

Morgenröte

*Now I've been happy lately,
thinking about the good things to come
And I believe it could be,
something good has begun¹*

Am 19. Mai erschien eine Medienmitteilung der GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) mit dem Titel: «Ambulante ärztliche Grundversorgung: GDK-Plenarversammlung nimmt Situationsanalyse vor und entwickelt Lösungsansätze». ² Hierin steht wörtlich geschrieben: «Die Grundversorger bilden das Rückgrat der kurativen Medizin. Ihre zukünftige Entwicklung ist deshalb für das ganze Gesundheitswesen von grosser Bedeutung.» In der Situationsanalyse wird auf die drohende Unterversorgung an hausärztlichem Angebot hingewiesen, die Lösungsansätze hierzu sind interessant und diskussionswürdig.

Die SGAM ist sehr erfreut über diese unerwartete und klare Stellungnahme der kantonalen GesundheitsdirektorInnen. Dies habe ich der GDK auch umgehend mitgeteilt, verbunden mit einigen Ergänzungen bzw. Wünschen unsererseits. Diese sollen nachfolgend erläutert werden.

Die GDK fordert eine erhöhte Attraktivität des Berufsbildes «Hausarzt». Dazu soll ein besserer Miteinbezug der hausärztlichen Tätigkeit in Aus- und Weiterbildung angestrebt werden. Ausser in Basel tun sich alle Universitäten mit der Einrichtung hausärztlicher Strukturen (Lehrstuhl oder Institut) schwer. Deshalb wäre ein erhöhter politischer Druck von seiten der Kantone wünschbar, so wie es auch

seit langem von den FIHAM's der betroffenen Universitäten gefordert wird. Die Weiterbildung zum Hausarzt kann eigentlich nur in den Hausarztpraxen stattfinden, so wie das im Modell «Praxisassistenten» des KHM gefordert wird. Auch hier sind die Kantone dringend dazu aufgefordert, durch ihre finanzielle Unterstützung eine genügende Anzahl von Lehrpraxen zu garantieren (wie das in einigen Kantonen bereits der Fall ist). Die Förderung geeigneter Netzwerke und anderer Modelle zur besseren Positionierung der Grundversorger im Gesundheitswesen können auch wir nur unterstützen.

Bemängelt wird von der GDK die ungleiche Verteilung des Angebotes an Grundversorgern. Hier könnten die Damen und Herren selber jedoch direkt und rasch Abhilfe schaffen. Es liegt in ihrer Kompetenz, den verordneten Zulassungsstopp grosszügig auszulegen und kulante Lösungen für neue Hausarztpraxen zu kreieren (bspw. Job-Sharing für Ärztinnen usw.). Diese Forderung vertreten wir mit Nachdruck!

Erhöhung der finanziellen Anreize: Gemeint ist eine tarifmässige Besserstellung ländlicher Gebiete und eine regionale Nivellierung des Taxpunktwertes («finanzieller Risikoausgleich»). Damit soll die Attraktivität der ländlichen Gebiete erhöht werden. Das ist zwar gut gemeint, reicht aber niemals aus. Tatsache ist, dass alle Hausärzte, egal wo sie praktizieren, unter finanziellen Bedingungen arbeiten müssen, welche deutlich schlechter sind als diejenigen der Spezialisten. Zunehmend werden auch in der Stadt die Hausarztpraxen leer stehen; der Beruf «Hausarzt» ist in allen Regionen gefährdet. Eine schweizweite Besserstellung unserer

spezifischen Leistungen (Notfalldienst, Nacharbeit) ist dringend notwendig, um potentiellen HausärztInnen zumindest die Angst vor dem finanziellen Desaster zu nehmen.

Als letzten Punkt erwähnt die GDK die notwendige Erziehung der Patientinnen und Patienten – weg vom Warenprinzip und hin zu mehr Mitverantwortung. Hier sind wir alle gefordert; es liegt in unseren Händen, unsere Patienten durch einen vernünftigen Umgang mit unseren Ressourcen wirklich «hausärztlich» – das heisst ganzheitlich, bio-psycho-sozial – zu begleiten. Wir haben dank unserer besonderen Stellung und des meist vertrauensvollen Patienten-Arzt-Verhältnisses sicherlich mehr Einflussmöglichkeit als die Politiker und die Ökonomen.

Natürlich haben wir von der SGAM den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren in unserem Schreiben nicht nur unsere Vorschläge unterbreitet, sondern auch unsere Bereitschaft zur Kooperation und unsere Hilfe bei fachspezifischen Fragen angeboten. Leider haben wir bis jetzt noch keine Antwort dazu erhalten. Vielleicht wird Politik eben doch über den Köpfen der Betroffenen gemacht? Trotzdem: Ich bin der GDK dankbar für die Thematisierung dieser brennenden und für viele von uns existentiellen Fragen.



*Hansueli Späth,
Präsident der SGAM*

1 Cat Stevens: Peace train, 1971

2 nachzulesen auf www.sgam.ch «Aktuell»

Aurore

*Now I've been happy lately,
thinking about the good things to come
And I believe it could be,
something good has begun¹*

Le 19 mai, paraissait un communiqué de presse de la CDS (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), sous le titre suivant: «*Soins médicaux ambulatoires de premier recours: L'assemblée plénière de la CDS procède à une analyse de la situation et élabore des ébauches de solution*».² Dans ce communiqué de presse, il est écrit mot pour mot: «*Les médecins de famille constituent l'un des principaux piliers du système de santé suisse. Le médecin de premier recours se voit ainsi attribuer un rôle de «spécialiste pour tous les cas»*». Dans son analyse de situation, la CDS porte l'attention sur la pénurie menaçante de l'offre en médecine de premier recours et les ébauches de solution proposées sont intéressantes et méritent discussion.

La SSMG se félicite de cette prise de position aussi claire qu'inattendue de la part des directrices et directeurs cantonaux de la santé. En ma qualité de président de la SSMG, j'ai fait part sans tarder de notre satisfaction à la CDS, en profitant de lui adresser quelques remarques complémentaires et souhaits dont je vous fais part ci-dessous.

La CDS réclame une meilleure attractivité du profil professionnel du médecin de premier recours. Pour atteindre ce but, il convient de valoriser la médecine de premier recours dans la formation pré-graduée et postgraduée. A part Bâle, toutes les universités ont de la peine à introduire des structures d'enseignement de la médecine de premier recours (chaire ou institut). Dès lors, une pression politique accrue de la part des cantons est souhaitable, comme le demandent d'ailleurs de

puis longtemps les instances facultaires de médecine de premier recours des universités concernées. La formation post-graduée du futur médecin de premier recours ne peut véritablement avoir lieu que dans les cabinets de médecins de premier recours, comme demandé par le modèle «Assistanat au cabinet médical» du CMPR. Ici, on demande d'urgence aux cantons de garantir, par un soutien financier adéquat, un nombre suffisant de cabinets d'enseignement, comme c'est d'ailleurs déjà le cas dans quelques cantons. Nous ne pouvons aussi que soutenir l'encouragement de réseaux et d'autres modèles appropriés pour favoriser une meilleure place des médecins de premier recours dans le système de santé.

La CDS regrette l'inégalité géographique de l'offre en soins de médecine de premier recours. Là pourtant, ces Dames et Messieurs pourraient rapidement venir eux-mêmes au secours de cette situation. C'est en effet dans leur compétence d'interpréter de manière libérale le gel des autorisations de pratiquer et de créer des solutions souples pour les nouveaux cabinets de médecine de premier recours (par ex. job-sharing pour les femmes médecins, etc.). Nous insistons fortement sur de tels encouragements!

Élévation des incitations financières: on pense là à une valorisation tarifaire pour les médecins installés en région rurale et un nivellement régional de la valeur du point tarifaire («égalisation du risque financier»). Ainsi l'attractivité des régions rurales devrait-elle être augmentée. Cela est certes bien pensé, mais ne suffira jamais. Le fait est en effet que tous les médecins de premier recours, où qu'ils pratiquent, doivent travailler dans des conditions financières nettement plus mauvaises que celles des spécialistes. Des cabinets de médecine de premier recours sont de plus en plus laissés vacants en ville également; la profession «médecin de premier recours» est en danger dans

toutes les régions. Partout en Suisse, une valorisation de nos prestations spécifiques (service de piquet, travail de nuit) s'avère urgente, pour enlever aux médecins de premier recours potentiels au moins la crainte du désastre financier.

Comme dernier point, la CDS évoque la nécessaire éducation des patients à se distancer du principe de la consommation de marchandise en faisant preuve de plus de responsabilité. Là, nous sommes tous interpellés; il est de notre compétence et de notre devoir spécifiques de médecins de premier recours d'accompagner nos patients en usant de nos ressources de manière conforme, c'est-à-dire dans une prise en charge globale et une dimension bio-psycho-sociale. Grâce à notre position particulière qui garantit la plupart du temps une relation médecin-patient empreinte de pleine confiance, nous possédons certainement une plus grande possibilité d'influence que les politiques ou les économistes.

Naturellement, dans notre courrier adressé au nom de la SSMG à la CDS, nous n'avons pas seulement exprimé nos propositions, mais aussi notre disponibilité à coopérer et à offrir notre aide dans toutes les questions ressortant à notre discipline. Malheureusement, nous n'avons jusqu'ici obtenu aucune réponse. La politique se ferait-elle peut-être par-dessus la tête des directrices et directeurs cantonaux de la santé? Malgré tout, je suis reconnaissant envers la CDS d'avoir thématiquement ces questions brûlantes et même existentielles pour une bonne partie d'entre nous.



*Hansueli Späth,
Président
de la SSMG*

1 Cat Stevens: Peace train, 1971

2 Peut être consulté sur www.ssmg.ch «Actuel»