144. Actuellement, ce sont 9 médecins qui assurent les consultations de médecine interne générale, de traumatologie ou de pédiatrie dès 8 ans à domicile. Un rapport médical est ensuite envoyé au médecin traitant dans les 24 heures afin d'assurer le suivi.

9.3. Tri téléphonique

Depuis 2019, la gestion des appels adressés à la garde médicale dans les différents districts du canton de Fribourg repose sur une collaboration étroite avec la société Medgate et la centrale sanitaire 144. En situation normale, c'est-à-dire hors COVID-19, ces deux entités reprennent les appels adressés au médecin de garde durant la nuit (horaires variables selon les districts) et évaluent, selon le degré d'urgence, si une intervention du/de la médecin de garde ou une prise en charge par les services d'urgences est nécessaire. De façon plus détaillée, les services de garde des districts de la Sarine, Singine et du Lac dévient en temps normal les appels de nuit vers la société Medgate qui les transfert si besoin vers le 144 alors que les districts de la Gruyère, Glâne et Veveyse dévient directement les appels adressés de nuit au service de garde vers la centrale 144, ceci sans collaboration avec Medgate. La centrale 144 détermine ensuite, selon le degré d'urgence, si le/la patient-e nécessite une prise en charge par les services d'urgences de l'HFR ou de l'HIB ou par les urgences psychiatriques cantonales du RFSM. Elle détermine également si un transport par ambulance accompagné ou non du SMUR ou par la REGA est nécessaire. De nuit, le/la médecin de garde reste de piquet

pour des interventions auprès de la police, des services d'ambulances, pour des constats de décès et les EMS.

Le contexte de la crise COVID-19 a créé une surcharge de la centrale 144 et a nécessité l'adaptation rapide et provisoire du système de tri téléphonique. Dans ce contexte, la garde médicale des districts du Lac et de la Singine est toujours basée sur le fonctionnement décrit plus haut, avec une gestion du tri téléphonique faite par le/la médecin de garde durant la journée et une déviation des appels vers Medgate durant la nuit. Pour ce qui est des districts de la Sarine, de la Gruyère, de la Glâne et de la Veveyse, les appels adressés à la garde médicale durant la journée sont gérés par la société Medgate. Ils donnent lieu, durant la journée, à trois prises en charges possibles, selon le degré d'urgence et les besoins des patient-e-s: 1. Questions liées au COVID-19; 2. Conseil téléphonique délivré par des médecins de la société Medgate suivi par une consultation chez le médecin traitant si nécessaire; 3. Nécessité d'un examen médical immédiat. Si la dernière option est retenue, la société Medgate transfère l'appel à la centrale 144 qui détermine, selon le degré d'urgence, si le/la patient-e doit se rendre auprès du/de la médecin de garde ou s'il/elle nécessite une prise en charge par les services d'urgences de l'HFR ou de l'HIB ou par les urgences psychiatriques cantonales du RFSM. La centrale 144 détermine également si un transport par ambulance accompagné ou non du SMUR ou par la REGA est nécessaire. Dans le cas d'une consultation faite par le/la médecin de garde, il/elle dispose d'une liste de spécialistes qu'il/elle peut consulter en cas de besoin. Pour ce qui est de la garde de nuit, les appels adressés à la garde médicale sont transférés vers la société Medgate qui transmet l'appel vers la centrale 144 si besoin, ceci sans le tri préalable basé sur les 3 options mentionnées plus haut. Ensuite, la centrale 144 détermine, selon le degré d'urgence, si le/la patient-e nécessite une prise en charge par les services d'urgences de l'HFR ou de l'HIB ou par les urgences psychiatriques cantonales du RFSM. La centrale 144 détermine également si un transport par ambulance accompagné ou non du SMUR ou par la REGA est nécessaire. De nuit, le/la médecin de garde reste de piquet pour des interventions auprès de la police, des services d'ambulances, pour des constats de décès et les EMS

Pour ce qui est du district de la Broye, la centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) basée à Lausanne gère le tri, de jour et de nuit.

9.4. Organisation du service de garde et des urgences: besoins et projections futures

Les chapitres précédents soulignent la nécessité d'une coordination entre la médecine de premier recours et les services d'urgences au niveau cantonal, coordination qui doit être renforcée au vu de la situation de pénurie de médecins de famille qui se dessine mais également de la crise COVID-19 que nous traversons. Les médecins de premier recours ont en effet un

rôle essentiel à jouer dans l'évolution actuelle du système de santé, ceci afin d'éviter une surcharge des services d'urgence hospitaliers dont le rôle principal est de prendre en charge les urgences vitales et complexes. La collaboration entre les différents acteurs sanitaires devra également être optimisée dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie HFR. Un des enjeux ici est d'assurer une meilleure complémentarité dans la prise en charge des urgences au niveau cantonal avec, d'un côté la prise en charge des situations vitales et complexes sur le site de l'HFR Fribourg, et de l'autre, celle des urgences de degré 3-4 au niveau des permanences régionales. Comme mentionné plus haut, des discussions sont en cours entre l'HFR et la MFÄF afin d'optimiser la répartition des rôles dans la prise en charge des patients au sein des permanences existantes et futures de l'HFR. Pour ce qui est du district de la Sarine, la coopération entre l'HFR et la PMF existe déjà et pourrait être renforcée. De façon générale, la DSAS est prête à s'impliquer davantage pour renforcer la collaboration entre la médecine de premier recours et les services d'urgences et optimiser la coordination au niveau de la prise en charge pré-hospitalière.

L'optimisation de la prise en charge des situations d'urgence passe aussi par une rationalisation des ressources. Dans cette optique, l'instauration d'un système de tri téléphonique en collaboration avec la société Medgate a permis de décharger la centrale sanitaire 144 et la garde médicale. Il serait pertinent d'évaluer la possibilité d'uniformiser cette collaboration au sein du canton.

10. Recensement des médecins de premier recours du canton de Fribourg

La crise COVID-19 a nécessité la mise en place d'un système de communication efficace avec les médecins de famille fribourgeois mais également d'un outil de recensement exhaustif pour optimiser la garde durant la pandémie en tenant compte des médecins touchés par le virus (personnes en isolement/quarantaine ou à risque). C'est dans ce but que l'association MFÄF a mis en place d'urgence un système de recensement des médecins du canton reposant sur le logiciel «Didoo». Ce projet, initialement financé à parts égales par l'organe de conduite sanitaire (OCS) et MFÄF, répertorie les données de base des médecins fribourgeois avec leur taux d'activité. Le SSP et MFÄF travaillent actuellement sur une optimisation de la collaboration en place, ceci afin d'augmenter les synergies dans leurs bases de données respectives. Des discussions sont en cours concernant les aspects techniques liés à ces échanges. L'optimisation de cette collaboration permettrait de disposer d'une cartographie complète, harmonisée et actuelle des médecins de premier recours dans le canton, d'avoir une vision de la répartition de l'offre médicale par district/commune. Par ailleurs, elle donnerait la possibilité à la MFÄF, l'IMF et le SSP non seulement de planifier sur une

même base mais également de mesurer les effets des mesures mises en place (comme par exemple l'assistantat en cabinet ou l'ouverture du master en médecine). Pour MFÄF, ce type de base de données est par ailleurs essentiel pour l'organisation des gardes.

11. Enquête auprès des médecins du canton de Fribourg

L'Institut de médecine de famille (IMF) et le *Population Health Laboratory* de l'Université de Fribourg ont débuté en 2020 une enquête sur les médecins de premier recours fribourgeois. En plus de récolter des données de base, cette étude a pour but de relever et d'analyser leur participation à la garde, leur taux d'activité actuel et leurs projections futures. Elle permettra également de récolter des données relatives à la gestion de la crise COVID-19. Une collaboration avec MFÄF a été mise en place pour ce projet, notamment pour l'envoi des questionnaires à un maximum de médecins de premier recours. La promotion de l'enquête auprès du public-cible fait également l'objet d'une collaboration entre IMF et MFÄF. Les prévisions tablent sur une première disponibilité des données pour le premier semestre 2021.

12. Conclusion

L'évolution démographique et les besoins de la population contraignent le système sanitaire à s'adapter continuellement. Cela requiert notamment un monitoring fin des effectifs mais également une optimisation des ressources tendant vers une rationalisation des soins sans les rationner («le mieux pour le/la patient-e» plutôt que le «tout pour le/la patient-e»). Dans cette optique, il semble pertinent de ne pas seulement axer les réflexions et les efforts sur les aspects quantitatifs (les effectifs) mais également sur les paramètres qualitatifs, notamment sur le modèle de soins à encourager. La promotion de l'interdisciplinarité, de l'interprofessionnalité et de l'autogestion du/de la patient-e représente une piste judicieuse à valoriser dans la médecine de premier recours, que ce soit au niveau de la formation des professionnels de santé ou de la prise en charge des patient-e-s. Dans ce contexte, il est important de promouvoir la continuité des soins et de garder l'approche centrée sur le/la patient-e et proactive plutôt que réactive. Le canton de Fribourg valorise cette approche intégrée, notamment dans la formation avec le projet CoSaMO, mais également dans la prise en charge, avec par exemple pour les soins de longue durée pour les personnes âgées, le concept Senior+ qui met en avant la mise en réseau des fournisseurs de prestations médico-sociales. Par ailleurs, le service du médecin cantonal a mis en place depuis 2013, une approche intégrée pour la prise en charge des addictions, approche qui assure un continuum dans le suivi du/de la patient-e. Cette prise en charge est destinée à des groupes cibles de patients-es et se base sur la coopération

de différents professionnels de santé notamment des médecins et infirmiers-ères de la chaîne des addictions du Réseau de santé mentale (RFSM), des assistants-es sociaux/ales et éducateurs/trices du réseau des institutions s'occupant des personnes souffrant d'addictions (RIFA) et pour certains cas, l'HFR. Les différentes professions recherchent ensemble des solutions et assurent un suivi individualisé du/de la patient-e, en accord avec ce/cette dernier-ère.

Les outils actuels et futurs du domaine de la cybersanté, incluant le dossier électronique du/de la patient-e (DEP), la télémédecine ou encore le développement de modules de communications entre les branches médicales, s'axent également dans une approche centrée sur le/la patient-e. Ils permettront non seulement une amélioration des processus de traitements et de diagnostics mais également une augmentation de l'efficacité du système de santé, en optimisant l'approche interprofessionnelle et intégrée des soins.

Le Conseil d'Etat s'engage fortement en faveur de la médecine de premier recours dans les domaines qui ressortent de sa compétence. Il encourage l'arrivée sur sol fribourgeois de nouveaux médecins de premier recours bien formés et aptes à exercer cette fonction par la mise à disposition d'une formation universitaire et post-graduée de qualité. De plus, il offre, dans la limite de ses compétences et de ses possibilités d'intervention, les conditions cadres nécessaires pour rendre l'exercice de la profession de médecin de premier recours des plus attractives. Le Conseil d'Etat rappelle ici le rôle également important que peuvent exercer les communes dans le soutien à l'établissement des nouveaux médecins ou au remplacement de médecins partant à la retraite.

Conscient de l'importance d'augmenter le nombre de médecins dans le canton de Fribourg, le Conseil d'Etat entend poursuivre les projets en cours et soutenir au besoin de nouvelles mesures en faveur de la médecine de premier recours, le cas échéant en collaboration avec la Confédération et les autres cantons.

Nous vous invitons à prendre acte de ce rapport.



Bericht 2021-DSAS-17

2. März 2021

des Staatsrats an den Grossen Rat zu den Postulaten:

- > **2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander über den drohenden Mangel an Hausärzten im Kanton Freiburg**
- > **2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal über die Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton**

Wir unterbreiten Ihnen hiermit den Bericht zu den Postulaten 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander über den drohenden Mangel an Hausärzten im Kanton Freiburg und 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal über die Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton.

Dieser Bericht ist wie folgt gegliedert:

1. Die Postulate	18
1.1. 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander über den drohenden Mangel an Hausärzten im Kanton Freiburg	18
1.2. 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal über die Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton	18
2. Ausgangslage	18
3. Angebot der ärztlichen Grundversorgung in der Schweiz	19
4. Angebot der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Freiburg	20
4.1. Bestand und Dichte der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung	20
4.2. Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung	21
4.3. Kantonale Kartografie des ärztlichen Grundversorgerbestands	22
5. Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung im Kanton Freiburg	23
6. Grundversorgerpraxen: Entwicklung	23
6.1. Elektronisches Patientendossier (EPD)	24
6.2. Änderung KVG und Entwicklung des Bestands	25
7. Aktuelle und zukünftige Massnahmen für die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung: Bildung	27
7.1. Massnahmen für die universitäre Ausbildung	27
7.2. Massnahmen für die Nachdiplomausbildung	27
7.3. Projekt CoSaMo	28
8. Aktuelle und zukünftige Massnahmen für die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung: Unterstützung für die Niederlassung	29
8.1. Bürgerschaft	29
8.2. Unterstützung der Gemeinden	29

9. Aktuelle und zukünftige Massnahmen für die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung: kantonale Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahmen	29
9.1. Organisation der Notfallversorgung	29
9.2. Organisation des Bereitschaftsdienstes	30
9.3. Telefonische Triage	31
9.4. Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Notfallstationen: Bedarf und Zukunftsaussichten	32
<hr/>	
10. Erfassung der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung des Kantons Freiburg	32
<hr/>	
11. Befragung der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Freiburg	32
<hr/>	
12. Schluss	33

1. Die Postulate

1.1. 2018-GC-178 Senti Julia/Schmid Ralph Alexander über den drohenden Mangel an Hausärzten im Kanton Freiburg

Mit einem am 13. Dezember 2018 eingereichten und begründeten Postulat, das am 16. Oktober 2019 für erheblich erklärt wurde, ersuchen Grossrätin Julia Senti und Grossrat Ralph Alexander Schmid den Staatsrat, die Bedrohlichkeit der Lage des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton abzuklären und geeignete Massnahmen vorzuschlagen, um einer sich abzeichnenden Knappheit entgegenzuwirken.

Das Postulat führt an, dass immer weniger Ärzte bereit sind, sich zu Generalisten ausbilden zu lassen, und immer weniger Allgemeinmediziner bereit sind, eine eigene Praxis zu führen. Dieser Beruf sieht sich einer sinkenden Attraktivität, unternehmerischen Risiken und einem Mangel an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten gegenüber. Schliesslich befindet sich ein Grossteil der momentan noch tätigen Hausärztinnen und Hausärzte in der Nähe des dritten Lebensabschnitts und die Suche nach Nachfolgern erweist sich für bestehende Praxen als schwieriges Unterfangen.

Das Postulat erwähnt als Beispiel, das für den Kanton Freiburg als Grundlage dienen könnte, den Berner Bericht vom 19. Oktober 2011 über die Hausarztmedizin im Kanton Bern¹, der eine Analyse der Gesamtsituation und einen Massnahmenplan enthält. Das Postulat fordert eine ähnliche Abklärung sowie einen Massnahmenplan für den Kanton Freiburg.

1.2. 2019-GC-118 Meyer Loetscher Anne/Pythoud-Gaillard Chantal über die Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton

Mit ihrem am 2. Juli 2019 eingereichten und begründeten Postulat, das am 16. Oktober 2019 für erheblich erklärt wurde, fordern die Grossrätinnen Anne Meyer Loetscher und Chantal Pythoud-Gaillard vom Staatsrat eine Momentaufnahme von heute und in zehn Jahren der Zahl der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, ausgedrückt in tatsächlichen VZÄ und nach Region. Die Grossrätinnen wünschen ausserdem eine Analyse der erforderlichen Massnahmen für die Erleichterung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten in den Regionen mit einem geringen Angebot. Schliesslich lädt das Postulat den Staatsrat ein, die Zahl der zur Erzielung einer guten Abdeckung im gesamten Kanton erforderlichen Praxisassistentenplätze zu analysieren und die Finanzierung dieser Stellen und der anderen Massnahmen zu berechnen.

2. Ausgangslage

Zur ärztlichen Grundversorgung gehören die Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Kindermedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte. Sie sind die vorderste Front der medizinischen Betreuung der Bevölkerung und stellen eine grundlegende Säule des Gesundheitssystems dar, das die Gesundheitsförderung, aber auch die Früherkennung der Krankheiten zur Aufgabe hat. Die ärztliche Grundversorgung stellt eine Triagefunktion sicher, zu der nicht nur die Behandlung der Notfälle gehört, sondern auch die Koordination der gelieferten Leistungen mit der Pflege, die in der Folge im ambulanten oder stationären Bereich sowie in der Langzeitpflege erbracht wird. Einer der besonderen Vorteile der ärztlichen Grundversorgung ist ihr personalisierter Ansatz, der das familiäre und allgemeine Umfeld der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

¹ Bericht an den Grossen Rat zu den Motionen Heuberger (035/2005) und Kilchherr (090/2005) «Hausarztmedizin im Kanton Bern», 2011

Die Alterung der Bevölkerung sowie die Zunahme der chronischen Krankheiten und der Multimorbidität sind die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen, die sich stark auf die Stellung und die Rolle der ärztlichen Grundversorgung im Gesundheitssystem auswirken. Gleichzeitig beschäftigt die Möglichkeit eines Mangels in dieser Disziplin bereits seit einiger Zeit die Fachwelt und die Politik, dies sowohl auf Bundes-, als auch auf kantonaler Ebene. Dieser Kontext erfordert eine regelmässige Beurteilung des Bestands und des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung einerseits und der bestehenden Versorgungsmodelle andererseits, um ein System zu gewährleisten, das der demografischen Entwicklung und den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht.

In diesem Rahmen hat der Staatsrat bereits 2008 und 2014 zwei diesbezügliche Berichte verfasst:

- > **Bericht Nr. 88** vom 19. August 2008 zum Postulat Nr. 317.06 Christine Bulliard/Markus Bapst über die Hausmedizin und die medizinische Basisversorgung in ländlichen Regionen, nachfolgend «Bericht Nr. 88»;
- > **Bericht 2014-DSAS-32** vom 2. September 2014 zu den Postulaten 2010-GC-10 [2071.10] † Moritz Boschung-Vonlanthen/Katharina Thalmann-Bolz über die Förderung von Gemeinschaftspraxen bzw. Grundversorgungszentren auf dem Land, 2011-GC-10 [2087.11] Nicole Lehner-Gigon/Bernadette Hänni-Fischer über die Studie über die medizinische Erstversorgung im Kanton, 2013-GC-27 [2029.13] Ralph Alexander Schmid über die Unterstützung der hausärztlichen Grundversorgung in ländlichen Gebieten im Kanton Freiburg.

Der 2011 veröffentlichte Bericht des Kantons Bern «Hausarztmedizin im Kanton Bern», auf den sich das Postulat 2018-GC-178 bezieht, beschreibt und untersucht verschiedene konkrete Handlungsfelder für die Förderung der medizinischen Grundversorgung im Kanton Bern. Von den in diesem Bericht aufgeführten Massnahmen nennen wir beispielhaft die Förderung neuer Formen der Arbeitsorganisation, die sich durch eine stärkere Vernetzung der Versorgung und einer verbesserten Zusammenarbeit der Leistungserbringer auszeichnen, oder die Optimierung des Bereitschaftsdienstes.

Der vorliegende Bericht inspiriert sich aus den oben erwähnten Dokumenten und hat eine aktuelle Beurteilung der Lage der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Freiburg zum Ziel, indem einerseits die statistischen Daten zu Bestand und Bedarf in dieser Disziplin analysiert und andererseits die verschiedenen aktuellen und zukünftigen Massnahmen und ihre Auswirkungen beurteilt werden.

3. Angebot der ärztlichen Grundversorgung in der Schweiz

Auf nationaler Ebene beteiligt sich die Schweiz seit 2010 an der gesundheitspolitischen Befragung (International Health Policy Survey) der Stiftung Commonwealth Fund, deren Daten in verschiedenen Bulletins des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan)^{1,2} aufgegriffen werden. Diese Befragung zeigte 2015, dass die Schweiz verglichen mit den anderen neun befragten Ländern über den höchsten Anteil von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung über 55 Jahren verfügt, die 50% des Bestands ausmachen. 2019 verweist die Analyse weiter auf ein Ungleichgewicht in der Vertretung der Altersklassen in der ärztlichen Grundversorgung in der Schweiz. 50,4% der Ärztinnen und Ärzte sind über 55 Jahre alt und 34% sind über 60 Jahre alt. Dieser Trend hin zu einer überproportionalen Vertretung der höheren Altersklassen ist bei den Männern besonders ausgeprägt. Ausserdem zeigen die Daten, dass über 50% der Ärztinnen und Ärzte über 55 Jahren planen, ihre Tätigkeit innerhalb von drei Jahren zu reduzieren, und dass 35% der Ärztinnen und Ärzte zwischen 60 und 64 Jahren beim Erreichen des Pensionsalters aus dem Erwerbsleben ausscheiden wollen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass über 65% der 55–64-jährigen Ärztinnen und Ärzte mindestens 45 Stunden pro Woche arbeiten (gegenüber von 46% der Personen unter 45 Jahren) und dass nur 26,8% der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahren einen Nachfolger bzw. eine Nachfolgerin haben, kann dies dazu führen, dass ein Ärzteangebot entsteht, das den Bedürfnissen der Bevölkerung in den kommenden Jahren nicht mehr entspricht. Schliesslich stellte die Befragung ganz allgemein eine hohe Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung fest, namentlich in Bezug auf das Schweizer Gesundheitssystem, auf ihre tägliche Praxis (zum Beispiel die zur Verfügung stehende Konsultationszeit) und in Bezug auf die Ausbildung im Gesundheitswesen. Zu den erwähnten Unzufriedenheiten gehören namentlich der Verwaltungsaufwand in Verbindung mit der täglichen Praxis.

Was die quantitativen Daten angeht, veröffentlichte das BFS 2019 zum ersten Mal die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS). Diese enthält Informationen über die Tätigkeit, Zugänglichkeit und räumliche Verteilung der Arztpraxen und ambulanten Zentren in der Schweiz, die 2017 und 2018 erfasst wurden. Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über die Daten 2017 und 2018 für den Kanton Freiburg.

¹ Merçay, C. (2015). Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger – Situation in der Schweiz, neuere Entwicklungen und internationaler Vergleich. Analyse des International Health Policy Survey 2015 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

² Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

4. Angebot der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Freiburg

Wie oben erwähnt wurden die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) 2019 zum ersten Mal veröffentlicht. Sie ermöglichen eine Beurteilung des medizinischen Angebots in der ärztlichen Grundversorgung (Fachärztinnen und Fachärzte FMH in Allgemeiner Innerer Medizin oder Kindermedizin oder praktische Ärztinnen und Ärzte) im Kanton Freiburg. Vor der Präsentation dieser Daten ist anzumerken, dass die Kontaktquote für die Arztpraxen im Kanton Freiburg bei 68% lag und dass von den kontaktierten Praxen 55% an der Befragung teilnahmen (Antwortquote). So stützen sich die im Rahmen dieser Statistik präsentierten Ergebnisse zum Teil auf Hochrechnungen und nicht einzig auf tatsächliche Beobachtungen.

Ein Teil der Werte der MAS 2018 kann mit den Daten der Ärztestatistik der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) verglichen werden, die einzig die Ärztinnen und Ärzte betrifft, die Mitglieder sind, und den Bestand nicht mit Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angibt. Es ist anzumerken, dass die FMH-Ärztestatistik auch dem Obsan als Grundlage dient, das diesbezüglich ebenfalls Indikatoren veröffentlicht.

Die folgenden Absätze fassen die wichtigsten Daten der MAS 2018 für den Kanton Freiburg zusammen und geben einen Überblick über das kantonale Angebot.

4.1. Bestand und Dichte der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung

Im Kanton Freiburg wurde 2018 ein Total von **229¹ Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung** geschätzt, was **171,6 VZÄ entspricht**, während 2017 222 Ärztinnen und Ärzte mit 169,5 VZÄ erfasst wurden. Die FMH-Statistik weist einen ähnlichen Ärztebestand auf, mit 212 Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung für das Jahr 2017 und 217 für 2018 (2019: 241).

Laut den MAS-Daten belief sich die Ärztedichte in der Grundversorgung (VZÄ/100 000 Einwohner/innen) in den Jahren 2017 und 2018 auf **54 VZÄ pro 100 000 Einwohner/innen**. Dieser Wert liegt unter dem Schweizer Mittel von 71 VZÄ pro 100 000 Einwohner/innen, das 2018 erfasst wurde (73 VZÄ/100 000 Einwohner/innen für 2017). Es ist sinnvoll, die Dichte des Kantons Freiburg mit Standard- oder Richtwerten zu vergleichen. Allerdings gibt es keine klaren Empfehlungen zum notwendigen Bestand für die Abdeckung des Bedarfs einer Region. Der Bericht des Regierungsrates des Kantons Bern zur Motion Schär (022/2012) erwähnt eine von der OECD empfohlene Ärztedichte für die Grund-

versorgung pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner². So lag der Kanton Freiburg 2018 mit 229 Ärzten und Ärztinnen für 318 714 Einwohnerinnen und Einwohner unter diesem Wert (0,7 Ärzte/1000 Einwohner/innen). Es ist anzumerken, dass dieser Wert noch niedriger ist, wenn man den Bestand in VZÄ pro Einwohner/in (0,5 VZÄ/1000 Einwohner/innen) betrachtet.

Bei der Analyse der allgemeinen Verteilung der VZÄ in der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Freiburg (**Abbildung 1**) kann zunächst auf den hohen Anteil Männer (Total 93,9 VZÄ, das heisst 55% der gesamten VZÄ) im Verhältnis zu den Frauen (Total 77,7 VZÄ, das heisst 45% der gesamten VZÄ) hingewiesen werden. Dieses Verhältnis ist mit jenem auf nationaler Ebene vergleichbar (60% Männer und 40% Frauen). Zweitens liegt der Anteil der Ärztinnen und Ärzten über 55 Jahren im Kanton Freiburg bei 35%. Dieser Prozentsatz ist bei den Männern höher (42%) und bei den Frauen tiefer (26%). Im Vergleich ist der Prozentsatz der Ärztinnen und Ärzte über 55 Jahren auf nationaler Ebene höher (44%). Mit 65% der Ärztinnen und Ärzte unter 55 Jahren verfügt der Kanton Freiburg folglich in der Grundversorgung über eine Ärztepopulation, die im Durchschnitt jünger ist als das Schweizer Mittel (55% unter 55 Jahren in der Schweiz).

¹ Unter Anwendung der nationalen Anteile, die bei diesen Ärztinnen und Ärzten 77% Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin zählen, kann die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin auf 176 geschätzt werden.

² Motion Schär (M 022/2012) Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern, Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat, 2012.RRGR.84, Gesundheits- und Fürsorgedirektion, 7. September 2016

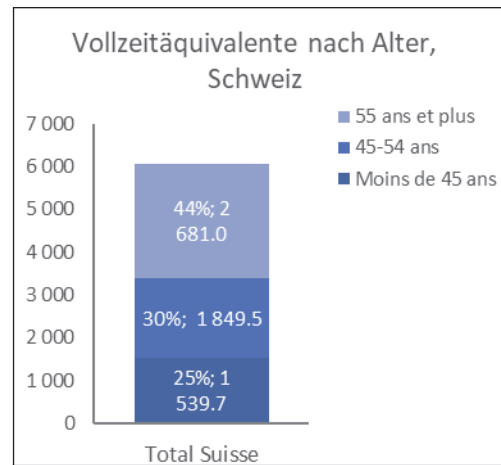
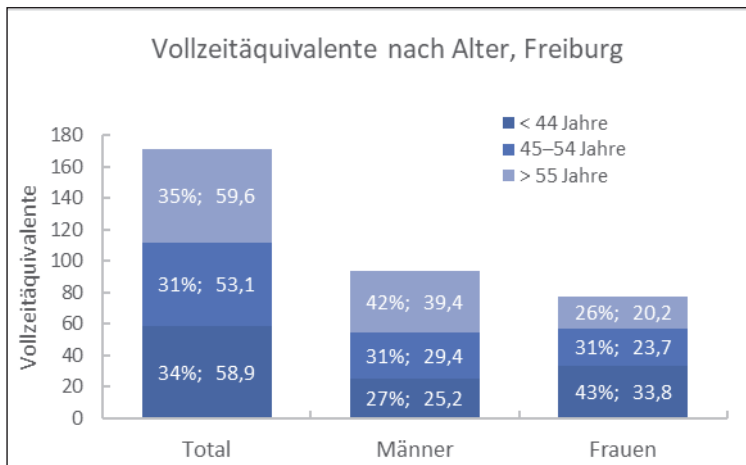


Abbildung 1: Aufteilung der Vollzeitäquivalente nach Alter und Geschlecht für die ärztliche Grundversorgung im Kanton Freiburg (für jedes Geschlecht: % VZÄ in jeder Altersklasse; tatsächliche Zahl VZÄ pro Altersklasse) und in der Schweiz, 2018.

Quelle: Befragung BFS – MAS 2020

Für Freiburg ist der Zusammenhang zwischen der VZÄ-Aufteilung und dem Beschäftigungsgrad der verschiedenen Altersklassen und Geschlechter bemerkenswert. So ist für die Frauen der Grossteil der VZÄ in den Alterskategorien unter 44 Jahren vertreten (43%; **Abbildung 1**). Diese Alterskategorie weist den niedrigsten Beschäftigungsgrad auf (6,5 Halb-

tage pro Woche im Durchschnitt, **Abbildung 2**). Bei den Männern sind es die Ärzte über 55 Jahren, die am meisten VZÄ verbuchen (**Abbildung 1**) und diese Alterskategorie weist auch den niedrigsten Beschäftigungsgrad auf (7,7 Halbtage pro Woche im Durchschnitt, **Abbildung 2**).

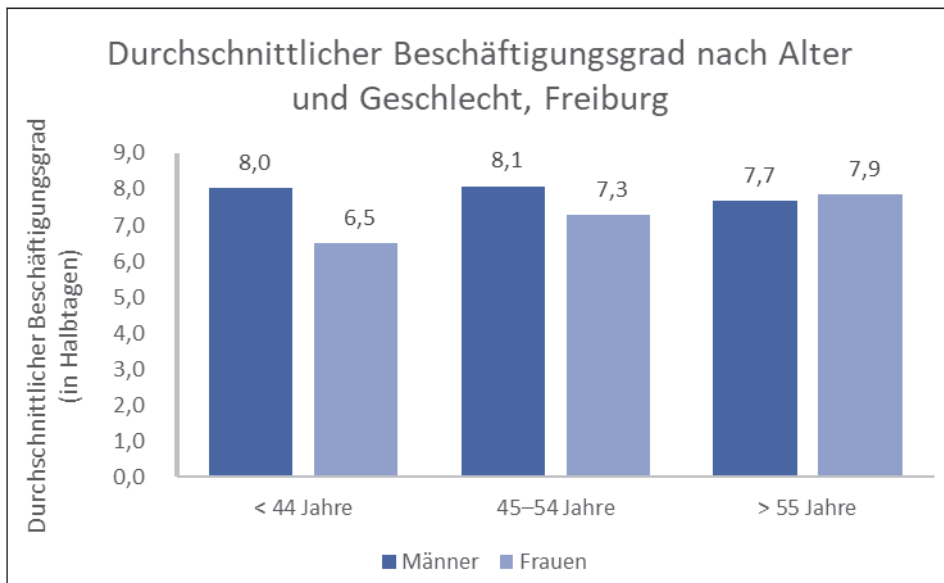


Abbildung 2: Beschäftigungsgrad in Halbtagen für die ärztliche Grundversorgung in Freiburg 2018: Die Zahl der in einer durchschnittlichen Arbeitswoche gearbeiteten Halbtage liegt zwischen 0 und höchstens 14. Das Total der Arbeitsstunden pro Woche (medizinische und nichtmedizinische Tätigkeiten) wird berücksichtigt. Ein Vollzeitäquivalent entspricht 10 gearbeiteten Halbtagen in einer durchschnittlichen Arbeitswoche des Arztes bzw. der Ärztin. Das Total der wöchentlichen Arbeitsstunden (medizinische und nichtmedizinische Tätigkeiten) wird berücksichtigt.

Abschliessend zeigen diese Daten, dass die Frauen im Kanton Freiburg die Mehrzahl der VZÄ der ärztlichen Grundversorgung in der Altersklasse der unter 44-Jährigen darstellen und einen niedrigeren Beschäftigungsgrad aufweisen als die anderen Alterskategorien oder das andere Geschlecht. Gleichzeitig könnte der hohe Prozentsatz der Männer über 55 Jahren und die Tatsache, dass diese Altersklasse mit einem höheren Beschäftigungsgrad arbeitet als die Frauen unter 44 Jahren, in den nächsten zehn Jahren in der ärztlichen Grundversorgung in Richtung einer unvollständigen Bedarfsdeckung führen. Es handelt sich hier allerdings um

eine Hypothese, da es nicht möglich ist, eine genaue Schätzung des Ärztenachwuchs im Kanton zu erhalten.

4.2. Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung

Die MAS-Daten ermöglichen zudem, die Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in Bezug auf die Anzahl Patientinnen und Patienten pro VZÄ zu beurteilen. So lag 2018 der Median an Patientinnen und Patienten pro VZÄ in der ärztlichen Grundversorgung in Freiburg (1482) über dem Schweizer Median (1205, **Abbildung 3**). Dies zeigt

gegenüber der nationalen Ebene eine geringere Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung im Kanton Freiburg auf.

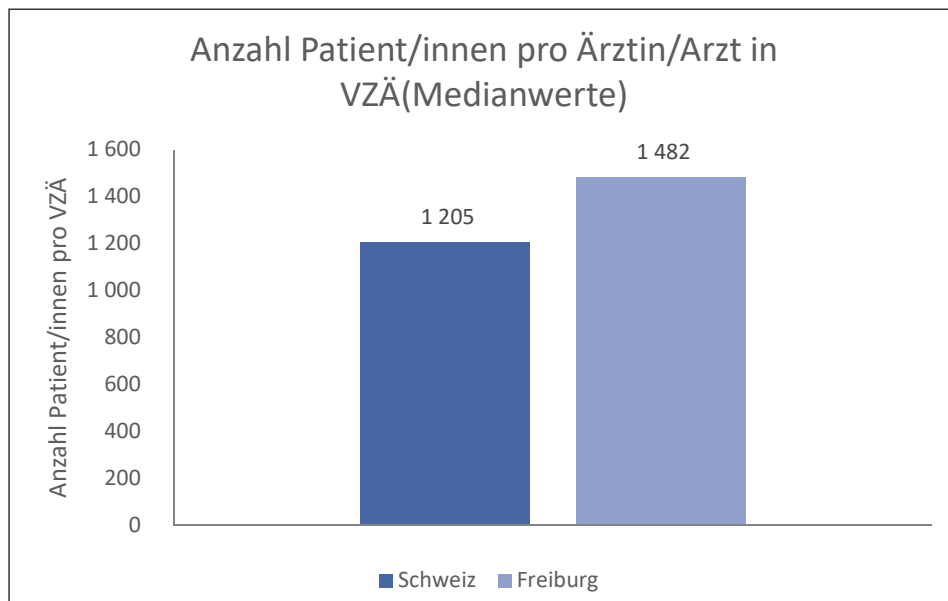


Abbildung 3: Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung, Darstellung mit der Anzahl Patientinnen und Patienten pro Arzt bzw. Ärztin in VZÄ (Medianwerte), im Jahr 2018

Diese relativ tiefe Verfügbarkeit im Vergleich mit dem Schweizer Durchschnitt kann mit der Inanspruchnahme der ambulanten Notaufnahmen der Schweizer Spitäler in Verbindung gebracht werden. So werden die Notfalldienste im Kanton Freiburg laut Bulletin des Obsan 2018, das sich auf die ambulanten Spitaldaten des BFS stützt, mit 279 Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2016 im Vergleich mit den anderen Kantonen oder dem Schweizer Mittel (197 pro 1000 Einwohner/innen) viel häufiger in Anspruch genommen¹.

4.3. Kantonale Kartografie des ärztlichen Grundversorgerbestands

Die im Rahmen der MAS-Befragung erfassten Daten ermöglichen keine regionale Momentaufnahme oder detailliertere Kartografie des kantonalen Grundversorgerbestands. So ermöglichen die tiefe Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den ländlichen Regionen, verbunden mit der Kontaktquote von 68% und der Antwortquote von 55% (2017: 66,5%), keine aussagekräftige Gewichtung und stellt die Anonymität der Arztpraxen und der dort arbeitenden Personen nicht sicher. Bis dato gibt es keine anderen Datenbanken oder Statistiken, die eine subkantonale Analyse ermöglichen (beispielsweise auf Bezirksebene). Allerdings behandeln die Kapitel 10 und 11 dieses Berichts ein von der Universität Freiburg geführtes Befragungsprojekt, das eine detailliertere quantitative

und qualitative Analyse der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Freiburg zum Ziel hat.

Als Abschluss dieses Kapitel ist es möglich, gestützt auf die präsentierten Zahlen in den nächsten Jahren eine Senkung der Bedarfsdeckung in der ärztlichen Grundversorgung zu prognostizieren. Dies gilt für den Kanton Freiburg, aber auch allgemein für die Schweiz, unter Vorbehalt der bereits ergriffenen oder umzusetzenden Massnahmen in diesem Bereich. Die Einschätzung des Ärztenachwuchs und die Auswirkungen der verschiedenen Massnahmen auf kantonaler Ebene auf diesen Nachwuchs sind derzeit nur schwer zu quantifizieren, denn es gibt keine Statistik mit detaillierten Auskünften über die Prognose der Pensionierung oder Änderung des Beschäftigungsgrads der Freiburger Ärztinnen und Ärzte, die nicht nur ein Bild der Entwicklung des Ärzteangebots ermöglichen würden, sondern auch die Einschätzung des Bedarfs an Vor- und Nachdiplomausbildungen, namentlich mit der Zahl an erforderlichen Assistenzstellen pro Jahr für die Sicherstellung des Turnovers. Was den Nachwuchs betrifft, erwähnt Kapitel 7 einige Prognosen in Verbindung mit der Vor- und Nachdiplomausbildung in Freiburg. Es handelt sich hier indessen um Hypothesen, die wichtige Parameter wie den Fluss zwischen den Kantonen nicht berücksichtigen.

¹ Merçay, C. (2018). Inanspruchnahme von Notfalldiensten. Beschreibung der kantonalen Unterschiede (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

5. Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung im Kanton Freiburg

Die Einschätzung der Grundversorgersituation für den Kanton Freiburg erfordert nicht nur eine Analyse des Angebots; sie muss auch den Ärztenachwuchs und die Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigen. Der zukünftige Bestand und Bedarf an Ärztenachwuchs ist aufgrund der zahlreichen Variablen, von denen sie abhängen, schwer bezifferbar; die Analyse des Ärztebedarfs in der Grundversorgung ist ebenfalls schwierig, da dieser sich im Wesentlichen auf das Verhalten der Patientin bzw. des Patienten oder der Bürgerin bzw. des Bürgers stützt und somit auf eine subjektive und nicht immer klare Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit. Das Simulationsmodell des Obsan (2018)¹ stützt sich für die Ermittlung der zukünftigen Entwicklung des Ärztebestands und des Bedarfs der Bevölkerung in der Schweiz auf eine theoretische Grundlage und Proberechnungen. In diesem Modell wird der Bedarf eingeschätzt, indem die aktuelle Nachfrage verwendet und die vorgesehene Entwicklung von verschiedenen Faktoren berücksichtigt wird, wie die Demografie oder die Technologie. Das Modell der Hausarztmedizin stützt sich auf die Hypothese, dass 25% der zukünftig in Allgemeiner Innerer Medizin ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte als Hausarzt bzw. Hausärztin praktizieren werden. Ganz allgemein zeigt dieser Bericht, dass beim Vergleich der Bestands- mit den Bedarfsprognosen der Bestand der verschiedenen medizinischen Fachgebiete, mit Ausnahme der Hausarztmedizin, bis 2030 über dem Bedarf zu liegen kommt, solange die Einwanderung nicht Null ist; in diesem Fall käme der Bestand in allen Disziplinen unter dem Bedarf zu liegen. Für die Hausarztmedizin prognostiziert der Bericht einen Bestand, der unter dem Bedarf liegt. Auch wenn mit diesem Modell die Frage des Überschusses oder des Mangels des Ärzteangebots nicht beantwortet werden kann und es die kantonalen oder regionalen Unterschiede nicht berücksichtigt, liefert es nationale Prognosen, die zu einem Ungleichgewicht verknüpft mit einem Angebotsdefizit in der ärztlichen Grundversorgung neigen. Die aktuellen Besorgnisse konzentrieren sich folglich eher auf eine Mangellage in der ärztlichen Grundversorgung. Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass laut Bulletin des Obsan von 2019, das sich auf die internationale Befragung über die Gesundheitspolitik des Commonwealth Fund² stützt, ungefähr ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Schweiz der Ansicht ist, dass das von allen Ärztinnen, Ärzten, Fachärztinnen und Fachärzten in der Schweiz gelieferte medizinische Leistungsvolumen viel zu hoch ist. Diese Zahl liegt unter jener von 2015 (50,9%). Diese Abnahme könnte durch

¹ Obsan (2018) Bericht III: Ermittlung des zukünftigen Bestands und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet: Simulationsmodell

² Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

den Start der Initiative «smarter medicine» erklärt werden, die das Abwägen des Nutzens jeder medizinischen Behandlung empfiehlt, mit dem Ziel, die Qualität der Behandlung sicherzustellen und fruchtlose Behandlungen zu reduzieren. Die Veröffentlichung des Obsan 2020 gestützt auf die Daten von 2017³ zeigt ihrerseits auf, dass der Anteil der in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung über 15 Jahren, der mindestens einmal in den letzten 12 Monaten beim Allgemeinpraktiker/Hausarzt bzw. einer entsprechenden Ärztin war, im Kanton Freiburg 71,8% betrug (Schweizer Durchschnitt 70,7%). Betrachtet man die Anzahl Konsultationen pro Einwohner/in, liegt der Kanton Freiburg mit durchschnittlich 2,03 Konsultationen pro Einwohner/in auf dem vorletzten Platz der nationalen Klassierung (nationaler Durchschnitt 2,27 Konsultationen pro Einwohner/in). Auch wenn es schwierig ist, diesen Wert zu beurteilen, können wir nichtsdestotrotz darauf verweisen, dass die geringe Ärztedichte in der Grundversorgung im Vergleich mit dem nationalen Mittel teilweise durch eine ebenfalls niedrigere Inanspruchnahme der ärztlichen Grundversorgung durch die Freiburgerinnen und Freiburger kompensiert wird.

Schliesslich darf der Fall einer Mangellage in der ärztlichen Grundversorgung des Kantons nicht nur aus Sicht des Angebots beurteilt werden; auch der Bedarf muss miteinbezogen werden. Dieser ist schwer bezifferbar und der aktuelle Trend (laut den Daten des Obsan und des BFS) besteht darin, ihn über die Inanspruchnahme, die an die Szenarien der Bevölkerungsentwicklung angepasst wird, zu ermitteln. Aus dieser Sicht zeigt dieses Kapitel einen Trend in Richtung einer Abnahme des ärztlichen Grundversorgerangebots sowie hin zu einer Bedarfszunahme gestützt auf die Inanspruchnahme und die Bevölkerungsentwicklung.

6. Grundversorgerpraxen: Entwicklung

Das Versorgungsmodell unserer Gesellschaft, das die ärztliche Grundversorgung umfasst, ist ein dynamisches System, das sich an die demografische Entwicklung und an die Bedürfnisse der Bevölkerung anpassen muss. Eine umfassende Analyse dieses Systems erfordert nicht nur eine quantitative Einschätzung, wie dies in den vorangehenden Kapiteln getan wurde, sondern auch eine qualitative Auswertung des bestehenden Ärzteangebots.

In den letzten Jahren erlebte das ärztliche Grundversorgerangebot einen organisatorischen Wandel. Der Bericht über die neuen Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, der 2012 von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) veröffentlicht wurde⁴, spricht von einer Tendenz

³ Daten Obsan 2020, <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/konsultationen-hausarzt-oder-allgemeinarztpraxen>

⁴ GDK & BAG (April 2012), Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG

in Richtung des Konzepts der «integrierten medizinischen Versorgung», das auf eine Optimierung der interdisziplinären Koordination und Zusammenarbeit im medizinischen Bereich abzielt. In jüngster Vergangenheit unterstrich der 2019 veröffentlichte Leitfaden der GDK¹ zur integrierten Versorgung in den Kantonen die Notwendigkeit, die Versorgung der Einzelnen vor dem Hintergrund der medizinischen Hyperspezialisierung, die sich durch eine Vielzahl von Kontaktstellen auszeichnet, besser zu koordinieren. In diesem Rahmen sieht die GDK drei Handlungsfelder vor: Ein übergeordnetes Feld, das der Integration der Versorgung beim Kanton und bei den Versorgungspartnern entspricht, und zwei Praxisfelder für die Gewährleistung der Grundversorgung in ländlich-peripheren Regionen und für die Verbesserung der Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen.

Die integrierte Versorgung ist vor dem aktuellen Hintergrund der Fragmentierung der medizinischen Fachgebiete besonders wichtig und unterstreicht die entscheidende Rolle der ärztlichen Grundversorgung und der Notaufnahmen für den Zugang zur Versorgung. Das Bulletin des Obsan 2019 gestützt auf die internationale Befragung über die Gesundheitspolitik des Commonwealth Fund² zeigt in diesem Sinn auf, dass ein Grossteil der konsultierten Schweizer Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (84,6%) der Ansicht ist, dass eine bessere Koordination in der medizinischen Grundversorgung, das heisst zwischen den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung, den Spitälern und den anderen Gesundheitseinrichtungen, sich deutlich auf die Qualität und den Zugang zur Versorgung auswirken könnte. Vor diesem Hintergrund sind in der Schweiz und auf internationaler Ebene neue Versorgungsmodelle entstanden. Einige legen den Schwerpunkt auf die Grundversorgerpraxis, andere haben einen berufsübergreifenderen Ansatz, der auch das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten einschliesst. Wir möchten hier das finnische Modell mit multiprofessionellen Zentren erwähnen, die verschiedene Gesundheitsberufe (wozu Allgemeinmediziner, Pflegefachpersonen und anderes medizinisches Fachpersonal gehört) in Gesundheitszentren versammeln. Die Zentren verfügen über ein Einschreibe- und Triage-System, das von einer Krankenpflegeperson geführt wird, die festlegt, ob eine medizinische Konsultation notwendig ist. Die anschliessende Versorgung ist multidisziplinär und umfasst zusätzlich zur Diagnose und zur Behandlung Leistungen für die Gesundheitsförderung und Prävention sowie für die Rehabilitation oder ein Angebot in der Palliativpflege³.

¹ GDK (2019), Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden

² Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

³ GDK & BAG (April 2012), Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG

Was den Kanton Freiburg betrifft, zeigten die Praxen in den letzten Jahren eine Veränderung in Bezug auf den Bestand pro Praxis (Trend zur Bündelung), aber auch mit Blick auf die Interdisziplinarität und die Interprofessionalität. So verfügt im Vivisbachbezirk eine Gemeinschaftspraxis, die 2015 mit vier Fachärzten in Allgemeiner Innerer Medizin öffnete, heute über 6 Fachärzte, wozu auch ein FMH-Facharzt in HNO gehört. Die Praxis arbeitet zusammen mit verschiedenen Fachärztinnen und Fachärzten des freiburger Spitals (HFR) oder mit unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten (Kardiologie, Angiologie, Orthopädie, Chirurgie, Anästhesie), die wöchentlich oder monatlich in ihren Räumen Konsultationen anbieten. Ausserdem erleichtert die Nähe des Zentrums zu den Praxen anderer Fachgebiete wie Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kindermedizin und Gynäkologie den interdisziplinären Austausch und ermöglicht das Teilen eines IT-Servers. Das Zentrum verfügt zudem über ein Analyselabor und über ein Röntgensystem des HFR. Die Röntgenuntersuchungen werden von den medizinischen Praxisassistentinnen des Ärzteentrums durchgeführt. An zwei Halbtagen pro Woche sind Radiologiefachpersonen des HFR Riaz vor Ort, die komplexere und von anderen Ärztinnen und Ärzten der Region in Auftrag gegebene Röntgenaufnahmen durchführen. Die Röntgenaufnahmen werden von Fachärztinnen und Fachärzten des HFR ausgewertet. Auch die Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen des Gesundheitsnetzwerkes Vivisbach sowie mit den Pflegefachpersonen der Lungenliga, die im gleichen Gebäude arbeiten, wird erleichtert.

Andere Gemeinschaftspraxen sind dieser Entwicklung gefolgt, namentlich eine ambulante Einrichtung in Tour-de-Trême, die von drei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern im Jahr 2017 auf 11 Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2020 wuchs, darunter 6 Ärztinnen und Ärzte mit einem FMH in Allgemeiner Innerer Medizin, ein Assistenzarzt in Allgemeiner Innerer Medizin, eine FHM-Fachperson in Endokrinologie, eine FMH-Fachperson in Kindermedizin und eine FMH-Fachperson in Anästhesiologie (mit Spezialisierung auf Schmerztherapie). Das Team wird durch einen Physiotherapeuten, einen Psychologen, zwei Osteopathen und eine Ernährungsberaterin vervollständigt. Als letztes Beispiel zählt eine Praxis am Stadtrand von Freiburg aktuell 9 Ärztinnen und Ärzte (6 FMH-Fachpersonen in Allgemeiner Innerer Medizin, einen Rheumatologen, einen Chirurgen und einen Radiologen). 2016 arbeiteten dort vier Ärztinnen und Ärzte. Zu ihrem Team gehören zudem zwei Physiotherapeuten und eine Anästhesiepflegefachfrau mit Spezialisierung in Hypnotherapie.

Die aufgeführten ambulanten Einrichtungen sind Beispiele und keine abschliessende Liste aller Veränderungen in den Gemeinschaftspraxen des Kantons. Es könnten noch viele andere Beispiele erwähnt werden. Diesbezüglich ist zudem zu erwähnen, dass der Grosse Rat auf kantonaler Ebene

infolge der Motion 2018-GC-97 «Der Staatsrat soll sich beim Bund für Zusammenarbeitsprojekte von Fachpersonengruppen einsetzen, die sowohl den Patientinnen und Patienten als auch der Qualität und der Wirtschaftlichkeit zugutekommen, wie z. B. das in den letzten Jahren angewandte Freiburger Modell der pharmazeutischen Betreuung in den Pflegeheimen» am 25. Mai 2020 bei der Bundesversammlung eine entsprechende parlamentarische Initiative (2020-DSAS-71) einreichte. Nach dem Beispiel des Freiburger Modells der pharmazeutischen Betreuung in Pflegeheimen zielt diese Initiative auf eine breitere Anerkennung der Vergütung umfassender Leistungen von Gesundheitsfachpersonengruppen zugunsten von bestimmten Patientengruppen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab.

Dieser Wandel zur Interdisziplinarität und Interprofessionalität ist fest in den Empfehlungen der GDK 2012 und 2019¹ verankert, welche die Interprofessionalität als grundlegende Bedingung für eine bessere Integration der Versorgung ansehen und zur Bündelung von verschiedenen Leistungserbringern am gleichen Ort aufrufen. In der Tat fördert eine solche Organisation die Teilzeitarbeit, die Teamarbeit, die Ausbildung (intra-/interdisziplinär), eine optimale Auslastung der Infrastruktur sowie längere Öffnungszeiten. Ausserdem ermöglicht sie, die administrativen Kosten und Aufgaben pro Mitarbeiter/in zu senken. Aus dem gleichen Grund der rationelleren Versorgung und der Ressourcenoptimierung ist die Interprofessionalität, die sich durch die enge Zusammenarbeit und Koordination verschiedener Fachgebiete und Berufe definiert, ein Parameter, der nicht zu vergessen ist. Sie wertet namentlich die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen auf. Unter diesem Blickpunkt führt die Pflegefachperson nicht nur die von der Ärztin bzw. vom Arzt verschriebene Behandlung aus, sondern auch Aufgaben der Beurteilung, der Triage, der klinischen Überwachung und der Betreuung der Patientinnen und Patienten; eine Kompetenz, die bis zur Diagnose gehen kann. Ihre Autonomie und ihr Engagement mit den Patientinnen und Patienten für die Vorbereitung der Konsultation und die Förderung der Selbstbehandlung geben der Konsultation Mehrwert und entsprechen den Gesundheitsbedürfnissen. Diese Zusammenarbeit und Rolle der Pflegefachpersonen in der medizinischen Versorgung werden heute in mehreren Ländern gefördert. Dazu gehören die USA und Kanada, die sich bereits seit zahlreichen Jahren sowohl in die Ausbildung als auch in die Ausübung des Berufs einschalten. Für die Bildung verfügen mehrere Länder über Spezialkurse im Bereich «Advanced Nursing Practice (ANP)», die auf die Ausweitung der Rolle der Pflegefachpersonen abzielen². Auf beruflicher Ebene kann das ambulante Modell «Guided-Care» der USA erwähnt werden, das sich auf eine enge Zusammenarbeit der Pflegefachkräfte mit den Ärztinnen und Ärzten stützt. In

diesem Modell stellt die Pflegefachperson in der Praxis die Betreuung und die Beurteilung der chronisch kranken Patientinnen und Patienten sicher.

Die Ausweitung der Pflegepraxis mit der Einführung von Advanced Practice Nurses wäre eine Stütze für die Verbesserung des Zugangs, der Kontinuität und der Koordination der Versorgung und der Gesundheitsdienste für einen bestimmten Patientenstamm. In die gleiche Richtung gehen auch bestimmte Hochschulen und Universitäten wie die Universitäten von Lausanne und Basel, die seit einigen Jahren einen Master in Advanced Nursing Practice anbieten. Diese Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten können diagnostische Tests ausführen, Medikamente verschreiben und bestimmte ärztliche Handlungen ausführen. Verschiedene Arbeiten zeigen, dass der frühe Einbezug der Pflegeleistungen im Bereich der ambulanten Versorgung die Gesundheitskosten deutlich senken können, namentlich durch die Senkung der Hospitalisierungen³. Unter diesem Blickpunkt führte das BAG das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020» ein, das Wissensgrundlagen zu diesem Thema und mehrere Modelle der guten Praxis erarbeiten soll, die als Grundlage für die Förderung der Interprofessionalität in der Bildung und in der Berufsausübung dienen sollen. Dieses Programm führte zur Veröffentlichung von verschiedenen Forschungsarbeiten über die Zusammenarbeit sowie zur Ausarbeitung eines Verzeichnisses der guten Praxis in verschiedenen medizinischen Bereichen mit verschiedenen Fachgebieten.

Abschliessend zeichnet das aktuelle Bild eine kantonale Situation mit einem tiefen Grundversorgerbestand im Vergleich mit der Gesamtschweiz sowie einer Tendenz zur Bedarfszunahme. Allerdings optimiert der Wandel des Versorgungsmodells in der Allgemeinmedizin, das sich in Richtung von multidisziplinären Zentren entwickelt, die Ressourcen und die Versorgung und könnte zumindest teilweise das relativ tiefe Ärzteangebot ausgleichen. Diese Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung erfordert ausserdem eine Anpassung der Ausbildung und der Unterstützung der öffentlichen Hand. Kapitel 7 bietet eine Übersicht über die aktuellen und zukünftigen kantonalen Massnahmen, die diese verbessern können.

6.1. Elektronisches Patientendossier (EPD)

Das EPD ist ein digitales Gesundheitsinstrument und eine Lösung für die Problematik des Zugriffs auf die Gesundheitsinformationen durch die Patientinnen und Patienten sowie der betreffenden Fachpersonen. Es ermöglicht nicht nur den Patientinnen und Patienten den Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten, auch die Fachpersonen erhalten rasch die benötigten sachdienlichen Gesundheitsdaten, was eine koordiniertere

¹ GDK (2019), Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden

² GDK & BAG (April 2012), Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG

³ Muench et al., (2019), Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland, International Journal of Public Health, Volume 64, Seiten 1273–1281

und wirksamere Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglicht.

Dank dem EPD sind alle Gesundheitsdaten online abrufbar. So können sowohl der Patient bzw. die Patientin als auch die Gesundheitsfachpersonen, die sie versorgen, die Gesundheitsinformationen des Patienten bzw. der Patientin jederzeit über eine gesicherte Internetverbindung abrufen. Das EPD ermöglicht so von überall den Zugriff auf diese Gesundheitsinformationen sowie auf die dort abgelegten Unterlagen: zuhause, am Arbeitsort der Gesundheitsfachpersonen, unterwegs oder im Ausland.

Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG), das am 15. April 2017 in Kraft trat, verlangt die schrittweise Einführung des EPD in den stationären Pflegeeinrichtungen. So sind die Akutspitäler, die psychiatrischen Kliniken und die Rehabilitationskliniken seit 15. April 2020 verpflichtet, zertifizierten Stammgemeinschaften¹ anzugehören. Die Pflegeheime und die Geburtshäuser haben bis am 15. April 2022 Zeit, um Teil des Systems zu werden.

Nach der aktuellen Gesetzgebung steht es den Gesundheitsfachpersonen des ambulanten Bereichs frei, sich einer Stammgemeinschaft anzuschliessen und Zugriff auf das EPD ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten. Diese Freiwilligkeit gilt auch für die Patientinnen und Patienten, denen es frei steht, ein EPD zu eröffnen und gegebenenfalls den an ihrer Versorgung beteiligten Gesundheitsfachpersonen einen vollständigen oder eingeschränkten Zugriff auf ihre Daten zu geben. Indessen haben die eidgenössischen Räte am 19. Juni 2020 eine Änderung des KVG verabschiedet, welche die Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen, die eine ärztliche ambulante Versorgung anbieten, verpflichtet, sich einer EPD-Stammgemeinschaft anzuschliessen. Diese Revision tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

Ab 2014 prüfte der Kanton auf Initiative der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) die Möglichkeit der Einführung des EPD in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Gesundheitsakteurinnen und Gesundheitsakteuren. Das Amt für Gesundheit (GesA) erhielt vom Staatsrat den Auftrag, während der Projektphase, die von 2017 bis 2022 läuft, das EPD im Kanton Freiburg einzuführen. Mit diesem Auftrag unterstützt das GesA die Gesundheitsfachpersonen und ihre Einrichtungen mit einer EPD-Informatikplattform bei ihrer Schnittstellenarbeit. Das Amt führte mit den Nachbarkantonen der Westschweiz Überlegungen und Diskussionen, die zur Schaffung einer kantonsübergreifenden Stammgemeinschaft führte. Diese heisst CARA und ist für die Einführung der EPD-Plattform zuständig. Als Mitglied dieser Gemeinschaft arbeitet der Kanton über das Gesundheitsamt, zusammen mit den Gesundheitsämtern der anderen Mit-

gliedkantone, für den Betrieb des Vereins CARA eng mit dessen Organen zusammen.

Die Einführung eines EPD führt zahlreiche und grosse Herausforderungen mit sich. Für die kantonale Gesundheitspolitik soll die Koordination, die Sicherheit und die Qualität der Versorgung verbessert werden. Es ist ein Mittel für die Verbesserung der Wirksamkeit der Patientenversorgung, namentlich der chronisch Kranken, deren Bedarf an Koordination und Kontinuität der Versorgung gross ist; dies ist auch die Gelegenheit für die Patientinnen und Patienten, sich die sie betreffenden Gesundheitsinformationen wieder anzueignen und in Bezug auf die eigene Gesundheit aktiv zu werden.

Die GSD unterstützte die Durchführung von verschiedenen Workshops, in denen alle Gesundheitsfachpersonen und die Patientinnen und Patienten Überlegungen zum Thema digitale Gesundheit anstellten. Sie führte zudem 2018 zusammen mit der MFÄF (Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg; früher SMCF) bei den privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Kanton Freiburg eine Umfrage zu diesem Thema durch². Das Ziel dieser Umfrage war, einerseits ihren Standpunkt, ihre Bedürfnisse, ihre Erwartungen, ihre Bedenken und ihre Befürchtungen gegenüber eHealth und andererseits die Informationen in Erfahrung zu bringen, die sie über das EPD austauschen möchten. Insgesamt beteiligten sich 176 privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte an der Umfrage, davon 96 Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (52,5%). Von den Teilnehmenden der Umfrage hat die Mehrheit bereits von eHealth gehört und fast die Hälfte (44,5%) anerkannte die Notwendigkeit, sie in ihren Alltag zu integrieren. Was die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung betrifft, wurden ähnliche Ergebnisse beobachtet. 44,6% sind der Ansicht, dass die Verwendung von eHealth-Hilfsmitteln in ihrer Praxis eine notwendige Entwicklung ist. Zu den grössten Vorteilen in Verbindung mit dieser Einführung, die von den Ärztinnen und Ärzten betont wurden, gehören die Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den Pflegeleistungserbringern, der einfache Zugang zu medizinischen Daten und die Verbesserung der Patientenversorgung. Die Befürchtungen hingegen betrafen hauptsächlich den Schutz und die Sicherheit der Daten, die Arbeitsüberlastung und die Verschlechterung der Patientenbeziehung. Die Erwartungen und Befürchtungen der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung sind ähnlich. Diese Beobachtungen sind mit dem Bulletin des Obsan 2020 in Verbindung zu setzen, das sich auf die Ergebnisse der Befragung des Commonwealth Fund stützt³. Diese untermauern die Ergebnisse der Freiburger Umfrage: Auf nationaler Ebene sind 46% der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung mit einem zukünftigen Anschluss an das EPD einverstanden.

² GSD & SMCF (2018), Abklärungsbericht, eHealth: Erhebung bei den privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten des Kantons Freiburg.

³ Pahud, O. (2020). eHealth in der ambulanten Grundversorgung. (Obsan Bulletin 3/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

¹ Eine Stammgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und ihren Einrichtungen (z. B. Spitäler, Pflegeheime, Geburtshäuser, Apotheken, Praxen, Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause – Spitex usw.), der das EPD bereitstellt.

6.2. Änderung KVG und Entwicklung des Bestands

Wie weiter oben erwähnt verabschiedeten die eidgenössischen Räte am 19. Juni 2020 eine Änderung des KVG und führten neue Regeln für die Zulassung der Leistungserbringer zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein. Was spezifisch die Ärztinnen und Ärzte betrifft, legen neu die Kantone ihre Zahl in einem oder mehreren Fachgebieten oder in bestimmten Regionen fest. So werden nur Ärztinnen und Ärzte zugelassen, bis die festgelegte Höchstzahl erreicht ist. Ausserdem kann der Kanton vorsehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr ansteigen als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet.

Wie weiter oben erwähnt treten diese Bestimmungen zwei Jahre nach Inkrafttreten der KVG-Revision in Kraft. Bis dahin bleibt das aktuelle System für die Zulassungsbeschränkung in Kraft.

Auch wenn es noch zu früh ist, um ihre Auswirkungen zu messen, kann von der Hypothese ausgegangen werden, dass diese neuen Regelungen langfristig einen Beitrag zu einem ausgewogenen Ärzteangebots zwischen den Kantonen leisten, einschliesslich der ärztlichen Grundversorgung. In der Tat kann davon ausgegangen werden, dass die Kantone mit einer hohen Ärztedichte und/oder hohen jährlichen Kosten eine strenge Höchstgrenze für das Angebot vorsehen. Dies könnte dazu führen, dass sich die Ärztinnen und Ärzte, die privat praktizieren möchten, eher in Kantonen mit einer geringen Ärztedichte niederlassen, wie dem Kanton Freiburg.

7. Aktuelle und zukünftige Massnahmen für die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung: Bildung

Der Staatsrat hält zunächst fest, dass die Situationsanalyse der ärztlichen Grundversorgung im Rahmen des Berichts **2014-DSAS-32** immer noch relevant ist. Dieser Bericht stellte die Hauptachsen vor, mit denen der Staatsrat die Förderung und die vermehrte Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung im Kanton unterstützen wollte:

- > Vor- und Nachdiplomausbildung
- > Entwicklung des Versorgungsmodells
- > ärztlicher Bereitschaftsdienst
- > finanzieller Anreiz

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf diese Massnahmen und beurteilt die Reihe von ergriffenen, geplanten oder verworfenen Massnahmen für die Unterstützung der ärztlichen Grundversorgung, insbesondere in den ländlichen Regionen.

7.1. Massnahmen für die universitäre Ausbildung

Einer der Anreize, der für den Nachwuchs in der ärztlichen Grundversorgung eine wichtige Rolle spielen kann, ist die Auseinandersetzung mit der Hausarztmedizin während der Ausbildung. Aus dieser Sicht würden eine wiederholte Konfrontation sowie eine regelmässige Betreuung den Anteil der Studierenden erhöhen, die diesen Weg wählen. Die Einführung eines dritten Medizinstudienjahrs im Jahr 2019 und des Masters in Hausarztmedizin im gleichen Jahr sind Teil der Anreize für den Beruf des Hausarztes bzw. der Hausärztin im Kanton Freiburg.

Freiburg war der erste Kanton in der Schweiz, der einen Master mit Ausrichtung auf die Hausarztmedizin angeboten hat. Die Zulassung zum Masterprogramm ist auf 40 Plätze beschränkt, um eine qualitativ hochstehende Betreuung und einen personalisierten Ansatz zu ermöglichen. Aktuell kann festgestellt werden, dass dieser Masterstudierende aus der ganzen Schweiz anzieht und dass die Freiburgerinnen und Freiburger eine Minderheit der Eingeschriebenen darstellen. Dies kann eine Folge der zweisprachigen Ausbildung sein. Die 2014 vom HFR und von der Universität Freiburg durchgeführte Machbarkeitsstudie zum Masterprogramm in Humanmedizin in Freiburg ergab, dass 20 bis 25 Studierende jedes Jahrgangs nach Abschluss des Masters eine Spezialisierung in Hausarztmedizin wählen könnten. Laut dieser Grundlage und davon ausgehend, dass sich die meisten Ärztinnen und Ärzte nach Erhalt des Facharztstitels im Kanton Freiburg niederlassen, kann eine Zunahme des ärztlichen Grundversorgerbestands angenommen werden, die bis 2030 im Kanton Freiburg auf ungefähr 100 beziffert werden kann.

Für eine bessere Überwachung der Auswirkungen der umgesetzten Massnahmen in der Ausbildung führt das Institut für Hausarztmedizin seit September 2020 eine Längs- und qualitative Beobachtung einer Studierendenkohorte durch. Die Beurteilungen und Rückmeldungen der Studierenden werden so ab dem Eintritt in das Masterprogramm jährlich beobachtet, wodurch die Anreize für den Beruf identifiziert und analysiert werden können.

7.2. Massnahmen für die Nachdiplomausbildung

Das Programm für Praxisassistenten des Staats Freiburg, der Gesellschaft MFÄF und des HFR zielt mit einer Struktur für die Nachdiplomausbildung im Kanton auf die Förderung der Berufe Hausarzt/Hausärztin und Kinderarzt/Kinderärztin

ab. Das Programm mit dem Titel «Cursus Fribourgeois de Médecine de Famille» verfügt seit 2016 über einen Koordinator. Der Kanton Freiburg reserviert aktuell fünf Assistenzarzt-VZÄ (2019 waren es 4) für diese spezifische Ausbildung, wodurch zehn Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung sechs Monate in einer Praxis verbringen können. Die Finanzierung wird hauptsächlich durch den Kanton Freiburg sichergestellt, der 80% des Gehalts der Assistenzärzte und Assistenzärztinnen abdeckt. Die verbleibenden 20% werden von der ausbildenden Praxis getragen.

Zwischen 2010 und 2019 nutzten 53 Assistenzärzte und Assistenzärztinnen das Programm. Davon haben sich 25 in einer Praxis niedergelassen und 9 planen dies bis 2021. Es ist schwierig, dieses Angebot mit dem Bedarf an Assistenzstellen in Verbindung zu bringen. Gemäss einem Bericht im Auftrag der GDK und des EDI aus dem Jahr 2007¹ wird der Bedarf an Praxisassistentenstellen auf mindestens 0,5 VZÄ/40 000 Einwohnerinnen und Einwohner eingeschätzt, wobei von einem sechsmonatigen Praktikum ausgegangen wird. Diese Dauer dürfte in den nächsten Jahren steigen. Aus diesem Grund will der Kanton Freiburg ab 2022 die Finanzierung des Assistenzstellenprogramms erhöhen, um die Zahl der jährlichen Stellen auf 12 zu erhöhen, das heisst 6 VZÄ. Die Qualität des Assistenzarztprogramms wird ebenfalls jährlich beurteilt. 2018 zeigte die Beurteilung eine hohe Zufriedenheit und Betreuungsqualität auf.

Abschliessend ist die mögliche Beteiligung des Kantons Freiburg an einem kantonsübergreifenden Projekt mit dem Namen «REFORMER» (Réorganisation de la formation postgraduée en médecine en Suisse romande) zu erwähnen, das eine bessere Koordination der Weiterbildung in den Mitgliedskantonen der CLASS (Conférence latine des affaires sanitaires et sociales) zum Ziel hat, ohne Beteiligung der Kantone Bern und Tessin. Die Optimierung dieser Koordination stellt eine wirksamere Anpassung der medizinischen Ressourcen an den Versorgungsbedarf sicher. So bietet «REFORMER» ein Hilfsmittel für die Überwachung und Regulierung der Nachdiplomausbildung der Ärztinnen und Ärzte, namentlich für die Ausrichtung der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte auf den Bedarf der Spitäler und der Bevölkerung und die Aufteilung der Ausbildungsplätze auf die verschiedenen Weiterbildungsstätten der Westschweiz. Das Projekt «REFORMER» wirkt sich zudem auf die allgemeine Weiterbildung aus, indem es mit dem Mentoring die Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung bei ihrer Wahl und ihrem Weiterbildungsprogramm leitet, um dem Bedarf der Bevölkerung bestmöglich zu entsprechen. Die Organisation des Projekts beruht auf einer funktionalen Struktur, die einerseits aus strategischen und zentralen Koordinationseinheiten

und andererseits aus einer operativen Struktur, bestehend aus den Nachdiplomstudiengängen mit ihren Koordinatoren und Koordinatorinnen, gebildet wird.

Der Kanton Freiburg verfolgt das Projekt «REFORMER» seit der Anfangsphase. Dieses Projekt ist eng mit der nationalen Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung (WFV) verbunden. Diese nationale Vereinbarung hat zum Ziel, einen finanziellen Ausgleich zwischen den Kantonen einzuführen, die viele Ärzte und Ärztinnen ausbilden, und jenen, die wenige ausbilden; dies proportional zur Bevölkerung. Sie legt den Mindestbeitrag fest, mit dem sich die Standortkantone an den Kosten der Spitäler für die erteilte Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten beteiligen und regelt den Ausgleich des unterschiedlichen Kostenaufwands der Kantone. Die WFV wurde noch nicht von allen Kantonen ratifiziert und tritt erst 2022 in Kraft. Was den Kanton Freiburg betrifft, wird der Staatsrat dem Grossen Rat im ersten Halbjahr 2021 einen Gesetzesentwurf für den Beitritt zu dieser Vereinbarung vorlegen. Über die Beteiligung des Kantons Freiburg am Projekt REFORMER wird in den nächsten Monaten entschieden.

7.3. Projekt CoSaMo

Das Projekt CoSaMo (Consultation Santé Mozaïk) ist eine schweizweit einmalige Gesundheitsdienstleistung der Hochschule für Gesundheit Freiburg (HfG-FR) und des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Freiburg mit der Unterstützung der GSD. Mit dieser Struktur erhalten die Freiburger Studierenden seit Februar 2020 Zugang zu Konsultationen, die von Studierenden der Pflege, der Osteopathie und der Medizin durchgeführt werden. Diese Konsultationen geschehen unter der Aufsicht von Professorinnen, Professoren, Lehrbeauftragten und Ärztinnen und Ärzten mit ausgewiesener klinischer Erfahrung. Dieses Projekt gewährleistet den Studierenden des Kantons, die einen Grossteil der Bevölkerung darstellen, ganz allgemein nicht nur einen einfacheren Zugang zur Grundversorgung, sondern erweitern auch ihre praktischen und berufsübergreifenden Kenntnisse. Diese Struktur ist Teil der Förderung der Interprofessionalität in der ärztlichen Grundversorgung. In der Tat entscheiden Studierende verschiedener Fachgebiete für jeden Patienten bzw. jede Patientin, wer die Konsultation und die Betreuung sicherstellt. CoSaMo ist ein innovatives klinisch-pädagogisches Projekt, das den Studierenden ermöglicht, während ihres Studiums Erfahrung mit der Interprofessionalität in klinischen Situationen der Volksgesundheit zu sammeln.

Solche Innovationen entsprechen vollständig den Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, die 2020 eine neue Version der Charta Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen veröffentlichte. Diese Empfehlungen betonen die Bedeutung einer Lösungssuche, die nicht in den einzelnen Berufskategorien

¹ Bericht im Auftrag der Arbeitsgruppe «Ärztliche Grundversorgung» der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), D^r. med. Peter Schläppi & D^r. med. Bernhard Rindlisbacher, Oktober 2007

erfolgt, sondern durch die Ausweitung der betroffenen Akteurinnen und Akteure. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit ist unabdingbar für Gesundheitslösungen für immer komplexere Situationen, für die Probleme aufgrund der Fragmentierung der Versorgung und für den Zugang zu den Ressourcen.

8. Aktuelle und zukünftige Massnahmen für die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung: Unterstützung für die Niederlassung

8.1. Bürgschaft

Die Genossenschaft «Cautionnement romand» erleichtert mit Bürgschaften für Bankdarlehen von bis zu 1 000 000 Franken den Zugang zu Betriebs- und Investitionskrediten für kleine und mittlere Unternehmen, natürliche und juristische Personen. Die Freiburger Niederlassung von «Cautionnement romand», die die Anfragen für den Kanton behandelt, erhielt zwischen 2016 und 2020 keine Anfrage von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung. Dies erklärt sich möglicherweise durch die weniger strengen Sicherheitsanforderungen der Banken für Ärztinnen und Ärzte, die eine Praxis eröffnen oder übernehmen möchten. Es ist zudem anzumerken, dass auch in den anderen Westschweizer Kantonen nur selten eine Bürgschaft in Anspruch genommen wird: Zwischen 2016 und 2019 wurden für die Kantone Neuenburg, Wallis und Waadt insgesamt fünf Gesuche eingereicht.

Diese Beobachtungen zeigen, dass die finanziellen Aspekte in Bezug auf die Infrastruktur kein grosser Hemmfaktor für die Niederlassung der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in den Westschweizer Kantonen ist.

8.2. Unterstützung der Gemeinden

Die Gemeinden spielen bei der Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung ebenfalls eine wichtige Rolle. Einige beteiligen sich beispielsweise an der finanziellen Unterstützung für die Niederlassung von Arztpraxen oder an der Umnutzung von Räumen in Praxen. Zu erwähnen ist die Gemeinde La Roche, die vor Kurzem die Niederlassung einer Arztpraxis in ihrer Gemeinde förderte, indem sie die notwendigen Räume mit einer Staffelmiete zur Verfügung stellt. Den Ärztinnen und Ärzten wurde vom Verein Foyer St-Joseph von La Roche, dem Eigentümer des Gebäudes, in dem sich die Praxis befindet, ein rückzahlbarer, zinsloser Niederlassungskredit gewährt. Die Gemeinde Hauterive arbeitet ihrerseits an einem Projekt für die Eröffnung einer Bankfiliale mit einer Gemeinschaftspraxis in einem Stockwerk des Gebäudes. Im Fall eines Konkurses der Praxis beteiligt sich die Gemeinde mit dem notwendigen

Betrag an der Umwandlung der Räume in eine Wohnung. Zahlreiche andere Gemeinden verpflichten sich ebenfalls in diesem Sinn.

9. Aktuelle und zukünftige Massnahmen für die Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung: kantonale Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahmen

9.1. Organisation der Notfallversorgung

Die Entwicklung des Gesundheitssystems in Richtung medizinische Hyperspezialisierung und die zunehmende Komplexität des Spitalsystems zeigt die Wichtigkeit des Empfangs, der Triage und der Schnittstelle auf, die von den Notaufnahmen und der ärztlichen Grundversorgung sichergestellt werden. In diesem dynamischen Umfeld und mit dem Ziel der Optimierung der Koordination in der Notfallversorgung im Kanton werden seit vielen Jahren Diskussionen zwischen dem HFR, der MFÄF und der GSD geführt. Zu den besprochenen Problemen gehört die Versorgung von halbdringenden bis nicht dringenden Situationen (Stufe 3 und 4). Hier wurden gestützt auf die Empfehlungen der GDK von 2006¹ und 2012² bereits mehrere Lösungen in Betracht gezogen, darunter die Schaffung einer ambulanten medizinischen Notfallstruktur beim HFR, die sich auf eine enge Zusammenarbeit zwischen der MFÄF und dem HFR stützt, oder die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung beim HFR für die Sicherstellung der ambulanten Konsultationen in der Notaufnahme. Zu den umgesetzten Projekten gehört die Schaffung eines Schnellbehandlungspfads in der Notaufnahme des HFR Freiburg – Kantonsspital im Jahr 2010, genannt «Behandlungspfad 34» für die Versorgung der Notfälle der Stufe 3 und 4, um die notwendigen Strukturen für die Aufnahme der lebensbedrohlichen Notfälle zu entlasten. Ein ähnlicher Behandlungspfad («Behandlungspfad ambulante Notfälle») wurde 2015 am Standort Riaz eingeführt. Dieser Behandlungspfad stellt zusätzlich zur Patientenversorgung eine Triagefunktion sicher, mit der die Patientinnen und Patienten an die Notaufnahme des HFR Freiburg oder an die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner verwiesen wird. Diese Entwicklungen sind Teil der Optimierung der Notfallabteilungen und der Stärkung der Zusammenarbeit zwischen diensthabenden Ärztinnen und Ärzten und Spitalern, die in den Empfehlungen der GDK von 2006 und 2012 angeführt wurden. Die Optimierung der Koordination der Grundversorgungspartner war zudem Gegenstand von verschiedenen parlamentarischen Vorstössen.

¹ Bericht «Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen» der Untergruppe «Notfalldienst» der Arbeitsgruppe «Unterstützung und Förderung der ärztlichen Grundversorgung» der GDK und des BAG, Oktober 2006.

² Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» der GDK und des BAG, April 2012

So kommen zu den auf Seite 2 dieses Berichts erwähnten Vorstössen verschiedene Anfragen zur Organisation und Zusammenarbeit der Dienste, wie beispielsweise die Anfrage 2013-CE 177 Marc-Antoine Gamba/Eric Collomb über die Schaffung des Freiburger SMUR oder die Anfrage 2020-CE-235 Michel Chevalley, welche die Koordination des SMUR und der Ambulanzdienste im Süden des Kantons zur Sprache bringt, namentlich im Rahmen der HFR-Strategie 2030, die weiter unten beschrieben ist.

Die ärztliche Grundversorgung und die Freiburger Krankenhäuser sind heute zwei grundlegende Säulen für die Deckung des Notfallbedarfs der Bevölkerung.

Das HFR verfügt über eine 24 Stunden offene Notaufnahmezentrale für lebensbedrohliche Unfälle, komplexe Situationen, Unfälle und dringenden Hospitalisierungen. Das HFR verwaltet zudem die Sanitätsnotrufzentrale 144, deren Aufgabe darin besteht, die nötigen Mittel für sämtliche Rettungseinsätze in den Kantonen Freiburg und Jura aufzubieten und zu koordinieren. Dies rund um die Uhr und in den beiden Amtssprachen Französisch und Deutsch. Die Zentrale 144 nimmt Notrufe entgegen, bietet die medizinischen und technischen Rettungsmittel auf und koordiniert diese für einen reibungslosen Ablauf des Rettungseinsatzes. Im Zentrum dieser Einsätze stehen Personen, die krank oder verunfallt sind oder sich in einer anderen Notsituation befinden. Für das Aufgebot, die Koordination und die Überwachung ihrer Einsätze arbeitet die Freiburger Notrufzentrale 144 mit den verschiedenen Partnern der Rettungskette eng zusammen: First Responder, Ambulanzdienste, Mobiler ärztlicher Dienst für Notfallmedizin und Reanimation (SMUR), Polizei, REGA, Feuerwehr, Ärztinnen und Ärzte, Spitäler usw. Abhängig von der Situation können die Ambulanzen entweder auf der ersten oder zweiten Stufe durch das Aufgebot des SMUR oder der REGA verstärkt werden. Der SMUR, der den Einsatz einer Notärztin oder eines Notarztes an Ort und Stelle einschliesst, wird in gravierenden Situationen (zum Beispiel schwerer Unfall oder Atemnot) in enger Zusammenarbeit mit den Ambulanzdiensten eingesetzt. Er wird durch die Sanitätsnotrufzentrale 144 aufgeboten.

Was die nicht lebensbedrohlichen Notfälle angeht, arbeitet das HFR Freiburg – Kantonsspital mit der Medizinischen Permanence Freiburg (PMF) zusammen, die sich auch um Fälle der Stufe 4 kümmert, die keine allgemeine Traumatologie erfordern. Die Fälle werden hier unabhängig verwaltet. Was die anderen Standorte des HFR betrifft, wird der operative Plan HFR 2020–2024 in Verbindung mit der HFR-Strategie 2030 mit einer Änderung der Organisation und der Terminologie für die Notaufnahme verbunden, dies mit der Einführung von «Permanenzen», die eine Triagefunktion innehaben und die Notfallstufen 3–4 versorgen. Dieses Modell wird am Standort Meyriez-Murten bereits angewandt. Nach dem gleichen Modell wird auch die Notaufnahme des Standorts Tafers in eine «24 Std. Permanence» umgewandelt, die an 7 Tagen

die Woche 24 Stunden offen ist. Der Standort Riaz seinerseits verfügt über eine Permanence, die sieben Tage die Woche von 7.00 bis 22.00 Uhr offen ist. Für diesen Standort laufen Gespräche zwischen dem HFR, der MFÄF und den Verantwortlichen des Bereitschaftsdienstkreises des Greyerzbezirks, damit die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung den Bereitschaftsdienst in den Räumen des HFR sicherstellen.

Das Interkantonale Spital der Broye (IHB) verfügt seinerseits zusätzlich zu einer 24-Stunden-Notaufnahme am Standort Payerne über eine medizinisch-chirurgische Permanence am Standort Estavayer-le-Lac. Diese Permanence ist von Montag bis Freitag von 8.00 bis 19.00 Uhr sowie am Samstag, Sonntag und an Feiertagen von 9.00 bis 19.00 Uhr geöffnet. Sie verfügt über die notwendige technische Ausrüstung für die Versorgung von verschiedenen Notfällen von Erwachsenen und Kindern. Die beiden HIB-Standorte bieten zudem eine Struktur für Kontrollkonsultationen für die Patientinnen und Patienten ohne Allgemeinärztin bzw. Allgemeinarzt (medizinisch-chirurgische Polikliniken).

Schliesslich verfügt das medizinische Zentrum in Bulle zusätzlich zu einer Gemeinschaftspraxis mit Leistungen der Allgemeinmedizin, der Dermatologie, der Pneumologie und der Gastroenterologie über eine Permanence für nicht lebensbedrohliche Notfälle, die nicht ins Spital eingewiesen werden müssen. Letztere ist von Montag bis Freitag von 8.30 bis 18.30 Uhr für Patientinnen und Patienten ab 14 Jahren offen.

Was die Psychiatrie angeht, verstärkte das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) sein System für die Versorgung von psychiatrischen Notfällen durch die Schaffung einer Einheit für die Notaufnahme in den Räumen des FNPG Freiburg in Villars-sur-Glâne im September 2020. Die Kantonale Notfallpsychiatrie ist an sieben Tage die Woche rund um die Uhr offen und in beiden Partnersprachen des Kantons über die gleiche Telefonnummer 026 305 77 77 erreichbar. Dieser Dienst ermöglicht eine klinische Erstbeurteilung, die Zuweisung an den geeigneten Versorgungsdienst oder die Durchführung von Kriseninterventionen mit etwa zehn engmaschigen Gesprächen.

9.2. Organisation des Bereitschaftsdienstes

Das kantonale Gesundheitsgesetz (Art. 95 Abs. 1) sieht vor, dass die Personen, die einen universitären Medizinalberuf ausüben, verpflichtet sind, den Bereitschaftsdienst in einer Weise sicherzustellen, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Im Kanton Freiburg ist die Gesellschaft MFÄF mit der Organisation des Bereitschaftsdienstes betraut (Art. 95 Abs. 2 Gesundheitsgesetz). Sie koordiniert die sechs Bereitschaftsdienstkreise des Kantons (Glâne und Vivisbach haben einen gemeinsamen Kreis). Diese Kreise können sich in einem bestimmten Mass selber organisieren.

Die Investition, die die Pflicht des Bereitschaftsdienstes darstellt, ist sicherlich eines der Hindernisse für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung im Kanton, dies hauptsächlich in den ländlichen Regionen mit einem kleineren Bestand. Diese Problematik sorgt seit über zehn Jahren zu Diskussionen zwischen MFÄF, HFR und Staat Freiburg, um die Aufteilung der Aufgaben und der Zuständigkeiten in der Notfallverwaltung zu optimieren (wie im vorangehenden Kapitel erwähnt), aber auch um den Arbeitsaufwand für die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung möglichst zu verringern. Das Hauptziel ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung, die am besten auf die Bevölkerung angepasst ist. So wurde bereits festgelegt, dass der Bereitschaftsdienst im Verhältnis zum Beschäftigungsgrad wahrgenommen wird. Zusätzlich sind Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahren und Mütter mit Kindern unter drei Jahren vom Bereitschaftsdienst ausgenommen.

Was die Organisation des Bereitschaftsdienstes anbelangt, ist der Bereitschaftsdienst in eine «aktive» Abdeckung für die dringenderen Konsultationen tagsüber und einen «Pikett-dienst» in der Nacht aufgeteilt. Ausserdem gibt es in den verschiedenen Bezirken ein telefonisches Triage-System mit einer eigenen Organisation, das sich zum Teil auf eine Zusammenarbeit mit dem Unternehmen Medgate und der Zentrale 144 stützt (siehe Kapitel 9.3 «Telefonische Triage»). Es ist anzumerken, dass in den Bezirken See und Sense tagsüber der diensthabende Arzt bzw. die diensthabende Ärztin die telefonische Triage sicherstellt.

Schliesslich bietet das Unternehmen MedHome an sieben Tage die Woche von 7.00 bis 23.00 Uhr einen Hausarztbereitschaftsdienst an, der informell in die kantonale Bereitschaftsdienstorganisation der MFÄF eingebunden ist. Das Unternehmen verfügt über eine Telefonzentrale, die von 7.00 bis 22.00 Uhr geöffnet ist und in erster Linie die Beurteilung und die Triage sicherstellt. So wird gestützt auf verschiedene Protokolle für jede Dringlichkeitsstufe, den Standort des Patienten bzw. der Patientin und den Eingang der Anrufe unverzüglich, innerhalb von drei Stunden oder am gleichen Tag ein Hausbesuch durchgeführt. Bei lebensbedrohlichen oder komplexen Notfällen wird der Anruf an die Zentrale 144 weitergeleitet. Aktuell stellen 9 Ärztinnen und Ärzte die Hausbesuche für die Allgemeine Innere Medizin, Traumatologie oder Kindermedizin ab 8 Jahren sicher. Anschliessend wird innerhalb von 24 Stunden ein ärztlicher Befund an den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin gesendet, um die Nachverfolgung sicherzustellen.

9.3. Telefonische Triage

Seit 2019 basiert die Verwaltung der Anrufe an den medizinischen Bereitschaftsdienst in den verschiedenen Bezirken des Kantons Freiburg auf einer engen Zusammenarbeit mit dem Unternehmen Medgate und der Sanitätsnotrufzentrale 144.

In normalen Zeiten, das heisst ohne Covid-19, nehmen diese beiden Einheiten nachts (die Zeiten hängen vom Bezirk ab) die Anrufe an den diensthabenden Arzt bzw. die diensthabende Ärztin an und beurteilen mit den Dringlichkeitsstufen, ob ein Einsatz der jeweiligen Ärztin bzw. des jeweiligen Arztes oder eine Versorgung durch die Notaufnahme notwendig ist. Im Einzelnen leiten die Bereitschaftsdienste der Bezirke Saane, Sense und See in normalen Zeiten nachts die Anrufe an das Unternehmen Medgate weiter, das sie bei Bedarf an die 144 weiterleitet, während die Bezirke Greyerz, Glâne und Vivisbach die nächtlichen Anrufe an den Bereitschaftsdienst direkt der Zentrale 144 weiterleitet, ohne mit Medgate zusammenzuarbeiten. Die Zentrale 144 entscheidet anschliessend abhängig von der Dringlichkeitsstufe, ob der Patient bzw. die Patientin in der Notaufnahme des HFR oder des HIB oder von der Kantonalen Notfallpsychiatrie des FNPG versorgt werden soll. Sie bestimmt auch, ob ein Transport in der Ambulanz mit oder ohne Begleitung des SMUR oder durch die REGA notwendig ist. In der Nacht ist der diensthabende Arzt bzw. die diensthabende Ärztin auf Pikett für Einsätze mit der Polizei, dem Ambulanzdienst, für die Feststellung des Todes und für die Pflegeheime.

Die Coronakrise führte zu einer Überlastung der Zentrale 144 und machte eine rasche und provisorische Anpassung des telefonischen Triage-Systems notwendig. In diesem Zusammenhang stützt sich der medizinische Bereitschaftsdienst der Bezirke See und Sense weiter auf die oben beschriebene Funktionsweise, bei der die diensthabende Ärztin bzw. der diensthabende Arzt tagsüber für die telefonische Triage verantwortlich ist und die Anrufe nachts an Medgate weiterleitet. Was die Bezirke Saane, Greyerz, Glâne und Vivisbach betrifft, werden die an den medizinischen Bereitschaftsdienst gerichteten Anrufe tagsüber vom Unternehmen Medgate angenommen. Sie führen tagsüber zu drei möglichen Versorgungsarten abhängig von der Dringlichkeitsstufe und dem Bedarf der Patientin bzw. des Patienten: 1. Fragen in Verbindung mit Covid-19; 2. telefonische Beratung durch die Ärztinnen und Ärzte von Medgate, wenn notwendig gefolgt von einer Konsultation beim behandelnden Arzt bzw. bei der behandelnden Ärztin; 3. Notwendigkeit einer sofortigen ärztlichen Untersuchung. Wird die letzte Option gewählt, übermittelt Medgate den Anruf an die Zentrale 144, die abhängig von der Dringlichkeitsstufe entscheidet, ob der Patient bzw. die Patientin vom diensthabenden Arzt bzw. von der diensthabenden Ärztin, in der Notaufnahme des HFR oder des HIB oder von der Kantonalen Notfallpsychiatrie des FNPG versorgt werden soll. Die Zentrale 144 bestimmt auch, ob ein Transport in der Ambulanz mit oder ohne Begleitung des SMUR oder durch die REGA notwendig ist. Im Fall einer Konsultation durch den diensthabenden Arzt bzw. die diensthabende Ärztin verfügen diese über eine Liste mit Fachärzten und Fachärztinnen, die sie bei Bedarf konsultieren können. Nachts werden die an den medizinischen Bereitschaftsdienst gerichteten Anrufe an

Medgate weitergeleitet, das die Anrufe bei Bedarf an die Zentrale 144 weiterleitet, ohne Triage gestützt auf die drei oben erwähnten Optionen. Die Zentrale 144 entscheidet anschließend abhängig von der Dringlichkeitsstufe, ob der Patient bzw. die Patientin in der Notaufnahme des HFR oder des HIB oder von der Kantonalen Notfallpsychiatrie des FNPG versorgt werden soll. Die Zentrale 144 bestimmt auch, ob ein Transport in der Ambulanz mit oder ohne Begleitung des SMUR oder durch die REGA notwendig ist. In der Nacht ist der diensthabende Arzt bzw. die diensthabende Ärztin auf Pikett für Einsätze mit der Polizei, dem Ambulanzdienst, für die Feststellung des Todes und für die Pflegeheime.

Was den Bezirk Broye angeht, kümmert sich die Telefonzentrale der diensthabenden Ärztinnen und Ärzte (CTMG) in Lausanne tagsüber und nachts um die Triage.

9.4. Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Notfallstationen: Bedarf und Zukunftsaussichten

Die vorangehenden Kapitel unterstreichen die Notwendigkeit einer Koordination zwischen ärztlicher Grundversorgung und den Notfallstationen auf kantonaler Ebene. Diese Koordination muss in Anbetracht der sich abzeichnenden Mangel- lage der Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch aufgrund der Corona-Krise, in der wir stecken, verstärkt werden. Die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung spielen in der Tat eine grundlegende Rolle in der aktuellen Entwicklung des Gesundheitssystems: sie verhindern, dass die Notaufnahmen der Spitäler überlastet werden, deren Hauptaufgabe in der Versorgung der lebensbedrohlichen und komplexen Notfälle besteht. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsakteure soll auch mit der Umsetzung der HFR-Strategie optimiert werden. Eine der Herausforderungen besteht hier darin, in der Notfallversorgung auf kantonaler Ebene eine bessere Komplementarität sicherzustellen, und zwar einerseits der Versorgung von lebensbedrohlichen und komplexen Situationen am Standort des HFR Freiburg und andererseits jener der Notfallstufe 3–4 in den regionalen Permanenzen. Wie weiter oben erwähnt, laufen Gespräche zwischen dem HFR und der MFÄF für die Optimierung der Rollenverteilung bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten in den bestehenden und zukünftigen Permanenzen des HFR. Was den Saanebezirk betrifft, arbeiten das HFR und die PMF bereits zusammen. Diese Zusammenarbeit könnte verstärkt werden. Ganz allgemein ist die GSD bereit, sich mehr an der Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Grundversorgung und Notfallstationen und an der Optimierung der Koordination der prähospitalen Versorgung zu beteiligen.

Die Optimierung der Notfallversorgung erfolgt auch durch eine Rationalisierung der Ressourcen. In diesem Sinn ermöglichte die Einführung eines telefonischen Triage- systems zusammen mit dem Unternehmen Medgate die Entlas-

zung der Sanitätsnotrufzentrale 144 und des medizinischen Bereitschaftsdienstes. Es wäre sachdienlich, die Möglichkeit einer Vereinheitlichung der Zusammenarbeit im Kanton zu prüfen.

10. Erfassung der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung des Kantons Freiburg

Die Coronakrise erforderte die Einführung eines effizienten Kommunikationssystems mit den Freiburger Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch eines umfassenden Erfassungsinstrumentes, um den Bereitschaftsdienst während der Pandemie zu optimieren und die vom Virus betroffenen Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen (Personen in Isolation/ Quarantäne oder Risikogruppen). Hierzu führte die Gesellschaft MFÄF notfallmässig ein System für die Erfassung der Ärztinnen und Ärzte des Kantons ein, das auf der Software «Didoo» basiert. Dieses Projekt, das anfänglich zu gleichen Teilen vom sanitätsdienstlichen Führungsorgan (SFO) und der MFÄF finanziert wurde, erfasste die Stammdaten der Freiburger Ärztinnen und Ärzte und ihren Beschäftigungsgrad. Das GesA und die MFÄF arbeiten gegenwärtig an einer Optimierung der aktuellen Zusammenarbeit, um die Synergien in ihren jeweiligen Datenbanken zu steigern. Es laufen Gespräche über die technischen Aspekte dieses Austauschs. Die Optimierung dieser Zusammenarbeit soll den Erhalt einer vollständigen, harmonisierten und aktuellen Kartografie der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung im Kanton und eines Bildes der Verteilung des Ärzteangebots pro Bezirk/Gemeinde ermöglichen. Ausserdem soll sie der MFÄF, dem Institut für Hausarztmedizin und dem GesA nicht nur die Möglichkeit bieten, gestützt auf die gleiche Grundlage zu planen, sondern auch die Folgen der umgesetzten Massnahmen zu messen (wie beispielsweise die Praxisassistenz oder die Einführung des Masters in Medizin). Für die MFÄF ist zudem eine solche Datenbank grundlegend für die Organisation des Bereitschaftsdienstes.

11. Befragung der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Freiburg

Das Institut für Hausarztmedizin und das *Population Health Laboratory* der Universität Freiburg begannen 2020 eine Umfrage über die Freiburger Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung. Abgesehen von der Erhebung der Stammdaten hat diese Studie zum Ziel, ihre Beteiligung am Bereitschaftsdienst, ihren aktuellen Beschäftigungsgrad und ihre Zukunftspläne zu erfassen und zu analysieren. Sie wird zudem ermöglichen, Daten in Bezug auf das Coronakrisenmanagement zu erfassen. Für dieses Projekt wurde eine Zusammenarbeit mit der MFÄF aufgebaut, namentlich für den Versand der Fragebogen an möglichst viele Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung. Die Bekanntmachung der Umfrage beim Zielpublikum ist ebenfalls Gegenstand einer

Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Hausarztmedizin und der MFÄF. Es ist eine erste Verfügbarkeit der Daten im ersten Halbjahr 2021 geplant.

12. Schluss

Die demografische Entwicklung und der Bedarf der Bevölkerung zwingen das Gesundheitssystem dazu, sich laufend anzupassen. Dies erfordert namentlich ein engmaschiges Monitoring des Bestands, aber auch eine Optimierung der Ressourcen in Richtung einer Rationalisierung der Versorgung, ohne sie zu rationieren («das Beste für den Patienten/die Patientin» statt «alles für den Patienten/die Patientin»). Aus dieser Sicht scheint es sachdienlich, die Überlegungen und Bemühungen nicht nur auf die quantitativen Aspekte (Bestand) auszurichten, sondern auch auf die qualitativen Parameter, namentlich auf das zu fördernde Versorgungsmodell. Die Förderung der Interdisziplinarität, der Interprofessionalität und des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten ist eine sinnvolle Aufwertung der ärztlichen Grundversorgung, sowohl in Bezug auf die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen als auch in Bezug auf die Patientenversorgung. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Versorgungskontinuität zu fördern und den auf die Patientinnen und Patienten ausgerichteten und proaktiven (und nicht reaktiven) Ansatz zu bewahren. Der Kanton Freiburg legt Wert auf diesen integrierten Ansatz. Dies namentlich in der Ausbildung mit dem Projekt CoSaMo, aber auch in der Versorgung, beispielsweise in der Langzeitpflege der älteren Personen mit dem Konzept Senior+, das die Vernetzung der Leistungserbringenden im sozialmedizinischen Bereich fördert. Ausserdem führte das Kantonsarztamt 2013 einen integrierten Ansatz für die Suchtbetreuung ein, der das Betreuungskontinuum der Patientinnen und Patienten sicherstellt. Diese Betreuung ist auf Patientenzielgruppen ausgerichtet und stützt sich auf die Zusammenarbeit von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen, namentlich Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen der Behandlungskette für Suchtstörungen des Netzwerkes für psychische Gesundheit (FNPG), Sozialarbeitende und Erziehende des Netzwerkes der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke (NFES) und für einige Fälle das HFR. Die verschiedenen Berufsgruppen suchen gemeinsam nach Lösungen und stellen in Abstimmung mit der Patientin bzw. dem Patienten eine individuelle Betreuung sicher.

Die aktuellen und zukünftigen Hilfsmittel des Bereichs eHealth, einschliesslich elektronisches Patientendossier (EPD), die Telemedizin oder die Ausarbeitung von Kommunikationsmodulen zwischen den medizinischen Zweigen sind ebenfalls auf einen patientenzentrierten Ansatz ausgerichtet. Sie ermöglichen nicht nur eine Verbesserung der Behandlungs- und Diagnoseprozesse, sondern auch eine höhere Wirksamkeit des Gesundheitssystems durch

die Optimierung des berufsübergreifenden und integrierten Versorgungsansatzes.

Der Staatsrat setzt sich in den Bereichen, die sich in seiner Zuständigkeit befinden, stark für die ärztliche Grundversorgung ein. Er fördert mit der Bereitstellung einer hochwertigen universitären Aus- und Weiterbildung die Niederlassung von neuen, gut ausgebildeten und fähigen Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung auf Freiburg Boden. Zusätzlich bietet er im Rahmen seiner Zuständigkeiten und Interventionsmöglichkeiten die notwendigen Rahmenbedingungen, um die Ausübung des Berufs Arzt bzw. Ärztin der Grundversorgung möglichst attraktiv zu gestalten. Der Staatsrat erinnert hier zudem an die ebenfalls wichtige Rolle, die die Gemeinden bei der Unterstützung der Niederlassung von neuen Ärzten und Ärztinnen oder beim Ersatz eines pensionierten Arztes ausüben können.

Im Wissen, dass es wichtig ist, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Kanton Freiburg zu erhöhen, will der Staatsrat die laufenden Projekte weiterführen und bei Bedarf neue Massnahmen für die ärztliche Grundversorgung unterstützen; gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Bund und den anderen Kantonen.

Wir fordern Sie auf, diesen Bericht zur Kenntnis zu nehmen.
