

---

## Inhaltsverzeichnis

### H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

H+ contre une centralisation du pilotage de l'offre hospitalière

 agefi.com | 19.07.2024

---

Kantone sollen Spitäler schliessen

 blick.ch (de) | 20.07.2024

---

La politica mette in discussione la pianificazione ospedaliera dei Cantoni

 cdt.ch | 20.07.2024

---

### KANTONAL / REGIONAL

SZ – Gesundheitskosten durch Überschüsse der Staatskasse finanzieren?

 Bote der Urschweiz | 20.07.2024

---

GE – Une clinique doit rendre 500'000 francs au chômage

 20min.ch (fr) | 20.07.2024

---

FR – L'État tarde à sortir un rapport gênant sur les soins infirmiers

 20min.ch (fr) | 19.07.2024

---

### INTERNATIONAL

IT - Sanità, infermieri italiani sempre più in fuga

 La Regione | 22.07.2024

---

### GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Bürgerliche wollen Krankenkassenfranchise erhöhen

 Schaffhauser Nachrichten | 22.07.2024

---


Les pro-EFAS sortent du silence

 Le Nouvelliste | 22.07.2024

---

### KRANKENKASSEN

Gesundheitskosten und die Rolle der Versicherer bei der Preisgestaltung - Gastkommentar

 nzz.ch | 19.07.2024

---

### SPITÄLER

Schmerzlose Massnahme gegen Fachkräftemangel - Kommentar

 Tages-Anzeiger | 22.07.2024

---

VD – Hôpital public urbain à Lausanne: une vaudoiserie sanitaire en vue - Commentaire

 Le Matin Dimanche | 21.07.2024

---

BE – Bern: City Notfall prüft frühere Schliessung

 Medinside | 19.07.2024

---

Le nombre d'établissements hospitaliers en Suisse est en recul depuis 25 ans

 rts.ch | 19.07.2024

---

GE – Aux HUG, les repas servis à des patients font polémique

 Le Temps | 19.07.2024

---

## Une planification à revoir

 La Liberté | 20.07.2024

---

## AG – Zukunft des Spitals Zofingen ist ungewiss

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 20.07.2024

---

## ZH – Spital Bülach: Niederhasli will Spitalaktien verkaufen

 Zürcher Unterländer | 20.07.2024

---

## ZH – ZKB stuft GZO-Obligation als «Ramsch» ein

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 20.07.2024

---

### DIVERSES

## «La santé est devenue un produit de consommation»

 Tribune de Genève | 20.07.2024

---

# H+ contre une centralisation du pilotage de l'offre hospitalière

 [agefi.com](https://agefi.com) | 19.07.2024

La faïtière des hôpitaux H+ s'oppose au pilotage de la planification hospitalière par la Confédération. Selon elle, il faut une étroite collaboration entre les cantons et les fournisseurs de prestations.

La faïtière des hôpitaux H+ s'oppose aussi à un pilotage de la planification hospitalière par la Confédération. Pour garantir une prise en charge régionale de qualité et adéquate, il faut selon elle une étroite collaboration entre les cantons et les fournisseurs de prestations.

Réagissant aux multiples interventions parlementaires qui demandent une refonte de l'offre hospitalière impliquant la Confédération, les Hôpitaux de Suisse (H+) estiment que cela n'est pas nécessaire. «Outre le fait que cela ne relève pas de sa compétence, cela rend le système lourd et inefficace», indique leur directrice Anne-Geneviève Bütikofer.

La question d'une centralisation accrue de la planification hospitalière doit impérativement être discutée avec tous les acteurs impliqués, à commencer par les cantons qui ont la responsabilité d'assurer une couverture sanitaire pour leur territoire, mais aussi avec les fournisseurs de prestations. «Nous traitons ce thème en priorité au sein de H+», ajoute-t-elle.

## Une expertise à faire valoir

Les hôpitaux se sont déjà adaptés. Et de citer les groupes hospitaliers supracantonaux comme l'Hôpital intercantonal de la Broye ou Riviera Chablais. Certains établissements ont en outre signé des coopérations, par exemple l'Hôpital cantonal d'Uri et l'Hôpital cantonal de Lucerne. Les hôpitaux ont en outre beaucoup fait progresser l'ambulatoire comme [le Centre](#) hospitalier de Bienne.

Interrogée sur la prise en compte de l'avis des fournisseurs de soins dans l'organisation du paysage hospitalier, Mme Bütikofer souligne l'importance d'associer les hôpitaux et cliniques à la discussion. Ils ont une expertise à faire valoir dans les domaines de la prise en charge de proximité, de la [médecine](#) spécialisée, de la [formation](#) et de la mise en réseau, souligne la directrice de H+. (ATS)

# Kantone sollen Spitäler schliessen

 [blick.ch \(de\)](#) | 20.07.2024

Im Bundesparlament häufen sich die Vorstösse mit dem Ruf nach einer zentral gelenkten Schweizer Spitalplanung. Hintergrund sind Negativschlagzeilen aus diversen Spitälern in der Schweiz.

Die Gesundheitskosten in der Schweiz explodieren. Seit Jahren. Gleichzeitig kämpfen Spitäler immer wieder mit Finanzproblemen. Bisher aber sind zahlreiche Versuche der Politik gescheitert, das Steuer herumzureissen. Nun häufen sich im Bundesparlament die Vorstösse mit dem Ruf nach einer zentraler gelenkten Schweizer Spitalplanung. Hintergrund sind Schlagzeilen wie etwa jene zum Stellenabbau bei der Berner Insel-Spitalgruppe, zur öffentlichen Finanzspritze fürs Kantonsspital Aarau und zum Baustopp beim Spital Wetzikon ZH.

Schon rund 15 Vorstösse mit dieser Stossrichtung sind hängig, wie ein Blick auf die Webseite des Parlaments zeigt. So will etwa die Basler SP-Nationalrätin Sarah Wyss (35) den Bundesrat mit einem Postulat beauftragen, Vorschläge für eine «bessere zeitgemässe interkantonale Spitalplanung» auszuarbeiten.

## Zusammenschlüsse sollen gefördert werden

Auch Jörg Mäder (48, GLP, nicht mehr im Rat) und Melanie Mettler (46, GLP) fordern mit einer Motion, der Bundesrat solle zusammen mit den Kantonen eine «intelligente Spitalplanung» ausarbeiten. Bei komplexeren und selteneren Situationen sei eine Zusammenarbeit auch für grössere Kantone zwingend.

Die Mitte-Fraktion will vom Bundesrat interkantonale Versorgungsregionen abgeklärt haben. Und Andri Silberschmidt (30, FDP) regt ein zeitlich befristetes Impulsprogramm zur Förderung von Spitalzusammenschlüssen in der Schweiz an. Letztlich aber würde das auch bedeuten, dass voraussichtlich weitere Spitäler ihre Türen schliessen müssten.

In Antworten auf die Vorstösse schreibt der Bundesrat, auch er sehe noch Verbesserungspotenzial. Seit 2022 hätten aber die Kantone die Pflicht, bei der Spitalplanung das Potenzial der Konzentration von Leistungen nicht nur auf kantonaler Ebene, sondern auch über die Kantonsgrenzen hinaus zu beachten.

Nun sei abzuwarten, ob sich diese Verordnungsänderung auswirke. Die Gesundheitsversorgung und damit die Spitalplanung ist heute Sache der Kantone.

## Kantone zeigen sich skeptisch

Auf Anfrage zeigt sich die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) skeptisch gegenüber einer Kompetenzverlagerung bei der Spitalplanung. «Zentral gelenkte Gesundheitssysteme sind nicht per se leistungsfähiger und auch nicht billiger», schreibt die GDK in einer Stellungnahme.

Während der Corona-Pandemie habe sich das Schweizer Pflegeangebot bewährt. Zudem müsse sich die Spitalplanung an den Bedürfnissen der Menschen in den Kantonen ausrichten. Der Bund sei weiter weg von diesen Bedürfnissen als die Kantone.

Kantonsübergreifende Kooperationen gebe es bereits, so etwa zwischen den beiden Basel und zwischen St. Gallen und den beiden Appenzell sowie zwischen der Waadt und dem Wallis. Zu beachten sei auch, dass nicht die Spitalkosten die allgemeinen Gesundheitskosten in die Höhe trieben.

## Auch Spitalverband wehrt sich gegen Zentralisierung

Auch der Dachverband der privaten und öffentlichen Spitäler in der Schweiz «H+» ist gegen eine zentrale Steuerung der Spitalplanung durch den Bund. Eine zentrale Steuerung würde das System schwer und ineffizient machen, sagte H+-Direktorin Anne-Geneviève Bütikofer auf Anfrage.

Um eine gute Spitalversorgung in den Regionen zu gewährleisten, brauche es eine enge Zusammenarbeit zwischen den Kantonen, aber auch mit den Leistungserbringern. Bütikofer weist ebenfalls auf bereits bestehende Kooperationen hin, so etwa auf jene des Kantonsspitals Uri mit jenem von Luzern oder auf das Interkantonale Spital der Broye in Payerne VD/Estavayer-le-Lac FR.

Schon seit längerer Zeit verändert sich die Spitallandschaft der Schweiz. So sank die Zahl der Allgemeinspitäler in den vergangenen 25 Jahren von 200 auf 100. Laut dem jährlichen Spitäler-Kennzahlen-Bericht des Bundesamtes für Gesundheit gab es 2022 in der Schweiz insgesamt 263 Spitäler und 13 Geburtshäuser.

44 davon waren öffentliche Betriebe, die sich um 40 Prozent der Hospitalisationen kümmerten. Sie wiesen insgesamt 38'000 Betten auf. Etwa 1,5 Millionen Patientinnen und Patienten pro Jahr suchen für eine Behandlung ein Schweizer Spital auf. **ats**

# La politica mette in discussione la pianificazione ospedaliera dei Cantoni

 [cdt.ch](https://www.cdt.ch) | 20.07.2024

Nell'ultimo anno, sono una quindicina gli atti di deputati che chiedono una revisione dell'offerta ospedaliera, un settore attualmente pressoché di esclusiva competenza cantonale

Gli ospedali svizzeri non godono di buona salute, come dimostra il crescente numero di piani di riduzione dei costi, l'ultimo dei quali è stato attuato dal gruppo Insel di Berna. Questa situazione non è sfuggita all'attenzione del mondo politico, che ora mette in discussione la pianificazione ospedaliera dei Cantoni. Questi ultimi e l'associazione di categoria dei nosocomi, H+, però non ci stanno.

I sintomi del malessere sono tanti: dopo aver chiuso due ospedali lo scorso anno, il gruppo Insel, il più grande della Svizzera, prevede la soppressione di 200-300 posti; il Canton Friburgo ha dovuto versare 175 milioni di franchi al proprio ente ospedaliero; per il nosocomio cantonale argoviese, ad Aarau, l'iniezione di liquidità ammonta a 240 milioni; a San Gallo un ospedale recentemente costruito non ha mai aperto i battenti; il futuro dell'ospedale di Wetzikon (ZH) pare incerto.

Una situazione non sostenibile, con gravi conseguenze finanziarie per i cittadini sia a livello dei premi di cassa malattia sia di imposte, denuncia in una mozione di un anno fa il consigliere nazionale Christian Lohr (Centro/TG).

Una pianificazione puramente cantonale porterà, a medio termine, a una carenza di servizi in alcuni ambiti e a un'eccedenza in altri, sostiene la sua collega alla Camera del popolo Sarah Wyss (PS/BS) in un postulato di febbraio dai contenuti condivisi dal Consiglio federale. Gli ospedali sono responsabili di oltre un terzo dei costi sanitari, pari a circa 30 miliardi di franchi all'anno, ricorda la deputata.

## Coinvolgere la Confederazione

Questi due parlamentari non sono gli unici a segnalare disfunzioni. Nell'ultimo anno, sono una quindicina gli atti di deputati che chiedono una revisione dell'offerta ospedaliera, un settore attualmente pressoché di esclusiva competenza cantonale.

Dalle file dei Verdi liberali si chiede che «in futuro la pianificazione ospedaliera venga effettuata dalla Confederazione in stretta collaborazione con i Cantoni»; il Centro da parte sua auspica la creazione di regioni di cura intercantionali; il PS vorrebbe che il Consiglio federale esaminasse una pianificazione intercantonale vincolante; il PLR chiede un programma finanziato dalla Confederazione per incoraggiare gli ospedali a raggrupparsi. In un suo postulato, il consigliere nazionale Andri Silberschmidt (PLR/ZH) sottolinea che la Svizzera ha una densità ospedaliera particolarmente elevata, che comporta grandi riserve di capacità e costi di investimento e di gestione estremamente elevati.

L'introduzione di una pianificazione ospedaliera a livello regionale era già stata anche una delle raccomandazioni di un gruppo di esperti incaricato dalla Confederazione nel 2017 di proporre misure per contenere i costi sanitari. Oggi, ex membri di questo gruppo criticano un'attuazione insufficiente dei provvedimenti.

## Misure federali nel 2022

Nella sua risposta agli atti parlamentari, anche il Consiglio federale ritiene che ci siano margini di miglioramento. Ha già adottato delle misure: dal 2022, i Cantoni sono obbligati a tenere conto del potenziale di concentrazione di servizi non solo a livello cantonale, ma anche al di fuori dei loro confini. Hanno quattro anni di tempo per adeguarsi.

Il governo ritiene che sia necessario attendere i risultati dei provvedimenti da lui adottati prima di prendere ulteriori decisioni. La medicina altamente specializzata è già soggetta a regole severe.

## L'opposizione dei Cantoni...

I Cantoni non vedono di buon occhio l'idea di cedere competenze alla Confederazione in materia di pianificazione ospedaliera. «I sistemi sanitari a gestione centralizzata non sono intrinsecamente più efficienti o meno costosi», afferma la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) in una presa di posizione scritta.

L'offerta dei nosocomi si è dimostrata valida durante la pandemia di Covid-19, aggiunge la CDS. Inoltre, la pianificazione ospedaliera deve essere integrata in un sistema sanitario regionale tenendo conto della volontà della popolazione interessata. Alla Confederazione, contrariamente ai Cantoni, manca la vicinanza con gli abitanti.

I «ministri» cantonali della sanità fanno pure notare che collaborazioni intercantionali già esistono, come tra i due Cantoni di Basilea o tra i Cantoni di San Gallo e i due Appenzello, nonché tra Vaud e Vallese. La CDS sostiene inoltre che non sono i nosocomi a far lievitare i costi sanitari.

Ma per la socialista basilese Wyss i Cantoni hanno interessi che possono divergere. «Ognuno pensa ancora per sé». Poiché pagano il 55% delle cure ospedaliere stazionarie, vogliono decidere quali servizi offrire sul loro territorio senza dover attenersi alle tariffe stabilite da un altro Cantone. Il caso di Basilea Città, in cui il 45% dei pazienti proviene da Basilea Campagna, è rivelatore delle potenziali tensioni che possono sorgere nonostante una stretta collaborazione.

## ... e degli ospedali

Anche l'associazione di categoria H+ Gli Ospedali Svizzeri vede come fumo negli occhi una pianificazione ospedaliera affidata alla Confederazione. A suo avviso, per garantire un'assistenza regionale adeguata e di alta qualità è necessaria una stretta collaborazione tra i Cantoni e i fornitori di cure, ha indicato a Keystone-ATS la direttrice di H+ Anne-Geneviève Bütikofer.

Quest'ultima sottolinea che i nosocomi si sono già adattati e cita gruppi ospedalieri sovracantonali come l'Hôpital intercantonal de la Broye (Vaud e Friburgo) e l'Hôpital Riviera Chablais (Vaud e Vallese). Sono anche stati firmati accordi di cooperazione, come quello tra gli ospedali cantonali di Uri e Lucerna.

**Il ridimensionamento del panorama ospedaliero svizzero è in corso da tempo. Ecco alcuni dati chiave tratti dal sito dell'Ufficio federale della sanità pubblica.**

Il ridimensionamento del panorama ospedaliero svizzero è in corso da tempo. Ecco alcuni dati chiave tratti dal sito dell'Ufficio federale della sanità pubblica.

Il numero di nosocomi per cure generali è sceso da 200 a 100 negli ultimi 25 anni. A livello nazionale, nel 2022 c'erano 278 strutture, di cui 264 ospedali e quattordici case per partorienti; di tutti questi 44 erano pubblici. Il 40% delle ospedalizzazioni nell'anno in esame sono avvenute in questi nosocomi cantonali.

Complessivamente in Svizzera si contavano 38'000 letti, di cui circa due terzi in ospedali per cure generali e un terzo in cliniche specializzate. Nel 2002 i posti letto erano 44'000 in 363 ospedali. Ogni anno, circa 1,5 milioni di persone finiscono all'ospedale.

Le cure ospedaliere rappresentano il 35,2% dei costi sanitari totali (86 miliardi di franchi), pari a 30,4 miliardi di franchi. Il personale è all'origine di una quota del 62% delle spese, gli investimenti dell'8,2%.

L'organico complessivo dei nosocomi in Svizzera è di 180'818 equivalenti a tempo pieno, di cui 140'000 negli ospedali per cure generali e 40'000 nelle cliniche specializzate. Il 15% è rappresentato da medici. **ats**

# SZ – Gesundheitskosten durch Überschüsse der Staatskasse finanzieren?

 Bote der Urschweiz | 20.07.2024

Zug will durch die Übernahme von Spitalkosten erzielte Überschüsse an die Bevölkerung zurückgeben. Die Schwyzer Politik winkt ab.

## Damian Bürgi

Als «innovative und zukunftsweisende Idee» wurde der kürzlich vorgestellte Vorschlag der Zuger Regierung bezeichnet. Sie will für die Jahre 2026 und 2027 99 Prozent der Kosten für stationäre Spitalbehandlungen übernehmen. Die mittlere Krankenkassenprämie der Zuger Bevölkerung dürfte dadurch um etwa 18 Prozent tiefer ausfallen. Es ist ein schweizweit einzigartiges Vorgehen und sorgte für Lob von vielen Seiten, Zug betonte, dass dadurch vor allem auch der Mittelstand profitiere.

Möglich, ja fast notwendig ist das Vorgehen, weil der Kanton Zug immer wieder massive Überschüsse erzielt, 2023 waren es 461 Millionen Franken. Auch im Kanton Schwyz sind erzielte Überschüsse nichts Ungewohntes, 2023 schloss die Schwyzer Rechnung mit einem Gewinn von 66 Millionen Franken ab.

## Schwyzer Finanzpläne wollen Gemeinden entlasten

Die Kantone sind von Gesetzes wegen verpflichtet, bei einer Spitalbehandlung 55 Prozent der Kosten zu übernehmen. Wäre es also möglich, dass der Kanton Schwyz mit den Überschüssen mehr als die vorgeschriebene Kostenbeteiligung von 55 Prozent übernimmt? «Dagegen sprechen die finanziellen Pläne und Aussichten im Kanton Schwyz», erklärt Finanzdirektor Herbert Huwiler auf Anfrage des «Boten».

Einerseits seien grosse Investitionsprojekte bereits bewilligt, diese würden zwar viel kosten, aber auch die kantonale Infrastruktur klar verbessern, so SVP-Regierungsrat Huwiler. Andererseits soll die steuerliche Entlastung der Schwyzer Bürgerinnen und Bürger mit der Neugestaltung des innerkantonalen Finanzausgleiches auf Bezirks- und Gemeindeebene erfolgen. Dieser sieht unter anderem vor, dass die Gemeinden entlastet werden, indem der Kanton Mehrleistungen übernimmt – zum Beispiel bei den Lehrerlöhnen.

## Bürgerliche Parteien stehen hinter dem Finanzkurs

Unterstützung erhält der Schwyzer Finanzminister vom bürgerlichen Block. Sowohl SVP wie FDP wie auch die Mitte stützen den momentanen Kurs der Regierung mit Investitionen in die Infrastruktur und der Übernahme von Mehrkosten durch den Kanton. «Dies sind für Schwyz sicherlich bessere Massnahmen, als mehr Spitalkosten zu übernehmen», kommentiert FDP-Präsident Urs Rhyner. Er verstehe zwar das Zuger Vorgehen, um so Steuereinnahmen gleichmässig zu verteilen, könne aber dessen Sinnhaftigkeit nicht nachvollziehen. «Dies ist meines Erachtens nicht die Idee von überschüssigen Staatssteuern», so Rhyner.

Stefan Langenauer, Fraktionspräsident der Schwyzer Mitte, gewinnt der Zuger Idee zwar Gutes ab, befindet aber, dass gerade mit der Entlastung der Gemeinden durch höhere Kantonsausgaben ein sinnvolles Instrument im Kanton Schwyz geschaffen worden sei. «Zudem ist die Ausgangslage von Zug und Schwyz nicht vergleichbar, vor allem wenn man den Überschuss pro Kopf betrachtet», gibt Langenauer zu verstehen.

## «Übernahme ausserhalb der finanziellen Möglichkeiten»

Zum Vergleich: Pro Kopf hat der Kanton Zug mit rund 132500 Einwohnenden 2023 einen Überschuss von 3480 Franken erzielt, der Kanton Schwyz mit 165000 Einwohnenden hat 2023 einen Pro-Kopf-Überschuss von 400 Franken generiert. «Die rein hypothetische Übernahme der Spitalbehandlungen würde um dieses Verhältnis teurer und ist grundsätzlich ausserhalb der finanziellen Möglichkeiten des Kantons Schwyz», stellt Finanzdirektor Huwiler klar.

Das sieht auch der Schwyzer SVP-Präsident Roman Bürgi so: «Schwyz und Zug haben unterschiedliche Ausgangslagen. Aus finanzieller Sicht liegt ein Vorgehen, wie es die Zuger anstreben, für den Kanton Schwyz gar nicht drin.» Bürgi verweist ebenfalls darauf, dass man den Finanzhaushalt mit den Gemeinden gerade erst neu geordnet habe.

Er ist auch kein Fan davon, dass der Kanton mehr als 55 Prozent der stationären Finanzierung übernimmt. «Der Rest geht immer zulasten der Krankenkassen, das ermöglicht eine bessere Kosten- und Leistungstransparenz und bildet die Basis für Betriebsvergleiche und Wettbewerb. Wenn nun einzelne Kantone ihren Anteil erhöhen, wird der Wettbewerb verzerrt. Das führt zur ungewollten Strukturhaltung anstatt zu kostendämpfendem Wettbewerb unter den Spitälern», erklärt Roman Bürgi.

## SP begrüsst Zuger Vorgehen

Die SP Schwyz, namentlich deren Präsidentin Karin Schwiter, begrüsst es sehr, dass «der Kanton Zug seine Bevölkerung bei den Krankenkassenprämien entlasten will. Es macht auch für den Kanton Schwyz absolut Sinn, einen grösseren Teil der Krankheitskosten aus Steuermitteln zu bezahlen statt über die unsozialen Kopfprämien, die wir in der Schweiz kennen», erklärt Schwiter.

Eine solche Entlastung würden denn auch die tiefen und mittleren Einkommen ganz besonders spüren, so Schwiter und ergänzt: «Die Überschüsse könnten aber auch noch zielgerichteter für die Prämienverbilligung eingesetzt werden als für Steuersenkungen.» So könnte Schwyz vermeiden, dass auch reiche Personen entlastet würden, die die Entlastung gar nicht benötigten, führt Karin Schwiter aus.

---

# Gelder für Gesundheit werden nicht aufgestockt

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Der Überschuss der Schwyzer Staatskasse soll den Gemeinden zugutekommen.

## Damian Bürgi

Es ist ein schweizweit erstmaliges Vorgehen: Die Zuger Regierung plant, für die Jahre 2026 und 2027 fast sämtliche Spitalkosten stationärer Behandlungen zu übernehmen, um so die Krankenkassenprämien der Zugerinnen und Zuger um fast 20 Prozent senken zu können. Finanziert wird dies durch den Überschuss von 461 Millionen Franken, den der Kanton Zug 2023 erwirtschaftet hat.

In der Schwyzer Politik kann sich nur die lokale SP wirklich für die Idee erwärmen, mit dem 2023 erwirtschafteten Überschuss von 66 Millionen Franken die Gesundheitskosten zu mindern. «Eine solche Entlastung würden die tiefen und mittleren Einkommen ganz besonders spüren», erklärt Karin Schwiter, Präsidentin der SP Schwyz. Sowohl Finanzdirektor Herbert Huwiler wie auch die Schwyzer SVP, FDP und Mitte verweisen hingegen auf den kürzlich abgeseigneten innerkantonalen Finanzausgleich. Dieser sieht Mehrausgaben des Kantons zur Entlastung der Gemeinden vor.

# GE – Une clinique doit rendre 500'000 francs au chômage

 [20min.ch \(fr\)](#) | 20.07.2024

La structure médicale aurait indûment perçu un demi-million d'indemnités RHT durant la pandémie de Covid.

Un centre médical situé sur la rive gauche est sommé de rendre un demi-million de francs à la Caisse cantonale de chômage. Ainsi que le rapporte la «Tribune de Genève», celle-ci considère que la clinique a indûment perçu cette somme entre 2020 et 2021, durant la pandémie de Covid, au titre d'indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail (RHT). Le Tribunal administratif fédéral a rendu cette décision en juin, après qu'un audit a été mandaté par le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO). Ce rapport indique «faute d'un système de contrôle de l'horaire de travail fiable, il n'est pas possible de vérifier la véracité et l'ampleur des heures perdues», cite le quotidien genevois. La direction de l'établissement conteste fermement cette lecture et va saisir le Tribunal fédéral.

(jef)

# FR – L'État tarde à sortir un rapport gênant sur les soins infirmiers

 [20min.ch \(fr\)](#) | 19.07.2024

Deux députés s'offusquent que les résultats d'une enquête n'aient toujours pas été publiés, trois ans après. Ce rapport préconise des augmentations de salaire pour le personnel soignant.

## Xavier Fernandez

En pleine pandémie de Covid, d'aucuns sortaient à la fenêtre ou sur le balcon pour applaudir les infirmières. Puis, le 28 novembre 2021, le peuple et les cantons ont accepté [l'initiative «Pour des soins infirmiers forts»](#). Néanmoins, en juin 2022, le Canton de Fribourg jugeait «prématuré» de prendre des mesures en faveur des conditions de travail des infirmières. Et il se justifiait en expliquant qu'il attendait les résultats d'une étude sur les «principales mesures susceptibles d'augmenter la durée d'activité professionnelle du personnel soignant», que la Haute école de santé avait commencé en 2021, sur mandat du Canton.

Trois ans plus tard, aucune trace de ce fameux rapport. Officiellement, du moins. Las d'attendre, les députés Pierre Mauron (PS) et Chantal Pythoud-Gaillard (PS) ont déposé récemment un texte demandant des explications au Conseil d'État. Les élus soulignent que, pendant que Fribourg attend, «au risque de faire fuir les infirmières dont nous avons tant besoin vers d'autres cieux», les cantons voisins agissent: Vaud prévoit des investissements à hauteur de 90 millions pour mieux rémunérer les nuits et les weekends, Neuchâtel va mettre 21 millions pour la formation et le Valais a augmenté son personnel de 1000 francs par an.

## «C'était la soupe à la grimace»

Le fameux rapport ne serait-il pas terminé? Bien au contraire. Il est entre les mains du Canton depuis des mois. Sachant cela, nous avons déjà demandé les résultats et conclusions du sondage en décembre dernier. Mais l'Hôpital fribourgeois et la Haute école de santé nous renvoyaient vers le Canton, qui refusait de communiquer.

Or, entre temps, nous nous sommes procuré le document. Et ses conclusions sont claires. Différentes mesures concrètes devraient être prises. La première d'entre elles: augmenter les salaires. «Quand le département de la santé en a pris connaissance, il paraît que c'était la soupe à la grimace, rapporte une source proche de l'élaboration de l'étude. Sans aller jusqu'à demander de falsifier le rapport, il aurait été évoqué de le retravailler. Et la Haute école aurait refusé.» Désormais pressé par la question des deux députés, le Conseil d'État a deux mois pour répondre.

### **Contexte totalement défavorable**

Le contexte actuel pourrait difficilement être plus défavorable pour envisager des augmentations des soignants. Les finances de l'HFR sont au plus mal, à tel point qu'il a dû appeler la population à la rescousse le 9 juin dernier. Quant aux années à venir, elles s'annoncent très compliquées, l'hôpital devant faire face à de lourds investissements. Enfin, le Canton ne se porte guère mieux, puisqu'il a annoncé fin juin qu'il rencontre de grandes difficultés pour boucler son budget 2025. Actuellement, il lui manque 100 millions et «toutes les pistes demeurent ouvertes» pour assainir les finances, prévient le Canton.

# IT - Sanità, infermieri italiani sempre più in fuga

 La Regione | 22.07.2024

Svizzera, Norvegia, Germania e Olanda le mete più ambite

**Marco Marelli**

Niente di nuovo all'orizzonte, anche perché non ci sono elementi in grado di invertire una tendenza che va avanti da anni. Fuga è di infermieri italiani all'estero, fuga continuerà a essere. Anche se (ma non è chiaro quando) dovessero essere introdotti, gli incentivi economici da finanziare con la contestata 'tassa sulla salute' non freneranno l'esodo. Non c'è poi solo la Svizzera ad attirare sempre più infermieri italiani con lavori più gratificanti in termini di qualifica, orari e organici, oltre che per l'arcinota differenza di stipendi. Ora tutta l'Europa, con la Germania particolarmente 'aggressiva' sul mercato, punta a soffiare altri camici all'Italia, partendo dalle zone di confine.

## 'I Paesi europei puntano senza mezzi termini al rafforzamento dei propri sistemi sanitari'

A ribadirlo è stato Antonio De Palma, presidente nazionale del sindacato di categoria Nursing Up: "Mentre l'Italia, inspiegabilmente, forma e assicura cervelli e competenze per tutto il vecchio continente, i Paesi europei 'nostri vicini di casa' puntano senza mezzi termini al rafforzamento dei propri sistemi sanitari. La parola specializzazione è quella che in questo momento accomuna le politiche sanitarie di Paesi quali Svizzera, Germania, Olanda e Norvegia. Gli ospedali pubblici, in particolar modo, cercano infermieri strumentisti, infermieri di sala operatoria, infermieri pediatrici, infermieri che hanno lavorato in neurologia e infermieri esperti in terapia intensiva e reparti di emergenza-urgenza.

Per coprire questi incarichi di responsabilità, i Paesi appena citati hanno alzato decisamente il tiro delle proprie proposte economiche, aumentando vertiginosamente il gap con l'Italia, che a livello di retribuzioni per i professionisti dell'assistenza non si è mossa di un solo millimetro negli ultimi anni". Aggiunge De Palma: "Abbiamo fatto una ricerca dettagliata, ricavando una panoramica delle offerte di lavoro aggiornate al mese di maggio. Le agenzie con cui siamo in contatto, quali Linguedo, Global Working e Man Power Svizzera ci hanno confermato che i professionisti italiani sono sempre i più graditi. Quando gli italiani presentano le proprie candidature c'è sempre la convinzione di essere di fronte a infermieri con una marcia in più".

## 'Le parole d'ordine sono talento e specializzazione'

Il presidente di Nursing Up aggiorna la ricerca di Germania, Olanda, Norvegia e Svizzera: "In Baviera, scatta la ricerca di infermieri per terapia intensiva e stroke unit. Si propone un corso di lingua gratuita,

alloggio convenzionato a un prezzo molto basso offerto dall'ospedale, stipendio di 3'500 euro netti esclusi straordinari. Mai la Germania in passato aveva presentato offerte del genere ai professionisti sanitari stranieri. In Olanda lo stipendio medio può arrivare a 2'800 euro mensili netti. Si offrono contratti di diciotto mesi rinnovabili, la ricerca qui è addirittura rivolta a neolaureati italiani. Le proposte economiche di un altro pianeta sono però come sempre quelle di Svizzera e Norvegia. Un infermiere che lavora in Ticino può arrivare, secondo le nostre indagini recenti, a 4'500 euro netti mensili: le offerte che abbiamo visionato riguardano nel mese di maggio città come Lugano e Mendrisio, a due passi dall'Italia. Immaginate la legittima tentazione per un infermiere lombardo quale possa essere.

La Norvegia è ben più lontana, ma i 60mila euro annui offerti, con alloggio e bollette pagate, sono un sogno da tenere in considerazione e non sono pochi i giovani professionisti della sanità italiana che hanno scelto la terra dei fiordi. In conclusione, l'Europa a differenza dell'Italia pare avere compreso davvero quale sia la strada da percorrere per rilanciare i propri sistemi sanitari ed elevare il livello delle cure. Le parole d'ordine sono talento e specializzazione. La qualità delle prestazioni sanitarie, ovunque, può solo essere garantita dagli uomini e dalle donne con solide competenze, capaci di gestire elevate responsabilità e vincere le nuove sfide della salute globale". Insomma, fuga è, fuga continuerà a essere.

# Bürgerliche wollen Krankenkassenfranchise erhöhen

 Schaffhauser Nachrichten | 22.07.2024

Die Bevölkerung solle sich mehr an den Gesundheitskosten beteiligen und eine höhere Mindestfranchise bezahlen, findet die SVP. Der Gesundheitsökonom Heinz Locher kritisiert die Forderung als sozialpolitisch verantwortungslos und gesundheitspolitisch wirkungslos.

## Andrea Tedeschi

Bern - Im Juni hat der Onlinevergleichsdienst Comparis einen weiteren Anstieg der Krankenkassenprämien um 6 Prozent für 2025 prognostiziert. Es wäre das dritte Jahr in Folge, in dem die Prämien erheblich ansteigen würden. Die Ankündigung sorgte für Kritik. Es sei noch zu früh, eine Prognose abzugeben, sagte etwa der Branchenverband Santésuisse. Gegen Herbst sollten konkrete Zahlen vorliegen. Ökonomen und Krankenkassenvertreter sind sich jedoch einig darin, dass die Prämien weiter steigen dürften.

Dieser Entwicklung wollen bürgerliche Parlamentarierinnen und Parlamentarier entgegenhalten, indem sie die Bevölkerung mehr in die Pflicht nehmen wollen, wie Radio SRF berichtete. In zwei identischen Motionen fordern Nationalrätin Diana Gutjahr (TG) und die Ständerätin Esther Friedli (SG), beide SVP, dass die Versicherten eine höhere Mindestfranchise auf die obligatorische Grundversicherung zahlen sollen. Gutjahr sagte, es sei an der Zeit, die Eigenverantwortung der Bevölkerung und die Mindestfranchise nach 20 Jahren zu erhöhen und die Versicherten mehr an den Spital- und Arztrechnungen zu beteiligen. Um wie viel die Mindestfranchise von heute 300 Franken steigen soll, lässt die Forderung jedoch offen.

Mitunterzeichnet haben den Vorstoss Parlamentarierinnen und Parlamentarier der Mitte, FDP und besonders der SVP. Pikant: Die SVP lehnte vor fünf Jahren eine kontinuierliche Erhöhung der Mindestfranchise im allerletzten Moment ab und verhinderte damit die Einführung einer höheren Franchise. Fraktionspräsident Thomas Aeschi sagte im «Blick»: «Man kann die Prämienzahler nicht einseitig für die steigenden Gesundheitskosten verantwortlich machen. Wir müssen die Kosten in einem Gesamtpaket lösen.» Auch die Pharmaindustrie, Krankenkasse oder Ärzte müssten ihren Beitrag leisten.

Von dieser Position ist die SVP nun abgekommen. Das dürfte besonders die SP bestätigen. Die Ratslinke legte den abrupten SVP-Rückzieher vor fünf Jahren als Wahlkampfmanöver und wegen der bevorstehenden Wahlen als Angst vor Stimmenverlusten aus.

Trotz drohender Prämienhöhung will die SP auch jetzt nichts von einer höheren Mindestfranchise wissen. Die Nationalrätin Barbara Gysi (SG/SP) sagte, eine höhere Mindestfranchise sei unsozial. «Eine Erhöhung wird jene Menschen am meisten treffen, die vulnerabel, älter und chronisch krank sind.»

Ständerat Hannes Germann (SH/SVP) hat die Motion mitunterzeichnet. Auf die Kritik von Links angesprochen, sagte er im Radio SRF, Ziel sei es, einen Anreiz für Einsparungen bei gesunden Menschen zu schaffen, und dass sie weniger Gesundheitsleistungen konsumierten.

## Die Versicherten zuerst befähigen

Doch kann eine höhere Mindestfranchise die Eigenverantwortung der Versicherten tatsächlich erhöhen und die Krankenkassenprämien eindämmen, wie es die SVP-Forderung beabsichtigt?

Die Frage geht an den Gesundheitsökonom Stefan Felder von der Universität Basel. Er sagt: «Studien belegen, dass eine höhere Franchise die Kosten senken kann.» Bei einer Franchise von 500 Franken reduziere sich die Prämie der Grundversicherung um 15 Franken, bei einer Franchise von 600 Franken sinke die Prämie um 100 Franken. Felder sagt aber gleichzeitig, die Erhöhung sei finanziell ein Nachteil für chronisch Kranke, da sie nicht wie gesunde Menschen Kosten sparen, indem sie eine höhere Franchise wählen könnten.

In der Schweiz leidet laut Bundesamt für Gesundheit knapp die Hälfte der Bevölkerung an mindestens einer chronischen Erkrankung wie Bluthochdruck, Depressionen oder Lungenkrankheiten, wobei davon besonders über 65-Jährige betroffen sind. Wenig überraschend sind sie die grösste Gruppe, die eine Mindestfranchise abgeschlossen hat.

Laut Felder ist entscheidend, ob die Kostenbeteiligung der Versicherten weiterhin gedeckelt bleibt. Derzeit liegt das Limit bei einer Mindestfranchise bei 1000 Franken. Auf die Franchise von 300 Franken bezahlen die Versicherten noch einen Selbstbehalt von 700 Franken. «Bleibt es dabei, ist eine Erhöhung der Mindestfranchise sozialverträglicher», sagt Felder.

Dem widerspricht jedoch der Berner Gesundheitsökonom Heinz Locher. Er sagt: «Die Forderung der SVP ist sozialpolitisch verantwortungslos und gesundheitspolitisch wirkungslos.»

Was er meint: Laut Studien geht bereits heute jeder Vierte in der Schweiz nicht oder zu spät zum Arzt, um Franchise und Selbstbehalt nicht bezahlen zu müssen. Locher sagt: «Die Erhöhung der Franchise fördert die gesundheitliche Ungleichbehandlung weiter und benachteiligt insbesondere die kranken Menschen, die wirtschaftlich bereits belastet sind.»

Zwar ist auch der Ökonom für mehr Eigenverantwortung der Versicherten, doch man «muss die Menschen zuerst dazu befähigen». Es gehe darum, sagt Locher, dass sich Menschen besser selber helfen könnten und so das Gesundheitssystem entlasten. Der Ökonom schlägt statt einer höheren Mindestfranchise vor, niederschwellige Angebote zu schaffen, die weniger Kosten verursachen wie den Ausbau der Telemedizin, mehr Kompetenzen für das Pflegepersonal oder für Apotheken, die bei leichten und unklaren Beschwerden weiterhelfen können.

«Die Erhöhung der Mindestfranchise fördert die gesundheitliche Ungleichbehandlung weiter und benachteiligt insbesondere die kranken Menschen.» - Heinz Locher, Gesundheitsökonom



# Les pro-EFAS sortent du silence

 Le Nouvelliste | 22.07.2024

Les défenseurs d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS), votation du 24 novembre, estiment que la qualité des soins sera augmentée et la facture réduite. Tour des enjeux.

## Julie Jeannet

La population se prononcera cet automne sur une importante réforme des soins médicaux. Son petit nom: EFAS pour «financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires». Il s'agit d'une des plus importantes révisions du système de santé depuis l'introduction de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMAL) en 1996. Après quatorze années de travaux et de débats, le parlement a finalement accepté cette révision en décembre dernier. Un référendum lancé par le Syndicat des services publics (SSP) a cependant abouti en avril. Ce sera donc au peuple de trancher. Alors que les référendaires ont donné de la voix, craignant une «privatisation de la santé», liée à la mainmise des assureurs sur les tarifs (notre article du 18 avril 2024) ainsi qu'une péjoration des conditions de travail des soignant·es, les défenseurs du projet étaient restés jusqu'ici plutôt discrets. Début juillet, l'alliance pro-EFAS est sortie de son silence. Composée de 22 associations – dont la Fédération des médecins suisses (FMH), la faïtière suisse de l'aide et des soins à domicile et Curafutura, l'une des faïtières des assurances-maladie –, elle souligne la nécessité de la réforme et vante ses bienfaits sur le plan économique et médical, chiffres et études à l'appui.

## Des soins mieux coordonnés

De quoi s'agit-il exactement? EFAS vise un rééquilibrage financier de la prise en charge des coûts hospitaliers entre assurances-maladie et cantons. L'objectif: favoriser les soins ambulatoires afin de limiter les coûts de la santé. Ses défenseurs estiment que 2 à 3 milliards de francs pourraient être économisés chaque année. Actuellement, les cantons s'acquittent de 55% des soins médicaux stationnaires (soit ceux qui comprennent au moins une nuit à l'hôpital), les prises en charge ambulatoires (effectuées en cabinet ou à domicile) sont en revanche entièrement payées par les assurances-maladie. Enfin, les soins de longue durée ambulatoires et stationnaires sont, quant à eux, financés par différentes contributions: assurances-maladie, participations directes des patients et subventions des cantons et des communes. Avec la réforme, toutes les catégories de soins seront financées de manière uniforme à un quart par les cantons et à trois quarts par les assurances-maladie. Ainsi, le financement ne dépendra plus du type de prestation, les patients continueront cependant à payer une contribution aux coûts limitée, fixée comme aujourd'hui par le Conseil fédéral. Pour l'alliance pro-EFAS, le système réformé permettra des soins intégrés en favorisant une coordination entre le généraliste, les spécialistes, les pharmaciens, les services de soins à domicile ou les EMS, sur la base du modèle actuel du médecin de famille. Cela devrait permettre d'éviter de répéter des examens ou de doubler inutilement certaines prestations. «D'après une enquête scientifique menée en Suisse sur plus de 100 000 patient·es, les coûts des soins ont diminué de manière significative pour des patients atteints de diabète, de maladies cardiovasculaires ou respiratoires, bénéficiant de soins intégrés», explique Urs Stoffel, membre du comité de la FHM. «Ces patients présentaient moins de probabilités statistiques d'hospitalisation que les patients bénéficiant d'un modèle standard», complète-t-il. D'après les calculs d'Helsana réalisés en 2016, le manque de coordination entre

praticien·nes coûterait annuellement 3 milliards de francs au système de santé. Le potentiel d'économie repose cependant avant tout sur le transfert de prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire. D'après les chiffres d'une étude de PricewaterhouseCoopers de 2016, ce transfert permettrait d'économiser un milliard de francs par année à l'horizon 2030. «Les personnes préfèrent, si possible, être soignées à domicile ou rentrer rapidement chez elles après une opération. Aujourd'hui, beaucoup de soins peuvent être prodigués à domicile, que ce soit en psychiatrie, en oncologie ou dans les soins palliatifs», avance Marianne Pfister, co-directrice d'Aide et soins à domicile Suisse. Aujourd'hui, le fait que les assurances-maladie prennent en charge la totalité des traitements ambulatoires ne les incitent pas à favoriser cette option qui répercute les coûts sur le montant des primes, argumentent les pro-EFAS. «La réforme déchargera les hôpitaux et les EMS, grâce aux services d'aide et de soins à domicile», estime Marianne Pfister.


## Des économies

Selon Curaviva, le financement actuel, inégal entre soins stationnaires et soins ambulatoires, ne permet pas de reporter entièrement les économies réalisées grâce à l'ambulatoire sur les assuré·es qui optent pour un modèle de soins intégrés (médecin de famille). Elle estime que l'économie soulage en premier lieu les cantons. «La contribution des cantons est actuellement plus élevée pour les assuré·es au bénéfice d'un modèle standard. Avec la réforme, elle sera proportionnelle à tous les assuré·es, indépendamment du modèle choisi.» Curaviva avance que les primes d'assurance du modèle des soins intégrés bénéficieront d'un rabais d'environ 26% par rapport au modèle standard (qui est actuellement d'environ 20% meilleur marché). La campagne qui devrait débuter à la fin de l'été s'annonce ardue pour les syndicats. Le SSP et l'Union syndicale suisse font cavaliers seuls contre une puissante alliance, constituée de la FMH, des assureurs-maladie et des services de soins à domicile. Les opposant·es estiment au contraire que les primes d'assurance prendront l'ascenseur et que la qualité des soins et la prise en charge se détérioreront. Le futur se joue dans les urnes le 24 novembre.



Actuellement, les cantons s'acquittent de 55% des soins médicaux stationnaires, les prises en charge ambulatoires sont en revanche entièrement payées par les assurances-maladie. KEYSTONE

# Gesundheitskosten und die Rolle der Versicherer bei der Preisgestaltung - Gastkommentar

 [nzz.ch](https://www.nzz.ch) | 19.07.2024

Die Debatte über die Gesundheitskosten reisst nicht ab. Ein Problem ist, dass die Versicherer als Tarifpartner die Rolle des Kostenträgers übernehmen. Sie sollten nicht in die Preisgestaltung einbezogen werden.

In der Schweiz gibt es über zwanzig verschiedene ambulante Tarife, die zwischen den Tarifpartnern – Leistungserbringern und Versicherern – ausgehandelt werden. Dass die Versicherer als Tarifpartner dabei die Rolle des Kostenträgers übernehmen, ist wenig glaubwürdig: Die Versicherer können ihre Kosten auf die Versicherten überwälzen und tragen ein geringes unternehmerisches Risiko.

## Fehlanreize

Die Versicherer können sich in den Verhandlungen kaum Wettbewerbsvorteile verschaffen, da die Tarifstruktur gesamtschweizerisch und die Tarifwerte teils kantonal, teils in grösseren Versicherungsverbänden festgelegt werden. Zudem hat das Kollektiv aller Versicherer kein Interesse an tiefen Kosten, da dies dem Versicherungsprinzip widerspräche.

Das Versicherungsprinzip besteht aus Risikotransfer und Risikobündelung und nicht aus Kostenminimierung. Je höher die Kosten, desto sinnvoller ist die Risikobündelung, also die Versicherung. Die Versicherer sind daher die falschen Tarifpartner, dies müssten die Steuer- und Prämienzahler sein.

Die Versicherer haben verschiedene Anreize, ihre Kosten nicht zu tief anzusetzen. So werden die Prämien für die Grundversicherung des Folgejahres, welche die Krankenkassen jährlich dem Bundesamt für Gesundheit vorlegen, tendenziell zu hoch angesetzt. Der Versicherer mit den tiefsten Kosten wird bestraft, indem er gezwungen ist, einen starken Zuwachs an Neuversicherten aufzunehmen. Dafür muss er kurzfristig erhebliche Mittel in den Ausbau investieren. Zwar werden sich unter den Wechslern überdurchschnittlich viele Gesunde befinden, wegen des Risikoausgleichs bringt dies dem Versicherer aber nichts.

Ein weiterer Fehlanreiz sind die Verwaltungskosten und die Löhne der Versicherungsangestellten, die durch das hohe Prämienvolumen gerechtfertigt werden. Gerade die teilweise horrenden Kaderlöhne werden mit dem hohen Gesamtumsatz im Gesundheitswesen gerechtfertigt. Warum die Vergütung steigen soll, wenn bei gleichem Verwaltungsaufwand ein medizinischer Eingriff teurer wird, ist nicht nachvollziehbar, wird aber von den Versicherern so begründet und verheisst für die Tarifverhandlungen nichts Gutes.

Es ist den Versicherern hoch anzurechnen, dass sie trotz dem inhärenten Rollenkonflikt das ihnen übertragene Mandat ordentlich ausgeführt haben. Die Verpflichtung gegenüber dem offiziellen Auftrag hat den Rollenkonflikt etwas gemildert. Dennoch sollten die Versicherer von ihrer kognitiven Dissonanz befreit und der Tarifierungsprozess reformiert werden. Da die Versicherer die administrative Abwicklung der Kosten übernehmen, sollten sie in die Gestaltung der Tarifstruktur, nicht aber in die Preisgestaltung einbezogen werden.

## Staatliche Eingriffe

Heute gehen die verschiedenen Tarifpartner mit unterschiedlichen Daten in die Verhandlungen. Teilweise ganz ohne Daten. Dabei ist die Tarifierung so komplex, dass man kaum noch Experten dafür findet. Wer es lernen will, findet weder ein Lehrbuch noch jemanden, der es erklären kann. Die Tarife werden oft irgendwie aus dem Bestehenden abgeleitet und mit etwas Standespolitik versehen. Eine einheitliche Datengrundlage sowie eine Vereinfachung in Form von gröberen Pauschalisierungen und Preisen auf Basis der tatsächlichen Kosten könnten dem System die nötige Transparenz und Seriosität zurückgeben.

Der Staat ist immer wieder in der Versuchung, in das Preisgefüge einzugreifen. Zum Beispiel durch Zusatzentgelte für Sterbebegleitung, Dolmetscherdienste, Kinder- und Jugendpsychiatrie und vieles, vieles mehr. Wenn der Kanton die Perzentile der effektiven Kosten für die Preisfestsetzung der verschiedenen Pauschalen unterschiedlich definieren würde, könnte er direkt eine politische Gewichtung vornehmen. Dies wäre zumindest ehrlicher, als die Tarifpartner ihre Arbeit machen zu lassen und dann punktuell in die Tarife einzugreifen.

**Armin Gemperli** ist Professor für Gesundheitswissenschaften an der Universität Luzern.

# Schmerzlose Massnahme gegen Fachkräftemangel - Kommentar

 Tages-Anzeiger | 22.07.2024

In den Spitälern fehlt das Personal. Es braucht vieles, um die Situation zu verbessern – aber vor allem sollten Ärztinnen und Ärzte weniger Zeit am Computer verbringen.

## Johann Steurer

Die Bevölkerung in der Schweiz wächst, und damit der Anteil älterer und kranker Menschen. Dementsprechend steigt die Nachfrage nach Leistungen im Gesundheitssystem. Zu deren Bewältigung fehlen die notwendigen Arbeitskräfte. Schweizweit sind derzeit etwa 15'000 Stellen in der Pflege und 5000 Arzt-Stellen nicht besetzt.

Um diese Lücke zwischen dem nachgefragten «Arbeitsvolumen» und den zur Verfügung stehenden Fachkräften zu verkleinern, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Naheliegend wäre die Erhöhung des Personalbestands und des Anteils der Vollzeitarbeitenden. Gefordert wird die Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze für Medizin- und Pflegeberufe. Zu einer Entlastung führt diese Massnahme aber erst in fünf bis zehn Jahren. Kürzerfristig wirksam wären innovative Massnahmen, um die «Abwanderung» aus den Gesundheitsberufen zu reduzieren und die Vollzeittätigkeit attraktiver zu machen.

Eine andere Stossrichtung wäre die Entlastung der Ärzte und Pflegenden von administrativen Arbeiten. Assistenzärzte verbringen mehr als die Hälfte der Arbeitszeit vor dem Computer. Jede noch so selbstverständliche Handlung muss codiert und im Computer gespeichert werden, Daten für die Qualitätserfassung müssen erfasst werden, und Anträge für Kostengutsprachen verlangen ebenfalls viele Stunden. Bedenkt man, dass diese Anträge dann wiederum von etwa 500 Vertrauensärzten beurteilt werden, erkennt man das Sparpotenzial.

Grosse Erwartungen zur Reduktion der Administration wurden in die Digitalisierung gesetzt. Bisher hat diese aber zu einem administrativen Mehraufwand geführt.

Nun werden noch grössere Erwartungen in die künstliche Intelligenz gesetzt. Sie soll unter anderem das Interpretieren von Röntgenbildern und das (fast) automatische Erstellen von Berichten übernehmen sowie Unterstützung bei der Diagnose und Therapieentscheidungen leisten.

Was für die Ärzte gilt, gilt leider auch für den Pflegesektor. Auch dort wächst die Bürokratie überproportional. Ärztliche Tätigkeiten wie die Betreuung von Patienten mit einer Diabetes oder einer chronischen Bronchitis könnten von «advanced practitioner nurses» (APN) übernommen werden. Dazu gibt es Pilotprojekte, aber die von den APN erbrachten Leistungen können mit den Krankenkassen nicht abgerechnet werden, und damit wird es wohl bei Pilotprojekten bleiben.

Ein anderes Beispiel ist die Therapie von Psychatriepatienten durch Psychologen.

Der heftige Widerstand der Gesellschaft der Psychiater gegen die Möglichkeit, dass Psychologinnen mit den Krankenkassen abrechnen, deutet darauf hin, dass trotz massiven Nachwuchsmangels bei Psychiatern die Eigeninteressen an der Monopolstellung überwiegen.

Eine weitere Option wäre schliesslich, die 30 Prozent «unnötigen medizinischen Leistungen» massiv zu senken. Notwendig wäre aber ein Konsens unter den Experten, welche Leistungen unnötig sind. Der Fachkräftemangel in der Medizin wird nicht mit ein oder zwei Massnahmen behoben werden können. Ein erster Schritt wäre ein Abbau der Bürokratie. Solange aber Partikularinteressen Reformen blockieren, wird man über den Fachkräftemangel jammern.

Johann Steurer ist emeritierter Professor für Innere Medizin der Universität Zürich.

# VD – Hôpital public urbain à Lausanne: une vaudoiserie sanitaire en vue - Commentaire

 Le Matin Dimanche | 21.07.2024

Le Cercle du «Matin Dimanche»

## Raymond Loretan, Président exécutif de Swiss Medical Network

L'engorgement chronique du CHUV atteint désormais un niveau de crise alarmant, révélant les lacunes d'un système centralisé des soins à Lausanne, et plus largement dans le canton de Vaud. La forte demande de soins se heurte brutalement à des ressources plafonnées, mettant en péril la qualité et l'accessibilité de la prise en charge de celles et ceux qui paient leurs primes d'assurance maladie et leurs impôts dans le canton.

Cet état de crise chronique ne découle pas seulement des défis sanitaires. Il est installé dans les coulisses politiques. Le CHUV, service de l'État dépendant directement du Département de la santé, modèle de gouvernance problématique unique en Suisse pour un hôpital universitaire, voit sa capacité limitée et son régime autocratique remettre en question sa pérennité. Pendant ce temps, les cliniques privées lausannoises et vaudoises, pourtant dotées de compétences établies, restent marginalisées dans les discussions liées à la planification hospitalière, victimes, dirons-nous, de rigidités idéologiques.

En clair: leur potentiel de complémentarité avec l'offre publique de soins reste complètement sous-exploité par le canton. Ces capacités d'accueil pourraient immédiatement alléger la pression subie par le CHUV, libérant ainsi des ressources pour que ses services se concentrent sur les interventions relevant de sa véritable vocation, notamment la médecine hautement spécialisée et la réponse à l'urgence.

Les données fournies par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale (DSAS) donnent l'image d'un CHUV fonctionnant à l'ultime limite de ses capacités, désarmé face à l'afflux de patients, en particulier lors des périodes de pic saisonnier d'activités ou de crises sanitaires telle la pandémie de Covid-19, alors que les cliniques privées disposent de capacités d'accueil immédiatement disponibles et d'une flexibilité plus grande pour absorber une part importante de la demande de soins non urgents avec des temps d'attente raisonnables.

À cela s'ajoute l'écart de tarification entre un CHUV très cher et les établissements privés qui, au contraire de la perception populaire entretenue par la politique, sont, à qualité égale, beaucoup moins coûteux. Cette collaboration serait donc aussi source d'économies et permettrait de garantir une utilisation optimale des ressources et une accessibilité équitable aux soins. Le niveau des primes d'assurance maladie de base du canton de Vaud, parmi les plus élevées de Suisse, démontre aussi l'urgence d'une approche cohésive pour maîtriser les coûts de la santé.

Le récent postulat de Florence Gross (PLR/VD), soutenu par les partis de droite, invitant le gouvernement à réfléchir à un nouvel hôpital urbain lausannois pour désengorger le CHUV, met en lumière non seulement l'urgence de réviser le modèle de soins à Lausanne et dans le canton mais aussi l'ignorance du politique du potentiel offert par les institutions privées. Le Conseil d'État vaudois n'a pas l'air d'avoir envie de reconnaître ce potentiel si l'on considère sa planification hospitalière ouvertement protectionniste envers le CHUV. Le manque d'écoute lors du processus de consultation en amont de la nouvelle planification

hospitalière a poussé Swiss Medical Network à une action en justice contre le refus du gouvernement vaudois de confier à ses cliniques les mandats de prestation sollicités et qui aurait pu suppléer en partie au déficit de prise en charge du CHUV. Les tribunaux arbitreront.

Plutôt que débattre d'un nouvel hôpital à Lausanne, engageons un dialogue ouvert sur la collaboration entre le CHUV, les hôpitaux de la FHV et les cliniques privées. Cela permettrait déjà de résoudre rapidement bon nombre de problèmes d'accessibilité aux soins. Mais est-il possible de mettre de côté l'idéologie et les intérêts politiques partisans pour s'attacher ensemble à soulager la pression sur les assurés vaudois et travailler à la qualité et l'efficacité du système de santé vaudois? La réponse est à la politique.

# BE – Bern: City Notfall prüft frühere Schliessung

 Medinside | 19.07.2024

Was tut eine Permanence, wenn sie abends keinen Aufpreis verlangen kann? Die Suche nach Lösungen hat begonnen.

Das Bundesgerichtsurteil zu den Inkonvenienz-Erschädigungen im Notfallbereich könnte vielerorts Folgen die Versorgung verändern: Dies befanden viele Gesundheits-Profis in den letzten Tagen. Neben der Permanence in Winterthur, deren Fall nun höchstgerichtlich behandelt wurde, stand dabei auch der City Notfall in Bern im Fokus.

Denn hier forderten 26 Krankenkassen in zwei Verfahren insgesamt 1,54 Millionen Franken zurück: Das Praxis-Unternehmen habe diesen Betrag ab 2016 zuviel abgerechnet, weil es für Behandlungen am Abend oder am Wochenende die Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale F einsetzte. In zwei weiteren Entscheiden, die ebenfalls diese Woche veröffentlicht wurden, wies das Bundesgericht eine Teil-Verjährung der Kassen-Forderungen ab (BG-Entscheide [9C\\_663/2023](#) [9C\\_663/2023](#) [9C\\_663/2023](#) und [9C\\_664/2024](#)).

«Das Geschäftsmodell ist in der heutigen Form kaum langfristig weiterzuführen»: So kommentierte Daniel Galli das Urteil [gegenüber der «Berner Zeitung»](#); Galli ist Leiter Management Services bei der Localmed & City Notfall AG.

## Kantonsgelder?

Zwar müssten die konkreten Massnahmen noch eingehen geprüft werden – aber: «Ohne zusätzliche Finanzierungsquellen ist es allerdings wahrscheinlich, dass der City Notfall in Bern zukünftig bereits um 19 Uhr schliessen wird.»

Schliesslich seien die abendlichen Öffnungszeiten mit Mehrkosten verbunden. Denkbar sei allerdings auch, so Galli zur BZ, diese Zusatzkosten künftig zu decken, indem die Patienten im City Notfall einen zusätzlichen Betrag von 20 Franken bezahlen.

Auch Daniel Galli deutet an – [wie auch MFE-Co-Präsidentin Monika Reber](#) –, dass die Kantone nun in die Pflicht geraten könnten und als Geldgeber fungieren könnten. «Der City Notfall in Bern wurde vor über 10 Jahren mit dem Ziel gegründet, die Notfallstationen zu entlasten und die Prämienkosten zu verringern.» Daher könne das Urteil daher den ganzen ärztlichen Notfalldienst aus dem Gleichgewicht bringen.

# Le nombre d'établissements hospitaliers en Suisse est en recul depuis 25 ans

 [rts.ch](https://www.rts.ch) | 19.07.2024

Le redimensionnement du paysage hospitalier en Suisse est en cours depuis longtemps. Le nombre d'hôpitaux généraux est passé de 200 à 100 au cours des vingt-cinq dernières années, selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

En Suisse, il y avait 278 établissements en 2022, soit 264 hôpitaux et 14 maisons de naissance. Sur ce total, 44 étaient des entreprises publiques qui ont accueilli 40% des hospitalisations, selon des chiffres de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Les hôpitaux totalisent 38'000 lits, dont environ deux tiers dans les établissements de soins généraux et un tiers dans les cliniques spécialisées. En 2002, il y en avait encore 44'000 pour 363 hôpitaux.

Environ 1,5 million de patientes et patients par an vont dans un hôpital suisse suivre un traitement.

## Plus d'un tiers des coûts de la santé

La part des soins hospitaliers représente 35,2% de l'ensemble des coûts de la santé (86 milliards), soit 30,4 milliards de francs.

Les dépenses liées à l'embauche de personnel (salaires, cotisations sociales) constituent quant à elle 62% des frais d'exploitation et les coûts d'investissement 8,2%.

Les hôpitaux tournent avec 180'818 équivalents plein temps, dont 140'000 dans les établissements de soins généraux et 40'000 dans les cliniques spécialisées. Quinze pourcents sont des médecins. **ats/iar**

# GE – Aux HUG, les repas servis à des patients font polémique

 Le Temps | HUG | 19.07.2024

En théorie, l'alimentation figure parmi les éléments clés d'une bonne récupération après une opération. Mais sur le terrain, il arrive que les patients déchantent. Face aux critiques, les Hôpitaux universitaires de Genève défendent leur politique tout en reconnaissant une marge d'amélioration.

## Sylvia Revello

«Bien manger est un plus pour votre santé et participe au processus de convalescence.» Si elle ne peut qu'approuver cette assertion émanant du site des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Mary-Laure Pilet garde une très mauvaise expérience des repas qui lui ont été servis durant sa brève hospitalisation à la suite d'une appendicite au début du mois de juillet. «Entre viande, produits laitiers et glucides simples, on m'a proposé une alimentation hautement inflammatoire qui allait à l'encontre du bon sens et des recommandations en matière de récupération», témoigne cette nutritionniste de 32 ans qui a fini par écourter son séjour pour pouvoir retrouver un régime adapté.

## «On m'a proposé une alimentation hautement inflammatoire allant à l'encontre du bon sens et des recommandations» - Mary-Laure Pilet, nutritionniste et patiente Aux HUG

Quelques heures après son opération début juillet, Mary-Laure Pilet reçoit son premier repas. Il est alors 18h30. «Je venais de me réveiller d'une anesthésie générale, j'avais encore la nausée et la gorge douloureuse après avoir été intubée», raconte la Genevoise, qui décrit le contenu de son plateau. Une crêpe aux épinards avec sauce béchamel et fromage, un vacherin emballé accompagné de carottes et haricots au beurre. Intolérante au lactose, elle n'y touche pas. «Non seulement j'avais de la peine à avaler des aliments solides, mais surtout je savais qu'ils n'allaient pas favoriser ma guérison.» La jeune femme demande alors une banane ou une compote de pomme pour passer la nuit. Plusieurs soignants lui promettent de faire le nécessaire mais rien n'arrive.

## Une application qui ne fonctionne pas

Le lendemain, après plusieurs dizaines d'heures à jeun, Mary-Laure Pilet se réveille affamée. Le petit-déjeuner achève de la faire déchanter: bol de lait chaud, café, pain blanc, confiture et beurre. «Quand j'ai demandé à changer de menu ou au moins à avoir un thé ou un fruit, on m'a dit de passer par l'application Concerto mais elle ne fonctionnait pas», affirme la jeune femme, qui ne se sent pas écoutée. Le lendemain, elle répète son message, en vain. «Plusieurs soignants m'ont confirmé en regardant l'application que je n'avais pas la possibilité de changer mes menus et qu'ils ne pouvaient rien faire.» Face à un ultime repas

composé de hachis de dinde, cornettes trop cuites et légumes au beurre, Mary-Laure Pilet finit par demander à rentrer plus tôt chez elle.

Hospitalisée durant dix jours pour une amputation de l'index en août 2023, Gaby Beekhuizen a connu une expérience similaire. Avant son opération, cette Vaudoise de 58 ans indique être intolérante au lactose et mal supporter le gluten. Elle espère recevoir des menus en conséquence. Mais en pleine canicule, alors que la température extérieure avoisine les 36 degrés, on lui sert des plats chauds, gras et salés du type purée avec rôti de porc et pain blanc.

«La diététicienne n'est pas venue me voir tout de suite, précise Gaby Beekhuizen. Lorsque j'ai enfin pu lui parler au bout de trois jours, je lui ai demandé d'avoir au minimum des protéines au petit-déjeuner et du pain sans gluten.» Elle n'obtient que le deuxième qui se révèle «dur comme du béton». «J'ai aussi essayé de modifier les menus sur l'application mais je n'y arrivais pas», déplore Gaby Beekhuizen qui finit par s'acheter à manger à la cafétéria des HUG et dans les commerces alentour. «Au-delà de mon cas, je pense aux personnes âgées pour qui l'alimentation est cruciale», conclut la Vaudoise.

Alors que le site des HUG indique qu'à l'hôpital, l'alimentation est considérée comme un soin intégré à la prise en charge globale, comment expliquer de telles mésaventures? «Nous faisons le maximum pour tenir compte des régimes médicaux et des préférences culinaires des patients étant entendu que 1600 repas sont préparés pour eux trois fois par jour», avance notamment Ivan Couillet, chef du service restauration des HUG.

A son arrivée, chaque patient se voit attribuer un profil alimentaire par défaut. «Il peut être modifié en cas d'allergie, de régime particulier ou encore de type de texture préconisée pour des raisons médicales, par exemple une alimentation mixée pour une personne qui ne peut pas mastiquer. Hors de ce champ médical, les éventuelles aversions ou intolérances sont aussi prises en compte pour générer les plateaux-repas», détaille le responsable.

«Lors d'une hospitalisation, la priorité est que les patients reçoivent un apport énergétique suffisant, notamment en protéines», ajoute la professeure Laurence Genton Graf qui dirige l'unité de nutrition et la Commission de l'alimentation des HUG. Elle établit une distinction entre allergie et intolérance, la première étant attestée par des atteintes immunitaires qui peuvent mettre la vie du patient en danger, la seconde provoquant des troubles digestifs sans affecter son pronostic. «Par exemple, un patient intolérant au lactose peut en tolérer de petites quantités.»

## «S'assurer que les repas servis sont satisfaisants»

«Une fois hospitalisé, le patient a la possibilité de changer de menu via l'application Concerto ou en s'adressant au personnel soignant ou au personnel hôtelier dont le travail est précisément de s'assurer que les repas servis sont satisfaisants», précise Ivan Couillet, reconnaissant toutefois que des manquements peuvent survenir notamment en cas d'opération non programmée. En ce qui concerne les régimes sans lactose ou sans gluten, qui restent rares, un menu compatible est garanti en tout temps, en revanche il n'y a pas forcément de volume suffisant pour proposer des choix dans ce menu.

Dans le cas de Mary-Laure Pilet et Gaby Beekhuizen, un autre facteur a pu jouer. «Le Département de chirurgie est le seul où les agents hôteliers n'ont pas encore été déployés, ce qui devrait être fait en septembre ou octobre», pointe Ivan Couillet, soulignant encore que les patients ont, en tout temps, la possibilité de demander des collations du type fruit, fromage ou encore assiette de viande séchée.



Aux HUG, près de 1600 repas sont préparés et livrés en chambre, trois fois par jour, par des agents hôteliers. (GENÈVE, 20 FÉVRIER 2023/JULIEN GREGORIO/HUG)

# Une planification à revoir

 La Liberté | 20.07.2024

Hôpitaux - Les hôpitaux suisses affichent une santé chancelante et multiplient les plans d'économies, le dernier en date étant celui du groupe bernois Insel. Cette situation n'a pas échappé au monde politique, qui remet désormais en question la planification hospitalière par les cantons.

## Valérie Favez

Suppressions de 200 à 300 postes au sein du groupe hospitalier bernois Insel, le plus grand de Suisse, juste après la fermeture de deux hôpitaux l'an dernier, 175 millions d'aide publique à l'HFR de Fribourg, 240 millions pour l'Hôpital cantonal d'Aarau, un hôpital récemment construit à Saint-Gall qui n'a jamais ouvert, menaces sur l'hôpital de Wetzikon (ZH).

Pour Christian Lohr (centre, TG), «cette mentalité de libreservice, qui a des conséquences financières élevées pour ceux qui paient les primes et le contribuable, n'est guère viable», écrit-il dans sa motion déposée il y a un an.

## Une forte densité

Une planification purement cantonale entraîne à moyen terme une offre insuffisante dans certains domaines et une offre excédentaire dans d'autres, estime Sarah Wyss (ps, BS) dans son postulat daté de février, d'ores et déjà accepté par le Conseil fédéral. Plus d'un tiers des coûts de la santé relève des hôpitaux, soit environ 30 milliards de francs par année.

Ces deux élus sont loin d'être les seuls à pointer des dysfonctionnements. Depuis un an, une quinzaine d'interventions parlementaires demandent de revoir l'offre hospitalière, un domaine de la compétence des cantons.

Un élu du PVL propose que «la planification hospitalière soit dorénavant réalisée par la Confédération en étroite collaboration avec les cantons». Pour sa part, Le Centre veut la création de régions de soins à l'échelle intercantonale. Le PS aimerait que le Conseil fédéral étudie une planification intercantonale contraignante.

Quant au PLR, il plaide pour un programme financé par la Confédération afin d'inciter les hôpitaux à se regrouper. «La Suisse connaît une densité hospitalière particulièrement forte, ce qui se traduit par d'importantes réserves de capacités et des coûts d'investissement et d'exploitation extrêmement élevés», relève Andri Silberschmidt (plr, ZH) dans son postulat. La mise en place au niveau régional d'une planification hospitalière faisait partie des recommandations d'un groupe d'experts mandatés par la Confédération en 2017 pour freiner les coûts de la santé. Aujourd'hui, d'anciens membres de ce groupe critiquent une mise en œuvre insuffisante.

## Mesures en 2022

Dans sa réponse aux parlementaires, le Conseil fédéral est aussi d'avis qu'il y a matière à amélioration. Il a ainsi déjà pris des mesures. Depuis 2022, les cantons ont l'obligation de tenir compte du potentiel de concentration des prestations non seulement à l'échelon cantonal, mais aussi au-delà de leurs frontières. Ils ont quatre ans pour s'adapter.

Le Conseil fédéral estime qu'il faut attendre les résultats avant de prendre d'autres décisions. La médecine hautement spécialisée est déjà soumise à des règles strictes.

## Cantons opposés

Les principaux concernés, les cantons, voient d'un mauvais oeil l'idée d'accorder à la Confédération un droit de regard sur la planification hospitalière. «Les systèmes de santé dont le pilotage est centralisé ne sont en soi pas plus performants ni moins coûteux», indique la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans une prise de position écrite.

L'offre de soins a fait ses preuves lors de la pandémie du Covid-19, ajoute-t-elle. En outre, la planification hospitalière doit être incluse dans un système de santé régional et avec la population concernée. Contrairement aux cantons, «la Confédération n'a pas cette proximité». Il existe déjà des collaborations intercantionales, par exemple entre les deux cantons de Bâle ou pour les cantons de Saint-Gall et les deux Appenzell, de même qu'entre Vaud et Valais. «Au sein de la CDS se pose la question de savoir s'il est possible de renforcer la collaboration par-delà les frontières cantonales et, si oui, comment?» ajoute la conférence. Reste que les soins hospitaliers ne sont pas le seul domaine qui fait grimper les coûts de la santé, précise-t-elle.

Mais pour Sarah Wyss, les cantons n'ont pas les mêmes intérêts. «Chacun regarde encore pour soi». Comme ils paient 55% des soins hospitaliers stationnaires, ils veulent décider de l'offre sur leur territoire sans devoir payer les tarifs fixés par un autre canton. Le cas de Bâle-Ville, qui accueille 45% de patients de Bâle-Campagne, illustre les tensions qu'il peut y avoir, malgré une collaboration étroite. **ATS**

# AG – Zukunft des Spitals Zofingen ist ungewiss

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | Spital Zofingen | 20.07.2024

Angestellte senden Hilferuf an die Politik, Investitionen wurden sistiert, die Standortleiterin geht und mehrere Ärzte haben gekündigt.

## Fabian Hägler und Philippe Pfister

«Wichtig für uns ist, dass das Kantonsspital Aarau als heutiger Eigentümer unseres Spitals ein Bekenntnis zum Spital Zofingen abgegeben hat und die Zusammenarbeit vertiefen will.» Das sagte Stadträtin Rahela Syed im Mai 2019 beim Spitalverein. Und sie ergänzte: «Der Standort wird dadurch gestärkt und langfristig gesichert.» 2011 hatte das Kantonsspital Aarau (KSA) das Spital Zofingen übernommen, die vollständige Integration erfolgte 2020. In der Mitteilung dazu hiess es, am Standort Zofingen werde festgehalten, die Arbeitsplätze blieben erhalten.

Mit dem Entscheid, das Spital Zofingen als Departement des KSA zu führen, kam es Anfang 2020 zum Führungswechsel. Spitalchef Christian Reize verliess Zofingen, weil sich sein Handlungsspielraum mit der Neuorganisation so verändere, «dass die Funktion nicht mehr der umfassenden Aufgabe eines CEO entspricht». Für ihn wurde Ariella Jucker als Standortleiterin eingesetzt – doch seit dieser Woche ist klar: Die KSA-Führung muss für Zofingen eine neue Leitung suchen.

## Zofinger Chefin geht nach vier Jahren wieder

Jucker verlässt das Spital per Ende Jahr und tritt Anfang 2025 eine neue Stelle als Chief Operations Officer der Akutsomatik von Frauenfeld und Münsterlingen bei der Thurmed AG an. Unter ihrer Führung seien in Zofingen wichtige Angebote in der Gastroenterologie, Orthopädie oder Kardiologie ausgebaut worden, teilte das KSA am Donnerstag mit. Zudem sei das Spital als Campus der integrierten Versorgung mit Schwerpunkt Altersmedizin konsequent weiterentwickelt und in der Region positioniert worden.

Der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung des KSA haben die Entscheidung von Ariella Jucker gemäss der Mitteilung «mit Bedauern zur Kenntnis genommen». Ein konkreter Grund für den Abgang wird in der Mitteilung nicht angegeben. Dem Vernehmen nach soll Jucker gekündigt haben, weil sie mit den Plänen für die Zukunft des Spitals Zofingen nicht einverstanden gewesen sei. «Das ist falsch», hält KSA-Sprecherin Isabelle Barton fest und verweist darauf, dass Juckers neuer Arbeitsort näher an ihrem Wohnort liege. Nur ein paar Tage bevor Juckers Abgang publik wurde, wandten sich besorgte und verunsicherte Mitarbeitende des Spitals per Mail an die Zofinger Stadtpräsidentin Christiane Guyer. In der Nachricht, welche dieser Zeitung vorliegt, üben sie Kritik an der KSA-Führung. Trotz jahrelanger Versprechungen einer neuen Strategie, unter anderem durch den neuen Verwaltungsratspräsidenten Daniel Lüscher, sei nichts geschehen.

## Mitarbeitende befürchten Schliessung des Spitals

Stattdessen würden Unsicherheit und Gerüchte verbreitet, schreiben die Mitarbeitenden und verweisen auf angebliche Aussagen von Lüscher wie: «In Zofingen investieren wir keinen Rappen mehr» oder «die Strategie kann erst nach den Regierungsratswahlen bekannt gegeben werden». Diese Äusserungen lassen aus Sicht der Angestellten «keinen anderen Schluss zu, als dass man Zofingen schliessen möchte». Solche Pläne gebe es nicht, teilt KSA-Sprecherin Barton mit. Der Verwaltungsrat habe 2023 eine Analyse des Leistungsangebots durchgeführt, die eine wichtige Grundlage für die Überarbeitung der Unternehmensstrategie bilde. Der Regierungsrat werde im dritten Quartal 2024 die Eigentümerstrategie für die drei Kantonsspitäler beschliessen. Gestützt darauf werde der Verwaltungsrat die neue Unternehmensstrategie für das KSA festlegen. «Damit eng verknüpft ist die Strategie des Verwaltungsrats für die Spital Zofingen AG», schreibt Barton.

## KSA-Neubau erhält Stock mit 72 weiteren Betten

Oft ist in der Region diese Befürchtung zu hören: Der 4. Stock am Kantonsspital Aarau ersetzt das Spital Zofingen, das zu einem ambulanten Zentrum umfunktioniert wird. Ende Juni zeigten Recherchen dieser Zeitung, dass beim Neubau in der Hauptstadt ein Geschoss mit 72 Betten für stationäre Patienten vorzeitig erstellt wird. Dies «aufgrund der hohen Patientennachfrage sowie aus ökonomischen Gründen», hiess es dazu vom KSA. Nun hält Sprecherin Barton fest, es gebe keine Pläne, aus dem Spital Zofingen ein ambulantes Zentrum zu machen.

## Sanierung des OP-Bereichs in Zofingen auf Eis gelegt

Wenn das Spital Zofingen weiterbetrieben werden soll, müsste der OP-Bereich gemäss Informationen dieser Zeitung dringend saniert werden. Dies würde ungefähr 10 Millionen Franken kosten, im Jahr 2022 hiess es an einer Mitarbeitenden-Information, dass die Investition genehmigt sei und die Sanierung nun erfolge. Die neue KSA-Führung habe das Projekt aber auf Eis gelegt, verschoben oder ganz gestrichen.

KSA-Sprecherin Barton schreibt, das Spital Zofingen wisse für die nächsten zehn Jahre einen Investitionsbedarf zwischen 60 und 70 Millionen Franken auf. Die Infrastruktur – auch Teile des OP-Bereichs – sei teilweise sanierungsbedürftig. «Die Investitionsentscheide hängen mit dem laufenden Strategiefindungsprozess zusammen, weshalb sie teilweise sistiert wurden», hält sie fest.

## Wechselt das Radiologie-Team nach Lenzburg?

In der Zwischenzeit habe der Exodus aus Zofingen begonnen. «Die gesamte Radiologie hat bereits gekündigt», heisst es im Mail. Viele Leistungsträger orientierten sich neu und weitere Abgänge seien absehbar. Die Strategie könnte darauf abzielen, über diesen Effekt Fakten zu schaffen, schreiben die Mitarbeitenden. Die Kündigungen in der Radiologie sind brisant, denn das KSA hat erst kürzlich angekündigt, in Lenzburg ein neues Radiologiezentrum einzurichten.

«Es ist korrekt, dass die Radiologieärzte des Spitals Zofingen gekündigt haben», schreibt Barton. Die Kündigungen stünden aber in keinem Zusammenhang mit dem Radiologiezentrum in Lenzburg, dieses werde eröffnet, um Wartefristen abzubauen. «Die Ärzte werden die kommenden Monate noch weiterhin in Zofingen arbeiten, eine nahtlose Anschlusslösung ist in Erarbeitung», hält die KSA-Sprecherin fest. Der Entscheid, in Lenzburg ein Radiologiezentrum zu eröffnen, stehe in keiner Verbindung zum Spitalstandort Zofingen, betont sie.

## Stadtrat Zofingen will sich für Standort einsetzen

Wirtschaftlich steht das Spital Zofingen unter Druck. Im Geschäftsbericht 2023 ist trotz Wachstum im stationären Bereich ein Verlust von rund vier Millionen Franken ausgewiesen, während die KSA-Gruppe als Ganzes eine schwarze Null schrieb. Im Vorjahr hatte Zofingen noch einen kleinen Gewinn von 100 000 Franken verzeichnet. «Das Spital gehört letztlich uns allen, wir haben ein gemeinsames Interesse, dass die Versorgung der Bevölkerung weiterhin gewährleistet wird», heisst es im Mail der Angestellten. Insgesamt gehe es um über 800 Arbeitsplätze, und es schein angebracht, dass sich auch die politische Führung einschalte.

Dem Stadtrat sei bekannt, dass bei Kanton und KSA verschiedene Strategien für den Standort Zofingen diskutiert würden, sagt Stadtpräsidentin Christiane Guyer auf Anfrage. «Dem Stadtrat ist wichtig, dass die Region Zofingen auch in Zukunft eine wohnortnahe ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung hat.» Die lokale Nähe sei vor allem im Notfall zentral. «Sie entspricht zudem der gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2030, welche der Grosse Rat im Juni genehmigt hat», so Guyer weiter.

Ein massiver Abbau oder gar eine Schliessung in Zofingen «wäre für die Region eine ganz schlechte Entwicklung, welche zu vermeiden ist». Der Stadtrat sei sich zudem der Bedeutung des Spitals als eines grossen Arbeitgebers bewusst. «Er wird sich im Rahmen seiner Möglichkeiten für den Standort einsetzen.» Eine Delegation habe mit den Verantwortlichen Gespräche geführt, um die Anliegen Zofingens einzubringen – «und damit wir transparent über die Pläne informiert werden».

# Droht dem Spital Zofingen die Schliessung?

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Investitionen von 60 bis 70 Millionen Franken nötig, Sanierung des OP-Bereichs sistiert – die Zukunft des zweiten Standorts des Kantonsspitals Aarau ist offen.

## Fabian Hägler und Philippe Pfister

Es ist ein Hilferuf, den Stadtpräsidentin Christiane Guyer in einem Mail von Angestellten des Spitals Zofingen erhalten hat. Dieses gehört seit vier Jahren vollständig zum Kantonsspital Aarau (KSA), die Kritik des Personals richtet sich an dessen Führung. Obwohl Verwaltungsratspräsident Daniel Lüscher eine neue Strategie versprochen habe, sei nichts geschehen. Lüscher solle auch gesagt haben, in Zofingen werde kein Rappen mehr investiert.

Das lässt aus der Sicht der Angestellten dort «keinen anderen Schluss zu, als dass man Zofingen schliessen möchte». Dies dementiert eine KSA-Sprecherin und sagt, konkrete Schliessungspläne gebe es nicht. In den nächsten zehn Jahren seien in Zofingen aber Investitionen von 60 bis 70 Millionen Franken nötig. Die Infrastruktur, zum Beispiel der OP-Bereich, ist teilweise sanierungsbedürftig. Eine dort vorgesehene Sanierung für rund 10 Millionen Franken wurde indes sistiert. Wie viel Geld das KSA in den Standort Zofingen stecken will, ist offen und entscheidet sich erst im Herbst, wenn die Verantwortlichen über die künftige Unternehmensstrategie entscheiden.

Christiane Guyer findet es wichtig, «dass die Region Zofingen auch in Zukunft eine wohnortnahe ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung hat». Ein massiver Abbau oder gar eine Schliessung des Spitals «wäre eine ganz schlechte Entwicklung, die zu vermeiden ist». Der Stadtrat habe deshalb mit den Verantwortlichen bereits Gespräche geführt und werde sich im Rahmen seiner Möglichkeiten für den Standort einsetzen, verspricht sie.

### Gleichen Tags erschienen in

- Aargauer Zeitung - Ausgabe Brugg
- Aargauer Zeitung - Ausgabe Freiamt
- Aargauer Zeitung - Ausgabe Fricktal
- Badener Tagblatt

# ZH – Spital Bülach: Niederhasli will Spitalaktien verkaufen

 Zürcher Unterländer | 20.07.2024

«Kein politisches Zeichen» Die Gemeinde hält knapp 5 Prozent der Aktien des Spitals Bülach. Ein Verkauf sei nicht unsolidarisch, sondern folgerichtig, führt der Gemeindepräsident aus.

## Thomas Mathis

Die Mitteilung der Gemeinde Niederhasli wäre wohl weniger brisant, wenn das Spital Wetzikon nicht kürzlich in existenzielle Probleme geraten wäre. Während man in Wetzikon ums Überleben kämpft, heisst es beim Spital Bülach, dass man finanziell solid dastehe und an den geplanten Bauprojekten festhalte.

Nun teilt Niederhasli mit, der Gemeinderat habe entschieden, den Aktionärbindungsvertrag per Juni 2025 zu kündigen. Der Vertrag wurde 2015 für eine Dauer von zehn Jahren abgeschlossen und verlängert sich automatisch.

## Kanton ist für Spitäler verantwortlich

Niederhasli besitzt 18'245 Aktienanteile mit einem vor zehn Jahren geschätzten Wert von rund 1,8 Millionen Franken. Der Anteil beträgt damit 4,6 Prozent.

Gemeindepräsident Daniel Wüest (FDP) begründet den Entscheid mit der Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Kanton und Gemeinden. «Der Kanton ist für die Spitäler verantwortlich, die Gemeinden für die Langzeitpflege. Das wurde politisch so festgelegt. Wir folgen dieser Festlegung.»

Wüest will die Kündigung keinesfalls als politisches Zeichen verstanden wissen. «Wir stellen den Standort nicht infrage und sehen auch keine Anzeichen für eine finanzielle Gefahr», stellt er klar. Der Entscheid sei vielmehr ein Zeichen, dass man dem Spital unternehmerische Freiheit zugestehen möchte und die politisch gewollte Aufgabenteilung respektiere. Ein Verkauf der Aktien sieht er deshalb auch nicht als unsolidarisch, sondern als folgerichtig an. Auch andere Gemeinden wie Regensdorf oder Dielsdorf hielten keine Beteiligung am Spital Bülach.

Was bedeutet der Entscheid für die Bevölkerung? «Es ändert sich nichts», versichert Wüest. Die Einwohnerinnen und Einwohner von Niederhasli könnten sich weiterhin auch in Bülach behandeln lassen. Auch der Einfluss der Gemeinde auf die Spitalentscheide ändere sich kaum. «Als Minderheitsaktionärin sind wir auf andere Gemeinden angewiesen, wenn wir etwas bewirken möchten.» Offen ist indes, ob Niederhasli für die Aktien eine Käuferin finden wird. Die Aktionärgemeinden haben zwar ein Vorkaufsrecht, ein Verkauf ist aber auch an Dritte möglich.

## Keine Pflicht für die Gemeinden

Das Spital Bülach nimmt vorerst keine Stellung zur Entscheidung aus Niederhasli. Man werde nach den Sommerferien das Gespräch mit der Gemeinde aufnehmen.

Zu den Aktionären des Spitals Bülach gehören die Gemeinden Bachenbülach, Bachs, Bassersdorf, Bülach, Eglisau, Embrach, Freienstein-Teufen, Glattfelden, Hochfelden, Höri, Hüntwangen, Kloten, Lufingen, Neerach, Niederglatt, Niederhasli, Niederweningen, Nürensdorf, Oberembrach, Oberglatt, Oberweningen, Opfikon, Rafz, Regensberg, Rorbas, Schleinikon, Schöfflisdorf, Stadel, Steinmaur, Wasterkingen, Weiach, Wil und Winkel.

Nicht mit dabei sind demnach die Furttaler Gemeinden Boppelsen, Buchs, Dällikon, Dänikon, Hüttikon, Otelfingen und Regensdorf. Diese gehörten zuvor dem Spital Limmattal an. Heute trifft das nur noch auf Dänikon zu. Als Standort der Adus-Klinik ist auch Dielsdorf nicht unter den Aktionärgemeinden. Rümliang hat vor der Umwandlung in eine Aktiengesellschaft den vormaligen Zweckverband verlassen. Aus dem Bezirk Bülach fehlen Dietlikon und Wallisellen. Sie gehörten früher dem Spital Uster an. Die Gemeinden sind heute nicht mehr gesetzlich verpflichtet, einem Spital anzugehören.

«Wir stellen den Standort nicht infrage und sehen auch keine Anzeichen für eine finanzielle Gefahr.» - Daniel Wüest Gemeindepräsident

# ZH – ZKB stuft GZO-Obligation als «Ramsch» ein

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 20.07.2024

Wetzikon - Soll das GZO Spital in Wetzikon überleben, geht das nur mithilfe der zwölf Aktionärgemeinden. Das sagt Patrick Hasenböhler, Finanzanalyst bei der Zürcher Kantonalbank.

## Sandro Compagno

Nach Wochen einer fast gespenstischen Ruhe nimmt das Thema GZO Spital wieder Fahrt auf. Zuerst war da das Interview, in dem Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig und Spitaldirektor Hansjörg Herren klarmachten, dass eine Aktienkapitalerhöhung allein nicht ausreichen würde, um das angeschlagene Spital vor dem Grounding zu retten.

Es ist das erste Mal seit der Swissair im Jahr 2001, dass ein Schweizer Unternehmen, das am Kapitalmarkt eine Obligationenanleihe aufgenommen hat, in Zahlungsverzug geraten ist. Und dann tauchte am Donnerstag eine Gruppe von Obligationären mit der Idee auf, die Laufzeit der mittlerweile fälligen Anleihe von 170 Millionen Franken um drei Jahre zu verlängern – mit kontinuierlich steigenden Zinsen.

## ZKB stuft GZO AG herunter

Bei der Zürcher Kantonalbank (ZKB) beschäftigt sich Credit-Research-Analyst Patrick Hasenböhler mit dem GZO Spital Wetzikon respektive der Anleihe aus dem Jahr 2014. Die ZKB hat die Kreditwürdigkeit des GZO Spitals im Mai auf C gesenkt. Übersetzt bedeutet dies: Die Bank sieht eine mangelhafte Bonität, eine akut gefährdete Zins- und Tilgungsfähigkeit und eine sehr hohe Ausfallwahrscheinlichkeit. Man spricht in solchen Fällen auch mal von «Ramschanleihen».

Wie weiter also mit dem GZO Spital? «Es geht nur, wenn sich die Spitalleitung, die Aktionärgemeinden und die Gläubiger einig sind», sagt Patrick Hasenböhler. Für den ZKB-Analysten ist eines klar: «Die Aktionärgemeinden müssen Geld einschiessen.» Andere Szenarien seien unwahrscheinlich.

Nur wäre dies in jedem Fall mit Volksabstimmungen in den zwölf Aktionärgemeinden verbunden. «Und zwar unabhängig davon, ob die Gemeinden Eigenkapital einschiessen oder Darlehen gewähren», präzisiert Hasenböhler.

Doch damit wäre es nicht getan. «Ob eine Refinanzierung ohne Schuldenschnitt politisch durchsetzbar ist, bleibt abzuwarten», steht in einer Marktanalyse der ZKB. Das bedeutet, dass eine Sanierung kaum möglich ist, wenn die Gläubiger nicht bereit sind, auf Geld zu verzichten. Das würde sowohl die Anleihegläubiger betreffen als auch Gläubiger wie beispielsweise den Generalunternehmer Steiner, der bis vor wenigen Wochen die Verantwortung für den Neubau trug und sich mittlerweile ebenfalls in Nachlassstundung befindet.

## Abgeltung des Risikos

Die Gruppe von Obligationären, die sich GZO Creditor Group nennt und gemäss eigenen Angaben 6,56 Prozent der Anleihe vertritt (also nominell 11,2 Millionen Franken), schlägt eine Fristerstreckung für die Rückzahlung um drei Jahre vor. In dieser Zeit soll der Zinssatz alle sechs Monate um 0,5 Prozent von aktuell 1,875 auf 4,875 Prozent im Jahr 2027 steigen. Zu happig? «Das ist eine Frage der Perspektive», sagt Hasenböhler: «Aus Sicht der Gläubiger ist die Abgeltung des Risikos durchaus nachvollziehbar.» Das GZO Spital sieht das ganz anders.

Dass das GZO Spital die im Juni fällige Obligationenanleihe über 170 Millionen Franken nicht zurückzahlen konnte, stellt der ZKB-Analyst in folgenden Kontext: «Niemand hat erwartet, dass die Rückzahlung vollumfänglich ohne Refinanzierung erfolgt.» Denn im Regelfall refinanzieren Schuldner zumindest einen Teil der aufgenommenen Summe mit der Ausgabe einer neuen Obligationenanleihe. «Doch heute ist die Profitabilität der meisten Schweizer Spitäler deutlich tiefer als noch vor zehn Jahren. Das hat alle Berechnungen über den Haufen geworfen», so Hasenböhler.

Ein Grund seien die Covid-Pandemie und die folgende Inflation, verbunden mit steigenden Personalkosten: «Auf der einen Seite haben die Spitäler höhere Ausgaben, auf der anderen Seite sind ihre Tarife politisch festgelegt.» Mildernde Umstände also für Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig und die Wetziker Spitalleitung. Doch an der dramatischen Schieflage ändern diese nichts.

## GZO-Anleihe steigt auf über 40 Franken

Obwohl sie eigentlich am 12. Juni 2024 fällig war, wird die Anleihe der GZO AG weiter an der Börse gehandelt. Der Nominalwert einer Obligation liegt bei 100 Franken, ausgegeben wurde sie vor gut zehn Jahren für 101,8 Franken, also mit einem Aufschlag (Agio) von 1,80 Franken, und mit einem Zins von 1,875 Prozent. Am 3. April dieses Jahrs lag der Kurs des Papiers noch bei 99,79 Franken, also praktisch auf dem 2014 definierten Rücknahmekurs von 100 Franken. Einen Tag später wurde bekannt, dass das Spital die Anleihe nicht zurückzahlen kann und beim Kanton erfolglos um Unterstützung gebeten hatte. Der Titel verlor innert kurzer Zeit zwei Drittel seines Werts und erreichte Anfang Mai, nachdem die GZO AG die provisorische Nachlassstundung beantragt hatte, seinen Tiefststand von 32 Franken. Mittlerweile liegt der Preis einer Obligation wieder bei 42 Franken, allein in den letzten zehn Tagen legte das Papier um mehr als 10 Prozent zu. Auffällig ist das deutlich gestiegene Handelsvolumen, seit die GZO Creditor Group an die Öffentlichkeit getreten ist. (sco)

---

# ZKB stuft Kreditwürdigkeit des GZO Spitals dramatisch herab

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Wetzikon - Erstmals seit 2001 kann ein inländisches Unternehmen eine am Kapitalmarkt aufgenommene Obligationenanleihe nicht zurückzahlen. Die letzte Firma, die in derartige Turbulenzen geraten ist, war die Swissair.

Wie lässt sich das Grounding des GZO Spitals in Wetzikon verhindern? Für den ZKB-Analysten Patrick Hasenböhler kann es nur eine Lösung geben, wenn alle Beteiligten am gleichen Strick ziehen: Neben der Spitalleitung sind dies die Aktionärsgemeinden, die Geld einschiessen, und die Gläubiger, die auf Geld verzichten müssen. **(sco)**

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# «La santé est devenue un produit de consommation»

 Tribune de Genève | 20.07.2024

Trois médecins romandes veulent intensifier le débat sur leur pratique, en abordant les questions de la rationalisation des soins et d'un changement de comportement du patient.

## Aurélié Toninato

Depuis l'annonce d'une énième hausse des primes maladie l'automne passé, des voix de tous bords s'élèvent pour dénoncer un système de santé suisse «en crise» arrivé «en bout de course». Elles appellent à une réforme en profondeur. À Genève, des médecins aussi donnent de la voix et veulent intensifier le débat.

«Avec des collègues, nous avons l'impression qu'on fonce dans un mur et que rien n'est fait pour dévier la trajectoire, confie Emmanuelle Jung, médecin de premier recours installée en cabinet depuis vingt-deux ans. Nous nous posons des questions sur notre pratique et souhaitons susciter une réflexion de la part de nos pairs ainsi que de la société sur la «consommation médicale.»

## Trop d'actes inutiles

Pour Johanna Sommer, médecin et responsable du cursus de santé planétaire à la Faculté de médecine, la santé est devenue un produit de consommation, voire de surconsommation. Selon un rapport du Contrôle fédéral des finances en 2021, quelque 20% des actes médicaux remboursés par l'assurance maladie en Suisse sont inutiles.

Des études, dont une genevoise, révèlent également que 50% des examens complémentaires effectués dans un centre d'urgence sont superflus, et que près de 40% des IRM du genou sont inutiles. Ces pourcentages représentent autant d'économies potentielles. Sauf que le tir est loin d'être facile à corriger, car il est influencé par de multiples facteurs.

«Il y a d'abord l'impression que la médecine peut tout résoudre, que les examens donneront forcément des réponses, rapporte Emmanuelle Jung. Or, tous les symptômes ne sont pas signes de maladie à diagnostiquer à tout prix. Nombre d'entre eux peuvent être dus à l'anxiété, au stress ou au processus de vieillissement «normal» qui ne nécessite pas forcément une mesure médicale au sens strict.»

Pour Sarra Inoubli, médecin généraliste formée à Genève mais exerçant à Nyon, la pandémie - avec le développement éclair de vaccins notamment - a accentué ce phénomène de «médecine toute-puissante».

## Praticiens sous pression

Face à des patients qui arrivent souvent avec un autodiagnostic établi grâce à internet, les médecins confient leur difficulté lorsque leur expertise ne va pas dans le même sens. «L'assuré paie des primes exorbitantes, il estime avoir droit à ces examens», confie la généraliste.

Sa consœur genevoise estime que la société d'aujourd'hui - en particulier la génération des digital natives (enfants du numérique) - pousse médecins et patients à vouloir des réponses à tout et tout de suite. «Or, dans beaucoup de situations, on peut se permettre de voir l'évolution et de temporiser. On peut et on doit remettre du bon sens dans notre pratique, et pas seulement pour le problème des coûts de la santé.»

À la pression s'ajoutent une fatigue et une anxiété chez les professionnels, et il est parfois plus simple de cocher une case de prescription plutôt que de s'opposer à un patient ou à ses proches

Prescrire de guerre lasse, mais aussi pour se protéger dans une société toujours plus prompte à la judiciarisation, pour se rassurer face au spectre d'un diagnostic manqué, résume Emmanuelle Jung. «La gestion de l'incertitude fait partie du rôle du médecin, sa formation et son expérience sont des socles sur lesquels il peut s'appuyer, mais cela devient de plus en plus difficile vu l'évolution décrite ci-dessus.» Sarra Inoubli confirme: «Dans notre société, le risque zéro n'est pas une option.»

Pour ces trois professionnelles, il faut ouvrir le débat sur une rationalisation des soins. «Cela ne veut pas dire moins bien soigner, au contraire, souligne la médecin genevoise. Plusieurs études montrent que la multiplication des examens n'est pas bénéfique à terme pour le patient.»

## Limiter certains soins?

Leur questionnement va même plus loin: faut-il donner accès à toutes les procédures, quels que soient l'âge et l'état de santé? Johanna Sommer évoque le cas d'une patiente, centenaire, admise aux Urgences et à qui un cardiologue a posé des stents. «Or, elle n'en voulait pas, elle était prête à mourir. Il y a tellement d'abondance qu'on fait tout parce qu'on a les moyens. Et parce qu'il n'y a personne qui nous paie pour faire moins»

Sa collègue genevoise évoque une logique jusqu'au-boutiste. «Les trajets de soins sont complexes, surtout dans la dernière partie de la vie. Dans notre médecine actuelle, décider de ne pas agir est nettement plus difficile que le contraire.»

Sarra Inoubli ajoute que, dans certains cas, le médecin ne peut pas se poser uniquement en sauveur. «C'est difficile, car il a été formé pour cela, et parce que, dans notre société, la mort n'est plus concevable.»

Comment accepter l'idée qu'un pays riche comme la Suisse en arrive à limiter certains soins? Il ne s'agit pas du tout d'un rationnement, précise Emmanuelle Jung, mais de diminuer ce «gaspillage», soit ces examens effectués inutilement. «Néanmoins, la question d'une rationalisation doit être envisagée en fonction de l'état de santé, du pronostic vital et de l'âge.»

## Meilleure communication

Pour elle, cette limitation pourrait être le fait d'un comité d'experts avec des directives précises qui, dans les cas complexes nécessitant des traitements très coûteux, étudieraient si ceux-ci sont médicalement justifiés et éthiquement valables. Tout comme ses collègues, la généraliste demande aussi davantage de temps de discussion avec le patient pour mieux connaître ses souhaits et mieux l'informer sur les bénéfices-désavantages d'un traitement.

Encore faut-il que les médecins puissent prendre ce temps. Pour les trois professionnelles, la réforme du système de santé doit passer par le remplacement du système de facturation à l'acte et privilégier le forfait par patient, ce qui permettrait notamment de rémunérer le temps consacré à la prévention.

## Maisons de santé

Elles évoquent également le modèle des maisons de santé - qui réunissent plusieurs professions sous un même toit - à la place du modèle du médecin seul dans son cabinet «pour des questions de coûts et un échange d'expertises», ou encore le dossier informatisé du patient «indispensable» pour la transmission d'informations et pour limiter la redondance d'examens.

Enfin, soutiennent-elles, l'amélioration du système de soins, et donc une meilleure maîtrise des coûts, doit aussi passer par un changement de comportement des patients.

«On croit que les soins déterminent la santé alors que ce n'est vrai que pour environ 20% de la santé, les 80% essentiels sont déterminés par la génétique, le contexte socioéconomique, l'environnement et les comportements de santé, relève Johanna Sommer. C'est donc plus avec une prévention intelligente que nous pourrions l'influencer.»

---

## Santé et soins: gare à la surconsommation!

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

La hausse continue des primes maladie donne aussi à réfléchir à des membres du corps médical. Ainsi, entre Genève et Nyon, trois praticiennes s'interrogent sur l'utilité de certains examens et prescriptions. Leur réflexion globale touche également les attentes et l'attitude des patients. Diagnostic et débat.