

## Inhaltsverzeichnis

### H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

L'hôpital à la maison, c'est possible!

 Le Matin Dimanche | 06.10.2024

### GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Wie die BAB-Vorschriften die Versorgung erschweren

 Medinside | 07.10.2024

Volksinitiative für Medikamentensicherheit eingereicht

 Tages-Anzeiger | 04.10.2024

Gesundheitsreform spaltet Linke

 SonntagsBlick | 06.10.2024

EFAS-Vorlage: Wie viel spart man wirklich?


 SRF 1 | 05.10.2024

Une initiative populaire pour en finir avec les pénuries de médicaments

 Le Temps | 04.10.2024

### PHARMA

«La production suisse de médicaments est menacée»

 watson.ch (fr) | 06.10.2024

Pilz-Gegengift und Antibiotika: Spitäler warnen vor Engpässen

 20min.ch (de) | 04.10.2024

### SPITÄLER

AG – Gianni Rossi: «Wir sind chronisch unterfinanziert» - Interview

 Badener Tagblatt | 07.10.2024

ZH – KSW: Sie reinigt nachts die OP-Säle

 Der Landbote | 04.10.2024

### DIVERSES

Ospedalizzazione a casa, un modo per contenere i costi della salute

 RSI Rete Uno | 06.10.2024

Mieux utiliser les données réduirait les coûts et améliorerait la qualité des soins

 L'Agefi | 04.10.2024

Wann sollten Ärztinnen und Ärzte aufhören?

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 07.10.2024

### KRANKENKASSEN

GE – Genève relance l'idée d'une caisse-maladie unique d'Etat

 blick.ch (fr) | 05.10.2024

Grand écart entre les caisses maladie en termes de frais administratifs

 Le Temps | 04.10.2024

## Millions économisés en décortiquant les factures

 20 minutes | 07.10.2024


---

## GE – Genf will Monopol-Krankenkasse

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 05.10.2024

---

## Jeder Dritte erwägt einen Wechsel der Krankenkasse

 Tages-Anzeiger | 05.10.2024

---

### KANTONAL / REGIONAL

## FR – Soignants soutenus

 La Liberté | 05.10.2024

---

## BS, BL – Gesundheitsökonom Stefan Felder: Mindestfranchise? «Erhöhen» - Bruderholzspital? «Schliessen» - Interview

 Basler Zeitung | 04.10.2024

---

# L'hôpital à la maison, c'est possible!

 Le Matin Dimanche | 06.10.2024

Soins - Plusieurs expériences menées en Suisse permettent à des patients de rester chez eux. Un concept prometteur, mais encore peu développé. Témoignages.

## Caroline Zuercher

En avril, Jérôme a dû être opéré à cœur ouvert, en raison d'une malformation de naissance. À la suite de son hospitalisation, qui a duré neuf jours, il devait encore effectuer de la réadaptation.

«Traditionnellement, il faut pour cela se rendre dans une clinique, explique le Biennois. Mais dans mon cas, on a choisi une autre solution.» Le patient a pu rentrer chez lui, où il s'est remis sur pied.

Cela a été possible car sa réadaptation consistait surtout à marcher dans la nature et à faire des exercices de musculation à la maison. Comme Jérôme adore la marche, il n'a pas été trop difficile de se motiver. Durant douze semaines, il a porté un bracelet qui comptait son nombre de pas et mesurait son rythme cardiaque. Son poids et sa pression étaient également mesurés, et ces données transmises à l'hôpital.

«En plus de mes activités à la maison, je devais aller une fois par semaine chez le physiothérapeute de l'Hôpital de l'Île [\(ndlr: à Berne\)](#), et j'avais un appel hebdomadaire avec une thérapeute du sport qui regardait toutes mes données et faisait la liaison avec le cardiologue.»

À l'heure du premier bilan, le patient se dit ravi: «Cette solution m'a offert une grande flexibilité. Elle m'a permis de combiner facilement rééducation et activités professionnelles. Mais j'imagine que cela ne convient pas à tout le monde. Il faut être autonome, avoir le soutien de ses proches et ne pas être trop loin de l'hôpital. Et puis il faut être à l'aise avec cette démarche, sinon, on peut vite s'inquiéter à l'idée d'être plus loin d'un médecin.»

Cette expérience s'inscrit dans un contexte plus large. La frontière traditionnelle entre les soins ambulatoires (fournis sans qu'on dorme à l'hôpital) et les soins stationnaires (avec au moins une nuit à l'hôpital) devient de plus en plus floue. Poussée à l'extrême, cette évolution conduit à un concept novateur: l'hospitalisation à la maison, ou Hospital at Home.

## Des conditions précises

Laura Treccani est membre du comité de la société Swiss Hospital at Home, créée l'an dernier pour promouvoir ce concept. «L'idée est de déplacer la prise en charge hospitalière à la maison, et d'y assurer le traitement de soins aigus de manière pluridisciplinaire, en partenariat avec les intervenants externes», détaille-t-elle. Les patients doivent être stables, habiter près de l'hôpital et souffrir de maladies adaptées, comme la pneumonie ou l'insuffisance cardiaque. Certains traitements tels que des transfusions, radiographies ou oxygénothérapie peuvent également être prodigués.

Plusieurs structures de ce type sont déjà en activité, notamment dans les cantons de Zurich, Bâle-Campagne et Schwytz. Dans le Jura bernois, le Réseau de l'Arc propose également une telle solution

depuis octobre 2023. «Elle est offerte à des personnes prises en charge en chirurgie, au service de médecine et aux urgences, précise Aurore Maggiotto, responsable de ce service. Et nous travaillons sur la possibilité de la mettre en place avec les médecins traitants qui envoient des patients à l'hôpital.»

En un an, quelque 70 personnes sont déjà restées chez elles dans le Jura bernois. Aurore Maggiotto donne l'exemple d'un septuagénaire atteint d'une maladie chronique qui présentait des problèmes cardiaques et respiratoires. Il a pu rentrer à la maison, où les infirmières lui ont rendu visite deux fois par jour. Il était aussi surveillé par monitoring: quand une alarme s'est déclenchée, signalant que son état était possiblement en train de se détériorer, une soignante est entrée en contact avec lui pour déterminer ce qu'il fallait faire et coordonner les actions avec le médecin.

«Cette solution doit être préparée avec le patient et contribuer efficacement à sa convalescence, c'est la première condition», poursuit Aurore Maggiotto. Le malade doit en outre être majeur, vivre dans la région et être stable. Son domicile doit être sûr. Pas question, par exemple, de l'envoyer dans un appartement avec des problèmes de chauffage! Une étude minutieuse est donc nécessaire dans chaque cas pour mettre en place les bons outils et les traitements les plus adéquats.

## Ligne téléphonique directe

La surveillance est garantie par l'hôpital, qui assure au moins un passage par jour et une ligne de téléphone directe. À cela s'ajoutent les visites du réseau des soins à domicile et celles d'autres soignants, comme des physiothérapeutes. En moyenne, il y a trois rendez-vous médicaux par jour et l'hospitalisation dure huit jours.

«Selon les questionnaires remplis par nos patients, cette solution contribue à un retour en bonne santé, ou à stabiliser une maladie chronique, conclut Aurore Maggiotto. Mais des développements sont encore nécessaires. Les avancées technologiques et le travail en réseau offrent notamment encore un potentiel important.»

Au rang des avantages, tout le monde souligne que cette option permet d'éviter les infections contractées parfois à l'hôpital. Laura Treccani y voit aussi une réponse à la pénurie de lits dans certains hôpitaux. Ses partisans soulignent encore que cela permet d'échapper aux ronflements d'un voisin de chambre ou de profiter du confort de son lit. «À l'hôpital, il arrive souvent qu'une personne âgée se réveille en pleine nuit, sans savoir où elle est, complète Patrizia D'Amelio, médecin-chef du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV, à Lausanne. Cette confusion peut conduire à une chute.»

Cette médecin, d'origine italienne, a expérimenté l'hospitalisation à domicile à Turin. Aujourd'hui, elle souhaite implanter le concept dans le service de gériatrie du CHUV. Elle espère lancer un projet au début de l'année prochaine, pour étudier ce qui peut concrètement être fait dans le canton de Vaud. Ces travaux devraient durer dix-huit mois avec, dans les trois à six derniers mois, un test concret des modèles.

Quand on lui demande si l'écran permettant de contrôler la pression sanguine ou le rythme cardiaque va déménager chez nous, Patrizia D'Amelio s'exclame: «Le but n'est pas de faire Dr House à la maison!» Elle n'en juge pas moins que beaucoup de choses pourraient être réalisées. «Nous avons des appareils mobiles, par exemple pour la radiographie ou l'échographie. Ensuite, la télémédecine peut être utilisée, pour que le radiologue analyse les résultats à distance.»

## Potentiel d'économie

Patrizia D'Amelio estime qu'entre 30 et 40% des patients hospitalisés en gériatrie pourraient être pris en charge ainsi. Ce qui pourrait libérer des lits et permettre de réaliser des économies. «En Italie, cette solution fait baisser les coûts presque de moitié, souligne-t-elle. On n'atteindra peut-être pas ce résultat en Suisse, mais des économies sont possibles. Elles sont aussi liées au fait que, quand un patient est hospitalisé chez lui, il y a moins de rechutes.»

Selon Laura Treccani, diverses études ont révélé un potentiel de réduction des coûts, une fois qu'un volume suffisant de patients est pris en charge. «À plus long terme, certains coûts pourraient également baisser du fait de la réduction des infrastructures hospitalières. On a aussi remarqué que l'hospitalisation à domicile permet de limiter les examens redondants, les analyses et la médication.» Pour obtenir une réponse définitive sur ce point, la société Swiss Hospital at Home a prévu de mener une étude longitudinale, avec plusieurs structures Hospital at Home du pays.

## Des barrières demeurent

Reste que plusieurs barrières empêchent le développement de ce concept. Des questions techniques doivent être résolues. Laura Treccani évoque aussi quelques résistances de la part de certains médecins ou soignants qui craignent pour la qualité et la sécurité des malades.

Le plus grand obstacle est certainement lié au fait que, dans notre loi sur l'assurance maladie, le remboursement de tels soins n'est pas prévu. Dans les projets déjà mis en place, il a fallu trouver des solutions au cas par cas avec les assurances, les cantons et certains fonds de soutien.

«Au sein de la société Swiss Hospital at Home, un groupe de travail discute de cet enjeu tarifaire, précise Laura Treccani. Nous essayons notamment de nous rapprocher d'autres acteurs, pour développer des modèles que nous pourrions présenter au monde politique.» Au final, le but est de créer de nouveaux forfaits DRG pour une telle prise en charge aiguë à domicile, ce qui exige un mandat politique.

Tout cela semble futuriste? Patrizia D'Amelio réplique que l'Italie a déjà quarante années d'expérience dans ce domaine. Et que le Canada, Israël, les États-Unis et plusieurs pays nordiques ont développé de tels systèmes. «En Suisse aussi, on doit sortir de cette idée que l'hôpital résout tous les problèmes. Il en résout certains, mais parfois aussi, il en crée. Cela ne veut pas dire que tout le monde devrait être hospitalisé à la maison, mais que cette solution devrait être proposée à celles et ceux pour qui elle serait intéressante.»

## Éviter les mauvaises économies et les redondances

Dans un article publié dans son magazine «Compétence», l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse juge qu'avec le vieillissement démographique et le manque de personnel qualifié, «des approches innovantes comme Hospital at Home pourraient bientôt devenir la norme». La faïtière relève que, selon des études menées à l'étranger, cette solution peut réduire la morbidité et la mortalité. Mais elle évoque aussi un risque, celui que le patient et son entourage «soient éventuellement dépassés par la plus grande responsabilité qui leur est attribuée».

«Tout ce qui est dans l'intérêt du patient et de la santé publique est le bienvenu», salue Baptiste Hurni, président de la section romande de la Fédération suisse des patients. Face à la possibilité d'hospitaliser à la maison, le conseiller aux États (PS/NE) appelle néanmoins à la prudence: «Cette problématique se pose également avec d'autres innovations. Elles sont intéressantes tant qu'elles permettent de soulager les patients, mais elles ne doivent jamais devenir un moyen de faire des économies. Dans le cas de l'hospitalisation à domicile, cela ne doit pas non plus être utilisé pour réduire le nombre de lits dans les établissements de soins.»

Marianne Pfister, codirectrice de l'association faïtière Aide et soins à domicile Suisse, met aussi en garde contre certains risques. Plus particulièrement contre celui de mettre en place des structures parallèles, et que des prestations assurées aujourd'hui par les soins à domicile soient fournies par un hôpital, à un tarif plus élevé.

Elle précise que les services d'aide et de soins à domicile travaillent «depuis des années» en collaboration avec le secteur hospitalier. «Cette évolution vers plus d'ambulatoire est judicieuse et logique. Si elle se poursuit correctement et de manière coordonnée, nous pourrions apporter une contribution importante à la maîtrise des coûts.»

Pour éviter les redondances, Marianne Pfister appelle à définir dans quelles situations les soins à domicile peuvent être entièrement assurés par les organisations d'aide et soins à domicile et quand des soins médicaux supplémentaires doivent être fournis par l'hôpital. «Il est aussi essentiel, conclut-elle, que les mêmes prestations soient rémunérées de la même manière.»

---

# Le concept d'hôpital à la maison promet des économies

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Plusieurs expériences menées en Suisse permettent à des patients de se faire soigner tout en restant chez eux.

Dormir dans son lit, éviter les infections nosocomiales et le voisin qui ronfle, c'est le concept promu par la société Swiss Hospital at Home, créée l'an dernier. L'idée? Déplacer la prise en charge hospitalière au domicile et y assurer le traitement de soins aigus en partenariat avec des intervenants externes. Quelque 70 personnes ont déjà pu en bénéficier dans le Jura bernois. Selon une spécialiste du CHUV, 30 à 40% des patients hospitalisés en gériatrie pourraient être concernés. Mais des freins subsistent.



# Wie die BAB-Vorschriften die Versorgung erschweren

 Medinside | 07.10.2024

Ambulant statt stationär? Was politisch gewollt ist, wird amtlich verhindert – dazu ein neues Beispiel aus dem Aargau.

Die bürokratischen Hürden für das Gesundheitswesen werden zwar jahraus, jahrein lamentiert – aber sie wuchern weiter. Ein speziell weites Feld stellen hier die seit 2022 gültigen Vorschriften des Bundes zur Berufsausübungsbewilligung sowie zur OKP-Zulassung dar. Soeben wurde bekannt, dass sich Physiotherapie-Organisationen gezwungen sehen, notfalls gegen den Wildwuchs im BAB-Bereich zu klagen. Preisüberwacher Stefan Meierhans wiederum prangerte die sichtbar willkürlichen Gebühren an.

Einen weiteren Muster-Problemfall [schildert nun die «Aargauer Zeitung»](#). Der Knackpunkt hier: Es braucht eine eigene Betriebsbewilligung für Praxen oder Kliniken, die nicht auf dem Spitalgelände stehen. Und bei ambulanten Aussenstandorten müssen sämtliche dort tätigen Angestellten über eine BAB verfügen, sofern sie in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind.

So interpretiert das zuständige Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau die neu geschaffene Lage. Die **AZ** schildert nun das Beispiel der Klinik im Hasel. Die Institution, spezialisiert auf Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen, befindet sich in Gontenschwil. Aber sie führt auch Ambulatorien in Lenzburg und Baden. Für diese Betriebe benötigt sie nun eine «Assistentenbewilligung» für Assistenzärzte.

## 25 Jahre Erfahrung, so what?

Wie Thomas Lüddeckens, CEO und Chefarzt der Klinik im Hasel, in der Zeitung ausführt, haben drei der Mediziner in den Ambulatorien zwar einen Studienabschluss, seien fortgeschritten in der Facharztausbildung, hätten Fort- und Zusatzausbildungen und bis zu 25 Jahren Berufserfahrung im Schweizer Gesundheitswesen – aber ihr Abschluss stammt aus einem Nicht-EU-Land.

Und so dürfen sie zwar in der Zentrale unter fachärztlicher Aufsicht arbeiten – haben aber keine Bewilligung mehr den ambulanten Bereich. Gontenschwil ja, Baden und Lenzburg nein.

Die Folge: Aufnahmestopp, abgewiesene Patienten. «Im laufenden Jahr mussten wir wegen fehlender ärztlicher Kapazitäten im ambulanten Bereich etwa 70 Patientinnen und Patienten abweisen», so Lüddeckens zur AZ. Die Anzahl der behandelten Personen in der Opioid-Agonisten-Therapie in seiner Klinik liegt heute 63; letztes Jahr waren es noch 93 gewesen.

Die kantonalen Behörden sind dabei auf dem Standpunkt, dass sich die bisherige Duldung nicht fortsetzen lässt: Daraus könne «nicht ein Rechtsanspruch abgeleitet werden, da ansonsten der Kanton willentlich das Legalitätsprinzip verletzt.»

Andere Kliniken wollten offenbar nicht zitiert werden zum Thema. Lediglich ein Sprecher der Psychiatrischen Dienste Aargau erklärte auf Anfrage der AZ, man sei wegen dieser Regelung ebenfalls mit einem hohen administrativen Aufwand konfrontiert: «Eine Herausforderung liegt sicherlich bei den

Neurekrutierungen, da neu zusätzliche Bedingungen zu erfüllen sind (u.a. dreijährige anerkannte Tätigkeit in der Schweiz bei Ärzten ohne FMH-Facharzttitle oder ein Nachweis der Sprachkenntnisse). Die Besetzung offener Stellen mit ausländischen Fachpersonen wird dadurch sehr erschwert.»

# Volksinitiative für Medikamentensicherheit eingereicht

 Tages-Anzeiger | 04.10.2024

Medizin - Die Initiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» ist gestern mit 131'542 Unterschriften in Bern eingereicht worden. Die Initiative fordert die Stärkung der Forschung, Entwicklung, Produktion und Lagerhaltung von Medikamenten in der Schweiz. Mit dem Anliegen soll die Versorgung der Schweiz mit Heilmitteln gewährleistet werden, wie das Initiativkomitee gestern mitteilte. Derzeit würden hierzulande gegen 600 Medikamente fehlen. Deshalb bestehe dringender Handlungsbedarf, und die Gesundheit der Bevölkerung sei gefährdet. Während der Corona-Pandemie habe sich gezeigt, dass teilweise medizinisches Material fehlte. Der Hauptgrund dafür liege im «jahrelangen, massiven, internationalen Preisdruck» auf Medikamenten, so dass diese nicht mehr in der Schweiz oder in Europa produziert werden könnten. Medikamente der Grundversorgung wie Antibiotika würden hauptsächlich in asiatischen Ländern hergestellt, hiess es weiter. Um diese Abhängigkeit zu dämpfen, müsse dafür gesorgt werden, dass der Import aus «verlässlichen Lieferländern» sichergestellt sei. Weiter müsste die Pharmaindustrie in der Schweiz gestärkt werden und die Zuständigkeit für die Versorgungssicherheit von den Kantonen auf den Bund übertragen werden. **(SDA)**

# Gesundheitsreform spaltet Linke

 SonntagsBlick | 06.10.2024

Das Schweizer Gesundheitssystem gilt als schwer reformierbar. Gewerkschaftsboss Maillard kann bei seiner Nein-Kampagne nicht auf alle SP-Kantonalverbände zählen.

## Raphael Rauch

SP-Ständerat Pierre-Yves Maillard (56) strotzt vor Kraft. Der mächtige Gewerkschaftsboss hat dieses Jahr zweimal triumphiert: Das Stimmvolk folgte Maillard, als es darum ging, die 13. AHV zu besiegeln und die Erhöhung des Rentenalters zu verhindern.

Im November könnte der Maillard-Zug jedoch entgleisen, denn der Gewerkschaftsboss kann nicht mehr auf eine geeinigte Linke zählen. Anders als bei den anderen zwei Abstimmungen ist das linke Lager bei der Gesundheitspolitik zerstritten. Die Grünen und die Gewerkschaft Travailsuisse haben für die Abstimmung über das Krankenversicherungsgesetz am 24. November eine Stimmfreigabe beschlossen. Und die SP-Kantonalverbände Graubünden, Aargau und Basel-Landschaft wollen mit Ja stimmen – anders als die nationale Partei und der Gewerkschaftsboss.

Mit der Reform will Gesundheitsministerin Elisabeth Baume-Schneider (60, SP) Fehlanreize im Gesundheitssystem bekämpfen. Aktuell ist es so, dass die Krankenkassen die ambulanten Behandlungen bezahlen müssen. Stationäre Aufenthalte in den Spitälern hingegen werden teils von den Krankenkassen, teils von den Kantonen bezahlt. Laut Baume-Schneider führt das zu Fehlanreizen. Mit einer einheitlichen Finanzierung aller ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (Efas) sollen die Fehlanreize beseitigt werden. Laut dem Bundesamt für Gesundheit könnten die Prämienzahler um bis zu zwei Milliarden Franken entlastet werden.

Die Gewerkschaften hingegen rechnen mit höheren Prämien und lehnen das Vorhaben ab. Auch befürchten die Gegner, dass die Kantone die Verantwortung für die Pflege im Heim oder durch die Spitex aufgeben könnten. «Mit der Gesetzesänderung würden zusätzlich zu den 35 Milliarden Prämiengeldern jedes Jahr 13 Milliarden unserer Steuergelder durch private Kassen, ohne demokratische Legitimation und ohne Transparenz, verwaltet», kritisierte SGB-Präsident Maillard diese Woche an einer Medienkonferenz.

Travailsuisse-Vizepräsident Giorgio Fonio (39) sieht das anders: «Unser Gesundheitssystem weist viele falsche Anreize auf und muss reformiert werden. Travailsuisse hat sich für eine Stimmfreigabe entschieden. Ich werde mit Ja stimmen», sagt der Tessiner Mitte-Nationalrat.

Was denkt der Schweizer Gewerkschaftsbund über den Streit im linken Lager? «Wir sind mit unserer Kampagne sehr früh gestartet. Es geht um drohende Prämien erhöhungen und um Verschlechterungen bei der Pflege im Heim oder in der Spitex», sagt Maillards Sprecher. «Dass es abweichende Stellungnahmen der Kantonalparteien gibt, überrascht nicht. Die SP Schweiz hat an ihrem Parteitag klar die Nein-Parole beschlossen, die SP beteiligt sich aktiv an der Kampagne. Und zehn Kantonalsektionen haben die Nein-Parole beschlossen.»

Wenig überraschend: Baume-Schneider kann in ihrer Heimat wieder einmal nicht auf die SP zählen. Die traditionell sehr linken Genossen im Jura empfehlen erneut das Gegenteil von ihrer prominenten Parteikollegin – und setzen auf den Maillard-Zug.



# EFAS-Vorlage: Wie viel spart man wirklich?

 SRF 1 | 05.10.2024

Am 24. November stimmt die Schweiz über die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen EFAS ab. Bei der Frage, ob es für Prämienzahlende künftig noch teurer wird oder nicht, gehen die Meinungen der Befürworter und Gegner der Vorlage auseinander.

 [Video starten, Dauer: 02:53](#)

# Une initiative populaire pour en finir avec les pénuries de médicaments

 Le Temps | 04.10.2024

Face à l'augmentation des ruptures d'approvisionnement en biens médicaux, en nombre et dans le temps, un texte propose une refonte du système actuel. Il est notamment soutenu par PharmaSuisse

## Annick Chevillot

Un comité citoyen, composé de 23 membres et soutenu par 20 associations, a récolté 131 542 signatures pour l'initiative populaire «Oui à la sécurité de l'approvisionnement médical». Déposé hier à la Chancellerie fédérale à Berne, le projet de loi a pour but d'en finir avec les pénuries de médicaments et des biens médicaux essentiels.

Les initiants ont formulé trois revendications très concrètes: la responsabilité de la sécurité de l'approvisionnement doit être confiée à la Confédération, la recherche, le développement, la production et le stockage en Suisse doivent être renforcés et les chaînes d'approvisionnement en provenance de l'étranger doivent être nettement plus fiables et sûres.

Autant d'exigences que la Confédération a déjà identifiées. C'est que la pénurie de médicaments n'est pas nouvelle dans le pays et en Europe. De plus, le Conseil fédéral est conscient que les délocalisations vers l'Asie et la concentration des fournisseurs fragilisent les chaînes d'approvisionnement.

Les premières mesures fédérales datent d'ailleurs de 2006. Depuis, elles se sont multipliées, «mais la situation s'est aggravée au fil du temps, note Thomas Bläsi, pharmacien indépendant à Genève et conseiller national (UDC/GE). Si elle s'est améliorée cette année grâce à l'intervention de la Confédération, 2023 a été une année particulièrement difficile. L'initiative peut donc vraiment avoir un impact sur les pénuries. A commencer pour leur détection: personne n'a vu venir la rupture d'approvisionnement l'an dernier. Il est donc important d'améliorer la gouvernance, la production indigène et de s'assurer que les stocks sont suffisants».

Si aucun avertissement n'a été émis par les autorités, c'est que la cartographie des pénuries n'est de leur ressort qu'en cas de crise. En situation de pénurie «normale», seul le site Drugshortage.ch donne une vue d'ensemble. Un site lancé en 2015 de l'initiative privée d'Enea Martinelli, vice-président de la Société suisse des pharmaciens PharmaSuisse.

## Mesures renforcées

Hier, la plateforme compte 562 produits indisponibles (724 boîtes de médicaments différentes) pour un total de 271 principes actifs. Les délais de livraison des médicaments sont en moyenne de six semaines à six mois; et pour 33 produits la rupture devrait durer plus de deux ans.

Au niveau de la Confédération, une obligation de recensement et de notification existe, mais elle concerne 320 principes actifs, dont 120 sont soumis à une obligation de stockage; réserves assurées par les entreprises concernées. Même à une échelle plus petite, Thomas Grünwald, porte-parole de l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE) confirme que «le nombre de perturbations de l'approvisionnement a augmenté chaque année depuis le début du travail de notification en 2015».

Face à la hausse des tensions sur ce marché, le Conseil fédéral a décidé de renforcer une nouvelle fois les mesures contre les pénuries, le 22 août dernier. Au menu des autorités: augmenter les réserves obligatoires, renoncer aux baisses de prix pour certains médicaments essentiels, faciliter certaines importations, inciter la production indigène.

## Revoir la gouvernance

De son côté, Thomas Grünwald, de l'OFAE, tient à rappeler que «l'approvisionnement du pays en biens vitaux, dont font partie les produits thérapeutiques, est de la responsabilité de l'économie. L'organisation de l'approvisionnement économique du pays (AEP), partenariat étroit entre la Confédération et l'économie privée, soutient le marché lorsque des produits thérapeutiques vitaux ne sont pas ou peu disponibles, c'est-à-dire lorsqu'il y a une situation de pénurie.»

Face à cette gouvernance fluctuante, la Société suisse des pharmaciens, PharmaSuisse, a décidé de soutenir cette initiative car «il est indispensable que la Confédération ait les compétences de prendre des mesures plus larges. Les difficultés d'approvisionnement sont mondiales, il faut que la Confédération puisse agir pour l'ensemble de notre pays en collaboration notamment avec ses partenaires européens. Depuis la pandémie de covid, il est évident que le fédéralisme atteint ses limites en ce qui concerne la sécurité de l'approvisionnement en biens médicaux. Ni l'économie, ni la Confédération, ni les cantons ne se considèrent comme les principaux responsables.» Et il faut que cela change pour les initiants.

# «La production suisse de médicaments est menacée»

 [watson.ch \(fr\)](https://www.watson.ch/fr) | 06.10.2024

La pression sur les prix des médicaments freine la production en Suisse. Le cas de l'entreprise pharmaceutique suisse Ibsa le montre bien. C'est pour ça qu'elle a participé à l'élaboration de l'initiative populaire «Pour la sécurité de l'approvisionnement médical», déposée ce jeudi 3 octobre.

**Florence Vuichard, Traduit et adapté par Chiara Lecca**

Si le genou craque, il y a Condrosulf. Tous les jours, pour toujours. Et comme de nombreux genoux craquent en Suisse, mais aussi dans le monde entier, la demande est grande pour les comprimés blancs qui sortent des cuisines de l'une des plus grandes entreprises pharmaceutiques de Suisse. Le siège d'Ibsa se trouve au Tessin, non loin de Lugano. De là, elle vend ses médicaments dans près de 90 pays par le biais de 20 filiales et de nombreux points de distribution.

Les médicaments sont développés et produits en grande partie au Tessin même et en partie en Chine et en Italie. La production dans le pays voisin a été développée depuis 2015, c'est-à-dire depuis l'année où la Banque nationale suisse a laissé tomber le cours minimum de l'euro à 1,20 franc. Le chef de l'unité suisse, Maleša Sidjanski, explique que le compte n'y était plus avec des coûts de production suisses élevés et des prix européens bas.

Le problème des prix continue de préoccuper Maleša Sidjanski aujourd'hui. Les coûts de fabrication augmenteraient ainsi que les prix de l'énergie et des matières premières:

Cela a à son tour des conséquences pour l'entreprise: «Notre marge diminue». Et pour le pays:

Dès 2016, Maleša Sidjanski a donc créé une communauté d'intérêts avec des entreprises pharmaceutiques suisses partageant les mêmes idées, un réseau qui a intensifié les contacts pendant la [pandémie](#) et a même lancé une initiative populaire «Oui à la sécurité de l'approvisionnement médical» au printemps 2023. Celle-ci vient d'être déposée à la Chancellerie fédérale.

L'initiative, qui est également soutenue par le corps médical, les pharmaciens et les organisations de patients, vise notamment à obliger la Confédération à «encourager la recherche, le développement et la fabrication de produits thérapeutiques importants en Suisse», à maintenir des stocks et à assurer la distribution et la répartition fine.

## De 40 à 3200 collaborateurs

Malgré toutes les difficultés, Ibsa ne veut pas quitter la Suisse ou le Tessin. C'est là que se trouvent les racines de l'entreprise, c'est là qu'habite le propriétaire et président du conseil d'administration Arturo Licenziati, aujourd'hui âgé de 89 ans, qui vient encore tous les jours au bureau pour travailler. En 1985, il a repris l'entreprise Institut Biochimique SA avec une quarantaine de personnes. Aujourd'hui, l'entreprise compte environ 3200 employés dans le monde, dont 900 travaillent au Tessin.

Et l'entreprise va rester dans les mains de la famille, les deux petits-enfants travaillent déjà aujourd'hui pour Ibsa. Maleša Sidjanski s'en réjouit également. C'est un vétéran d'Ibsa, qui a rejoint l'entreprise pharmaceutique tessinoise en 1992 et qui est resté depuis. Cela s'explique par le succès de l'entreprise, qui a créé des centaines d'emplois au Tessin et qui n'a jamais licencié personne «même pendant la pandémie», comme il l'explique. Et bien sûr à la culture d'une entreprise familiale dirigée par son propriétaire.

Au total, Ibsa réalise un chiffre d'affaires de près d'un milliard de francs - par exemple avec le Condrosulf, l'antiarthrosique en question, les pansements actifs Flector, qui promettent un soulagement en cas d'entorses, de contusions et de claquages musculaires, mais aussi avec ses préparations thyroïdiennes en ampoules et en capsules molles et ses hormones de fertilité.

Et l'entreprise veut aller plus loin. Elle vient d'augmenter les capacités de production de son siège social. Aujourd'hui, environ 7,5 millions d'emballages par an passent sur la chaîne de remplissage moderne d'hormones thyroïdiennes, qui répond également aux exigences de l'autorité sanitaire américaine FDA. Le potentiel est de plus de 9 millions d'emballages par an, ajoute Maleša Sidjanski lors de la visite de l'usine.

Les six sites de production tessinois d'Ibsa seront bientôt regroupés au siège principal, à Pian Scairolo, la zone industrielle et commerciale située entre Lugano et Collina d'Oro. C'est ici, «dans le Spreitenbach du Tessin», comme le dit un collaborateur d'Ibsa, que de nombreuses entreprises de production ont leurs succursales, en plus d'Ikea, Jumbo et de nombreuses marques automobiles.

En tout cas, le plan de construction est déjà établi et les investissements sont réservés.

Car dans ce canton méridional, qui est parfois perçu comme une destination touristique, l'industrie est également responsable d'environ un cinquième de la performance économique et, comme dans le reste de la Suisse, l'industrie pharmaceutique tessinoise dépasse toutes les autres.

# Pilz-Gegengift und Antibiotika: Spitäler warnen vor Engpässen

 [20min.ch \(de\)](#) | 04.10.2024

Die Erkältungssaison naht – und mit ihr der Medikamentenmangel. Bereits jetzt fehlt es an wichtigen Arzneimitteln. Im Winter droht sich die Situation zuzuspitzen.

## Christina Pirskanen

In der Schweiz mangelt es an zahlreichen Medikamenten. Das sorgt bei den Gesundheitsdienstleistern für Frust und Sorgen. Auch in Deutschland warnen Apothekerverbände, dass bereits jedes zweite Rezept von Lieferengpässen betroffen sei. Befürchtet wird, dass während der Erkältungszeit nicht immer alle Patientinnen und Patienten voll versorgt werden könnten.

Der Bundesrat hat bereits Massnahmen, wie die Erweiterung von Pflichtlagern und erleichterte Importe, angekündigt. Diese dürften für diesen Herbst und Winter jedoch noch nicht greifen. Wie sieht die Lage in der Schweiz aus – und was steht ihr mit der bald startenden Erkältungssaison bevor? Ein Überblick.

## Diese Medikamente fehlen

Gemäss [drugshortage.ch](#) können derzeit 562 Produkte nicht geliefert werden. Die Liste wird von Enea Martinelli, Chefapotheker der Spitäler Frutigen, Meiringen und Interlaken, geführt. «Es fehlen derzeit rund sieben Prozent aller kassenpflichtigen Medikamente. Das ist viel», sagt Martinelli, der sich im Komitee der Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» engagiert. Problematisch sei das vor allem dann, wenn es keine Alternativen gebe für die Medikamente – oder eine Umstellung nicht ohne weiteres möglich sei. Das ist laut dem Chefapotheker der Fall bei:

- Antiepileptika
- Antiparkinsonmedikamenten
- Hormonersatzpräparaten, etwa zur Behandlung von Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Diabetesmedikamenten

Auch fehle das Gegengift für Knollenblätterpilzvergiftungen (siehe Box) in der Schweiz und im Ausland. Es sei erst nach der Pilzsaison im November wieder verfügbar. «Also bitte Vorsicht beim Pilze essen», warnt der Chefapotheker des Kantonsspitals Baden, Peter Wiedemeier.

## **Knollenblätterpilze**

Knollenblätterpilze sind Giftpilze. Insbesondere der grüne Knollenblätterpilz löst schon bei einem teilweisen Verzehr eine tödliche Pilzvergiftung aus. Die Symptome erscheinen dabei erst nach vier bis 16 Stunden, oftmals zu spät, um dann durch Magenpumpen noch wirksam eingreifen zu können.

In Deutschland verursacht der Pilz 90 Prozent aller tödlichen Pilzvergiftungen. Der Knollenblätterpilz kann mit essbaren Champignons, Egerlingsschirmlingen, grünhütigen Täublingen oder Ritterlingen verwechselt werden.

# AG – Gianni Rossi: «Wir sind chronisch unterfinanziert» - Interview

 Badener Tagblatt | Rehaklinik Bellikon | 07.10.2024

Gianni Rossi, Chef der Suva-Kliniken Bellikon und Sion, spricht über die Entwicklungen der Reha und die Geldsorgen der Gesundheitsbranche.

## Sarah Kunz

Seit 50 Jahren gilt die Rehaklinik Bellikon in der Schweiz als führende Spezialklinik für Unfallrehabilitation, Sportmedizin und berufliche Integration. Seit 25 Jahren ergänzt die Partnerklinik Clinique romande de réadaptation in Sion das Angebot. Seit zwei Jahren stehen sie unter der Führung von Gianni Roberto Rossi. Der 57-jährige Tessiner spricht nun anlässlich des Jubiläums beider Kliniken über die Fortschritte der vergangenen Jahre und blickt in die nicht ganz rosig aussehende Zukunft.

*Sie sind seit über 30 Jahren in leitenden Funktionen der Rehabilitation tätig. Was fasziniert Sie an diesem Bereich der Gesundheitsbranche?*

**Gianni Roberto Rossi:** Zum einen ist die Rehabilitation stets Teamwork: Verschiedene Leute aus verschiedenen Bereichen arbeiten für das Wohl der Patientinnen und Patienten zusammen. Ich glaube, in keinem anderen Bereich interagieren Behandlungsteam und Patient so stark und regelmässig wie in der Reha. Zum anderen sind es natürlich die schönen Momente, die wir erleben. Wenn wir Menschen nach einem schweren Schicksalsschlag zurück ins Leben und in den Beruf begleiten können, gibt uns das sehr viel zurück.

*Wie hat sich die Rehabilitation in den vergangenen Jahren verändert?*

Was sich sehr stark entwickelt hat, ist der Stellenwert unserer Arbeit. Die Menschen werden immer älter und müssen länger im System funktionieren. Die Reha leistet dazu einen wichtigen Beitrag, indem sie Verunfallten und Erkrankten hilft, wieder in die Arbeitswelt und in die Gesellschaft zu finden. Das hat man erkannt und gefördert. Mittlerweile weiss man auch, dass die Reha ein wichtiger Partner für die Akutversorgung ist und frühzeitig integriert werden muss – die integrierte Versorgung ist heute massgebend.

*Wie funktioniert diese integrierte Versorgung?*

Gehen wir davon aus, eine Person hat einen schweren Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma. In der ersten Phase erfolgt die Behandlung im Spital – das heisst, die lebensrettenden Massnahmen mit Fokus auf die Diagnose. Ziel der zweiten Phase, der Rehabilitation, ist, die Funktionen, die durch den Unfall beeinträchtigt wurden, so gut wie möglich wieder dem ursprünglichen Zustand zurückzuführen. Damit der Patient oder die Patientin die grösstmögliche Erfolgschance hat, braucht es ein enges Zusammenspiel der beiden Phasen. Idealerweise werden wir möglichst rasch nach dem Unfall involviert, damit noch im Spital ein Austausch zwischen unserem Reha-Team und dem Patienten stattfinden kann und wir gemeinsam den optimalen Zeitpunkt für den Übergang bestimmen können.

*Gibt es Fälle, die ausschliesslich oder am besten in den Rehakliniken Bellikon oder Sion und nicht in einer anderen Klinik in der Schweiz behandelt werden sollten?*

Ja, solche gibt es. Wir sind spezialisiert auf besonders schwere und komplexe Fälle: Brandopfer, komplexe Amputationen, Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma. In Bellikon können wir dank eigener CT- und MRI-Geräte die kontinuierliche Überwachung gewährleisten und bieten mit spezifischen Leistungen wie Frührehabilitation, Logopädie, berufsorientierten Therapien, psychologischer Betreuung und Prothetik ein umfassendes Angebot. Zu uns kommen auch viele junge Menschen, bei denen die berufliche Eingliederung ein Thema ist. Der Arbeitsmarkt hat sich in den vergangenen fünfzig Jahren natürlich auch stark verändert.

*Wie trägt die Rehaklinik Bellikon dieser Veränderung Rechnung?*

Indem wir viel in unser Behandlungskonzept, die Diagnostik und die Infrastruktur investiert haben. Seit 2018, als die Klinik umfassend umgebaut und erweitert wurde, können Arbeitsabläufe mit modernisierten Werkstätten praxisnah trainiert werden. Im März haben wir zudem unser neues Gebäude eingeweiht. Seither steht das «Abitare» ambulanten Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die nicht mehr spitalbedürftig sind, jedoch weiterhin die Angebote der Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung in Anspruch nehmen müssen. Mit dem Ansatz ambulant vor stationär treffen wir den Nerv der Zeit – und günstiger ist es obendrein.

*Sie sprechen einen wichtigen Punkt an: die Finanzierung. Wie sieht sie in Bellikon aus?*

Seit dem 1. Januar 2022 werden Leistungen in der stationären Rehabilitation mehrheitlich über die Tarifstruktur ST Reha vergütet. Diese basiert nicht auf Diagnosen, sondern auf einem spezifischen Patientenklassifikationssystem nach Funktionen, welches leistungsbezogene Tagespauschalen vorsieht. Bei Unfällen ist der Versicherer oft die Suva. Es ist daher kein Zufall, dass wir ihr gehören.

*Wie hoch sind die Kosten für die Rehabilitation?*

Das ist natürlich von Fall zu Fall unterschiedlich. Im Schnitt sind Patientinnen und Patienten 40 bis 60 Tage stationär bei uns, also die ganze Woche. Dafür schwanken die Tarife zwischen 550 bis 1150 Franken pro Tag – je nach Schweregrad. Im ambulanten Bereich, in dem die Personen über das Wochenende nach Hause gehen, sprechen wir von 400 bis 600 Franken pro Tag. Die effektiven Kosten sind aber höher: je nach medizinischer Situation und Funktionsdefizit stationär zwischen 800 und 1300 Franken pro Tag. Unsere Branche ist chronisch unterfinanziert.

*Das heisst?*

Die Tarife sind zu tief. Sie decken, wie gesetzlich ursprünglich vorgesehen, nicht die gesamten Behandlungskosten. Das ist im gesamten Gesundheitsbereich ein Problem. Die spezialisierte Rehabilitation hat sich zugunsten der Patientinnen und Patienten weiterentwickelt, das Entgelt jedoch zu wenig. Die Folge ist, dass wir Defizite haben. Wir sind nur so gut aufgestellt, weil wir Reserven haben.

*Was muss sich also ändern?*

Unser Gesundheitssystem wird stark von der Politik gesteuert. Also muss die Politik zusammen mit den wichtigsten Akteuren die Finanzierung überdenken. Wir müssen schauen, dass Spitäler und Kliniken die Mittel erhalten, die ihre Leistungen decken.

*Welche weiteren Herausforderungen kommen in den nächsten Jahren auf die Rehaklinik Bellikon zu?*

Natürlich sind auch wir betroffen vom Fachkräftemangel. Wir sind aber bereits intern aktiv geworden und entwickeln derzeit neue Arbeitsmodelle, um gewisse Bereiche zu entlasten. Beispielsweise analysieren wir aktuell, welche Berufsgruppe die Patientinnen und Patienten zu ihrer Behandlung begleiten können – das muss nicht auch noch die Pflege machen. Sie soll sich auf ihren Beruf konzentrieren können. Auch die Digitalisierung beziehungsweise das elektronische Patientendossier ist ein grosses Thema: Für die integrierte koordinierte Versorgung braucht es diesbezüglich eine neue Lösung.

*Was wünschen Sie der Rehaklinik Bellikon für die nächsten 50 Jahre?*

Wir können stolz sein auf das, was wir erreicht haben. Wir konnten schon so vielen Menschen helfen und ihnen eine Zukunft geben. Ich wünsche mir, dass wir das beibehalten, dass wir unsere hochqualifizierte

Reha weiterführen können – ohne dass wir aus ressourcentechnischen Gründen gezwungen werden, Abstriche in der Qualität unserer Behandlung zu machen.



Gianni Rossi, Chef der Suva-Kliniken Bellikon und Sion, erklärt bei einem für Tessiner typischen Espresso die Tarifstrukturen der Reha und warum das Entgelt die Leistungen nicht deckt. Bild: Valentin Hehli

# ZH – KSW: Sie reinigt nachts die OP-Säle

 Der Landbote | KSW | 04.10.2024

Nachtarbeit (Teil 1) - Das Kantonsspital Winterthur ist ein 24-Stunden-Betrieb. Für viele Mitarbeitende gehört die Arbeit in der Nacht zum Alltag. Eine von ihnen ist Nada Drenovac.

## Delia Bachmann

Sterile Skalpelle, saubere Kittel, desinfizierte Hände. Hygiene ist das oberste Gebot in jedem Operationssaal, so auch am Kantonsspital Winterthur (KSW). Für seine Einhaltung sorgen Mitarbeitende wie Nada Drenovac. Die 58-Jährige arbeitete 27 Jahre lang in der Logistikbranche, ehe sie vor drei Jahren als Reinigungskraft am KSW anfang: «Hier ist man näher an den Menschen.» Das Spital beschreibt Drenovac als Mikrokosmos, wo von Geburt bis Tod das ganze Leben stattfindet: «Das Schönste ist es, wenn Babys auf die Welt kommen.»

Drenovac arbeitete am KSW schon auf verschiedenen Stationen. Im Februar wechselte sie ins Team, das die OP-Säle reinigt. Heute hat sie Spätschicht. Da teils bis in die Nacht hinein operiert wird, stehen auch die Reinigungskräfte bis 23 Uhr im Einsatz. Bevor die Arbeit beginnt, ziehen sich die Angestellten in der Garderobe um. In einem riesigen Regal lagern Plastikpantoffeln in allen Farben und Grössen. Zur Uniform gehören ausserdem mintgrüne Hemden und Gummizughosen. Dazu ein Häubchen. Bei unserem Besuch wird gerade ein Patient in einen der neun OP-Säle gerollt.

Im Raum daneben reinigen zwei Kolleginnen schon. Auf dem Boden sind noch mehrere Blutflecken zu sehen: «Wir fangen oben bei den Lampen an, zum Schluss kommt der Boden», erklärt Drenovac. Sogar die Wände werden geputzt und zwei Mal pro Woche die Lüftung. Am Ende des Tages muss alles desinfiziert sein. Nach den Operationen gebe es jeweils viel Blut und Material wegzuräumen: «Bei langen Operationen füllen wir bis zu zehn Abfallsäcke à 60 Liter.»

An der Spätschicht schätzt Drenovac die Ruhe: «Am Tag durch läutet ständig das Telefon, der Stress ist grösser», sagt sie. Weil mehr Operationen auf dem Programm stehen, müssen die Säle schneller wieder parat sein. Trotzdem gefällt ihr die Arbeit, und vor allem das Team: «Wir sind eine grosse Familie hier», sagt Drenovac, die selbst drei Kinder und drei Enkelkinder hat. Bevor sie sich auf den Heimweg macht, wirft sie den Abfall und die gebrauchte Wäsche in die Schächte an der Wand.



Nada Drenovac ist Quereinsteigerin. Am KSW reinigt sie OP-Säle, teils bis in die Nacht hinein. Fotos: Madeleine Schoder



Am Ende des Tages werden die Operationssäle gründlich gereinigt.

# Nachts im Kantonsspital: Unterwegs mit dem Nachtpersonal des KSW

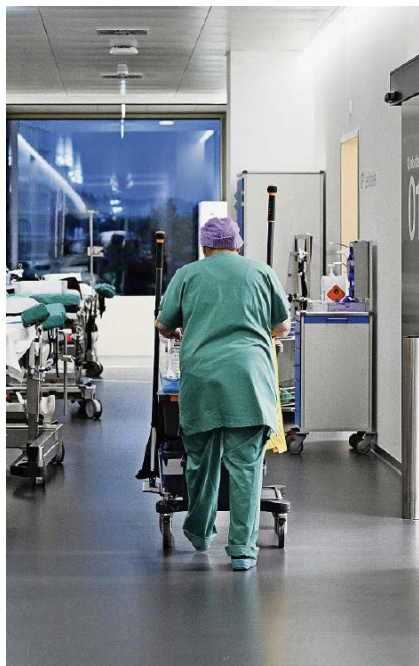
Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Winterthur - Wenn es draussen dunkel wird, beginnt für Teile der Belegschaft im Kantonsspital der Tag erst wirklich. Sei es als Reinigungskraft, als Nachtwache oder in der Intensivpflege. In unserer Serie begleiten wir vier Personen, die für die Gesundheitsversorgung rund um die Uhr sorgen. **(red)**



DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Ospedalizzazione a casa, un modo per contenere i costi della salute

 RSI Rete Uno | 06.10.2024

L'esperta: riduce notevolmente i costi della normale degenza e favorisce il benessere del paziente

Esistono modelli alternativi per contenere i costi della sanità: uno di questi è l'ospedalizzazione a domicilio, come sostiene la geriatra Clara Girardi. È dimostrato, "carte alla mano, che l'ospedalizzazione a casa fa risparmiare veramente tanto su tutti i costi delle ospedalizzazioni normali".

I servizi di cure a domicilio promossi dal Cantone sono molti, alcuni sono temporanei, alcuni più duraturi, altri preventivi e altri ancora riabilitativi. L'ospedalizzazione a domicilio prevede invece lo spostamento della degenza post-operatoria nella propria abitazione, con tutte le conseguenze che esso comporta.

Le premesse sono molte: la sorveglianza medico infermieristica, disponibile 24 ore su 24; il supporto familiare a casa e la possibilità di spostare parte delle tecnologie ospedaliere nel domicilio, come apparecchi radiologici o ecografici.

L'ospedalizzazione, particolarmente idonea per gli anziani, favorisce anche il benessere del paziente. La lontananza da casa, la permanenza prolungata in ospedale può produrre negli anziani conseguenze spiacevoli, come "delirium ed episodi confusionali", che "aumentano di molto il tempo di degenza e le complicazioni", quindi di riflesso le spese.

## Ospedalizzazioni a domicilio, l'intervista di Marcello Ierace

 [Comincia l'audio, inizio: 12:15, fine: 17:20](#)

# Mieux utiliser les données réduirait les coûts et améliorerait la qualité des soins

 L'Agefi | 04.10.2024

Au sommet FutureHealth, mardi à Lausanne, une des principales thématiques a été l'exploitation des données de santé collectées, mais celles-ci sont sous-utilisées selon les conférenciers.

## Sophie Marenne, Nathalie Praz

Dans un contexte de constante augmentation des coûts, la Suisse se trouve à un carrefour important pour la transformation de son système de santé. Mardi dernier, lors du sommet FutureHealth Lausanne, organisé par le groupe Neue Zürcher Zeitung (NZZ) en partenariat avec L'Agefi, Valérie Dittli, conseillère d'Etat vaudoise en charge des Finances, a souligné que «cette hausse met sous pression notre économie et notre société. Nous devons trouver des solutions durables pour la freiner tout en améliorant la qualité de vie».

C'est aussi dans cette optique que le programme Digisanté a été lancé par le Conseil fédéral. Le Parlement lui a alloué un budget de 392 millions de francs sur dix ans, l'objectif étant de renforcer la numérisation du système de santé à l'horizon 2034.

«Je suis vraiment enthousiaste à propos de cet investissement, car il met l'accent sur les bonnes priorités: la standardisation, l'interopérabilité et la protection des données», se réjouit Linn Mandahl, directrice générale de la filiale helvétique du géant pharmaceutique américain AbbVie. Conférencière à l'événement, elle relève que si la Suisse est à la traîne en matière de numérisation de la santé, elle a l'avantage de pouvoir s'inspirer de ce qui a été mis en place avec succès ailleurs en Europe.

L'un des retards réside dans l'activation des données de santé récoltées. De nombreux experts, dont Moritz Hartmann, responsable mondial de l'unité Information Solution auprès de la multinationale bâloise Roche, s'accordent à dire que bien que la Suisse en collecte une quantité considérable, celles-ci ne sont pas encore pleinement exploitées. Le spécialiste insiste sur l'importance de transformer ces données – dont 97% sont inutilisées – en valeur ajoutée pour le système de santé. «Les utiliser, c'est la promesse de soins de meilleure qualité, car la communication entre professionnels de la santé est sensiblement améliorée, ce qui permet une meilleure coordination», assure-t-il.

Linn Mandahl met également en avant qu'«en optimisant l'utilisation des données, il devient possible de mieux relier les professionnels de santé, ce qui se traduit par une réduction des redondances et une amélioration de la qualité des soins». A titre d'exemple, elle évoque le système développé dans la région de Halmstad, dans le sud-ouest de la Suède, qui permet de prédire avec 90% de succès les réadmissions hospitalières. Cela se traduit par des soins mieux adaptés et partant, une réduction des coûts.

Car, hormis l'amélioration de la qualité des traitements et des médicaments pour le patient, une utilisation accrue des données devrait permettre d'alléger les coûts, selon les experts présents au symposium lausannois. Ainsi, la création d'une infrastructure numérique dans le cadre de Digisanté faciliterait l'interconnexion entre différents systèmes de santé, offrant une meilleure collaboration entre les hôpitaux,

les laboratoires et les prestataires de soins à domicile. Une manière aussi d'accroître l'efficacité et d'éviter certains doublons inutiles.

Parallèlement, des initiatives comme la plateforme Okra.ai, récemment acquise par Envision Pharma, groupe anglais actif dans les solutions technologiques, illustrent comment les données peuvent être exploitées pour passer d'un modèle de soins réactif à une approche préventive. Sa CEO, Loubna Bouarfa, affirme que «l'utilisation des données en particulier via l'intelligence artificielle (IA) peut considérablement améliorer la qualité des soins et réduire les coûts». Elle affirme que l'IA peut «prédire les risques de maladies et proposer des interventions préventives avant que les patients ne tombent malades». Reste que ces utilisations étendues de données médicales soulèvent le problème de la sécurité et de la confidentialité. Face aux menaces de cyberattaques, Moritz Hartmann insiste sur le fait que le modèle de solutions logicielles en tant que service (SaaS) est particulièrement adapté, car «il oblige à effectuer des mises à jour continues, ce qui constitue la meilleure protection». L'introduction de normes de sécurité robustes sera cruciale pour gagner la confiance des patients et des professionnels de la santé dans l'utilisation de ces technologies.

Certains projets contournent ce problème en misant sur des données anonymisées. C'est le cas de Qumea, une startup soleuroise qui surveille les mouvements des patients pour prévenir les chutes. Son CEO, Cyril Gyger, souligne en outre que la technologie développée par sa société ne requiert pas que les informations soient rattachées à un individu. Les experts présents à FutureHealth ne sont pourtant pas unanimes quant au potentiel de l'IA pour résoudre tous les problèmes du secteur. Stéphane Dufour, directeur de l'EPFL Innovation Park, prévient que «nous devons être conscients de ce que nous sommes capables d'accomplir ou non avec l'IA, et nous concentrer sur de petits systèmes de prédiction et pas sur le développement d'immenses modèles de langage (LLM)». Pour lui, il est essentiel d'adopter une approche prudente et réfléchie dans l'adoption de ces nouvelles technologies.

# Wann sollten Ärztinnen und Ärzte aufhören?

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 07.10.2024

Joe Biden musste einsehen, dass er nicht mehr fit genug ist für seine Rolle – auch Mediziner sind sich des Themas Alter vermehrt bewusst

## Alan Niederer

Der peinliche Auftritt von Joe Biden Ende Juni ging viral. Alle sahen, wie der US-Präsident im TV-Duell mit Donald Trump patzte. Der 81-Jährige offenbarte Wissenslücken, verdrehte Dinge und Namen und brachte Sätze nicht zu Ende. Zudem wirkte er müde und teilweise abwesend. Die ganze Welt fragte sich: Ist Biden senil? Oder diplomatischer: Wie steht es um seine körperliche und geistige Gesundheit? Ist er nicht zu alt für ein so anspruchsvolles Amt? Gut drei Wochen nach dem verheerenden Auftritt warf Biden das Handtuch.

Fragen zu Alter und Fitness stellen sich auch bei Ärztinnen und Ärzten, die über das Pensionsalter hinaus arbeiten. Auch sie haben einen verantwortungsvollen Beruf. Machen sie Fehler, kann das für den Patienten oder die Patientin fatale Folgen haben.

Andererseits herrscht in vielen Regionen akuter Ärztemangel. Besonders gravierend ist es in der Grundversorgung und der Kindermedizin. Hier ist man froh, wenn die wenigen verbleibenden Doktoren nicht mit 65 Jahren das Stethoskop an den Nagel hängen. Länger arbeiten ist also erwünscht.

Diesem Ruf folgen viele Ärztinnen und Ärzte. So hat die Zahl der älteren praktizierenden Mediziner in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Gemäss der neusten FMH-Statistik war 2023 jeder Vierte der rund 41 000 Ärzte 60 oder älter. 897 hatten bereits den 75. Geburtstag hinter sich, 294 den 80.

## Einsatz in beschränktem Mass

Einer dieser beruflich aktiven Senioren ist der Reisemediziner Robert Steffen. Der 83-jährige Professor leitete an der Universität Zürich die Abteilung für Epidemiologie und Prävention übertragbarer Krankheiten und das WHO Collaborating Centre for Traveller's Health. Parallel zur Uni-Karriere arbeitete Steffen immer auch Teilzeit in einer Privatpraxis. Diese Tätigkeit hat er nach der Emeritierung beibehalten. Heute praktiziere er aber nur noch «auf kleinem Feuer», erzählt er im Gespräch. Konkret ist er an vier halben Tagen in der Woche in der Praxis anzutreffen. Neben seinem fachlichen Schwerpunkt Reisemedizin sei er «in beschränktem Mass» auch als Hausarzt tätig und befugt, die bei Piloten vorgeschriebenen Untersuchungen durchzuführen.

Warum er in seinem Alter überhaupt noch arbeite? «Ich empfinde es als Gnade, weiterhin ein nützliches Glied der Gesellschaft zu sein», sagt Steffen. Zudem mache ihm die Arbeit grossen Spass: «Medizin ist für mich auch ein Hobby.» Die Frage nach dem Alter sei aber berechtigt, sagt Steffen. Auch er spüre die zurückliegenden Lebensjahre. So ermüde er heute rascher als früher. «Und stundenlanges Stehen behagt meinem Rücken gar nicht.» Er würde sich auch nichts Chirurgisches mehr zutrauen, sagt der Arzt. Denn dafür sei seine Hand nicht mehr ruhig genug.

## Wachsende Erfahrung

Dass der Körper sich mit zunehmendem Alter verändert, ist eine biologische Tatsache. Bei vielen Funktionen ist schon mit etwa 25 Jahren der Höhepunkt erreicht. So ist der derzeit schnellste Mensch, der Amerikaner Noah Lyles, 27 Jahre alt. Danach geht aber nicht alles gleich den Bach runter. Gesunde und aktive Menschen können ihre Leistungsfähigkeit in vielen Bereichen über Jahrzehnte auf hohem Niveau halten und teilweise sogar noch steigern – bis es dann wegen Krankheit oder sehr hohem Alter zur Verschlechterung kommt.

Auch das Gehirn und die geistigen Fähigkeiten sind dem Alterungsprozess unterworfen. Man unterscheidet dabei zwei Arten von kognitiver Leistung, die als fluide und kristalline Intelligenz bezeichnet werden. Die fluide Intelligenz betrifft grundlegende Prozesse des Denkens, der Aufmerksamkeit und des Kurzzeitgedächtnisses. Sie ist genetisch festgelegt und weitgehend unabhängig von Lernen und Erfahrung. Diese Art der Intelligenz nimmt schon früh im Erwachsenenalter ab. Ganz anders die kristalline Intelligenz, die bis ins hohe Alter erhalten bleiben kann. Sie wird durch Üben und Erfahrung gesteigert und steht mit dem Langzeitgedächtnis in Verbindung.

Was bedeutet dieser kognitive Dualismus für ältere Ärztinnen und Ärzte? Dass einige ihrer Fähigkeiten wie die Schnelligkeit der Bewegungen und der Informationsverarbeitung natürlicherweise abnehmen, während andere stärker werden können. Dazu zählen etwa Sozialkompetenz, Zuverlässigkeit oder Verantwortungsgefühl.

Diese Fähigkeiten machen ältere Ärzte in den Augen vieler Menschen besonders vertrauenswürdig. Einen solchen «Altersbonus» stellt auch der Zürcher Arzt Steffen fest. «Ich bin immer wieder erstaunt, wie auch jüngere Patienten Vertrauen zu mir haben», sagt er. Zudem ist Steffen mit über 80 Jahren angefragt worden, die medizinische Leitung des Covid-19-Impfzentrums in Meilen zu übernehmen, und war bis Ende 2023 als Berater für das Bundesamt für Gesundheit tätig.

## Kontrollmechanismen einbauen

Steffen ist aber realistisch. Um seine altersbedingten Einschränkungen zu kompensieren, arbeite er heute noch vorsichtiger als früher, sagt er. So lasse er zum Beispiel die Termine aller Patientinnen und Patienten, die er am Tag gesehen habe, später nochmals im Gedächtnis Revue passieren. «Dabei frage ich mich, habe ich an alles gedacht?» Beim leisesten Zweifel rufe er die Person an, so erklärt Steffen seinen persönlichen Kontrollmechanismus.

Nicht alle Ärzte sind so. Es gibt auch solche, die sich überschätzen. Ein schillerndes Beispiel ist der deutsche Chirurg Ferdinand Sauerbruch. Laut mehreren Quellen soll der brillante Mediziner, der unter anderem eine Unterdruckkammer für die operative Öffnung des Brustkorbs entwickelte, am Ende seiner Karriere trotz fortschreitender Demenz weiter operiert haben. «Sauerbruch hat damals für viele Kollegen erkennbare Fehler gemacht», sagt der Chirurgieprofessor Markus Furrer vom Kantonsspital Chur. «Doch niemand stoppte den berühmten Arzt.» Dadurch sei nachweislich ein Kind gestorben.

Um solche Fälle zu verhindern, hat die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) diesen Februar ein Programm zur Evaluation der chirurgischen Fähigkeiten von älteren Operateuren vorgestellt. Laut SGC sind etwa zehn Prozent der aktiven Chirurginnen und Chirurgen über 65 Jahre alt, rund fünf Prozent über 70. Furrer selbst ist 65 Jahre alt. Er hat seine Funktion als Chefarzt abgegeben, ist aber weiterhin als Berater für das Spital tätig.

Mit dem in einem Pilotprojekt evaluierten Chirurgen-Assessment wolle man überprüfen, ob die operierende Person ihre Eingriffe noch gut und sicher bewältigen könne, sagt Furrer, einer der Initianten des Programms. Dieses besteht aus drei Phasen. Zunächst sprechen Chirurgie-Experten mit dem älteren Kollegen über seine ärztliche Tätigkeit und darüber, was er noch operiert und wo er Schwierigkeiten

verspürt. Im zweiten Teil beobachten sie eine typische Operation des Kandidaten und sprechen mit dem beteiligten Personal über Erfahrungen und Eindrücke – insbesondere, ob sie beim Kandidaten in letzter Zeit Veränderungen festgestellt hätten.

Alle diese Informationen kommen im Abschlussgespräch auf den Tisch. Die Experten geben dann ihre Empfehlung ab. «Zum Beispiel, dass der ältere Kollege besser nur noch einfachere Operationen durchführen oder sich nichtoperativen Tätigkeiten zuwenden sollte», erklärt Furrer. Bei Verdacht auf eine Demenz müsse der Experte dem Kandidaten raten, seine kognitive Leistungsfähigkeit abklären zu lassen.

Um eine Altersdiskriminierung zu verhindern, schlägt die SGC ihren Mitgliedern vor, die chirurgischen Fähigkeiten schon ab 55 Jahren überprüfen zu lassen. Danach werde das freiwillige Assessment idealerweise alle fünf Jahre wiederholt.

## Bewusstsein schaffen

Was aber passiert, wenn ein Chirurg trotz schlechtem Assessment weiter operieren will? «Das Expertenteam ist nicht zahnlos», sagt Furrer. «Bei gravierenden Mängeln haben wir trotz fehlender Meldepflicht ein Melderecht und würden dem Kollegen sagen, dass bei Uneinsichtigkeit die festgestellten Probleme den Gesundheitsbehörden gemeldet werden müssten.» Vorher würde er den Kollegen aber fragen: «Willst du wirklich am Ende deiner Karriere noch einen Haftpflichtfall riskieren?» Eine solche Frage fahre den meisten ein und beschleunige die Selbstreflexion.

Das wichtigste Ziel des Assessments ist laut Furrer, dass alle Chirurginnen und Chirurgen über das eigene Alter und die damit verbundenen Veränderungen im Berufsalltag nachzudenken beginnen. «Denn dass man bei diesem Thema etwas machen muss, ist den meisten klar.» Wie das geschehen soll, wolle man in der Chirurgie gerne selber regeln, sagt Furrer. Nicht dass die Politik plötzlich eine Alterslimite für Ärzte vorschreibt.

Genau das hatte Margrit Kessler, die frühere Präsidentin der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO), 2015 in einer Anfrage an den Bundesrat angeregt. Doch sie scheiterte. Ihrem Vorstoss vorausgegangen waren Berichte über schwere Fehlleistungen eines 78-jährigen Schönheitschirurgen im Kanton Zürich.

Kämpft die SPO immer noch für eine «Altersguillotine» für Ärzte? «Wir verfolgen heute eine andere Strategie», sagt die Geschäftsführerin Susanne Gedamke. «Wir versuchen, mit den Spitälern und den Leistungserbringern einen Dialog zu führen, um ein gutes Qualitätsmanagement zu erreichen.» Gedamke begrüsst die Initiative der Schweizer Chirurgen. Sie fragt sich aber, ob die Fachgesellschaften das selber regeln können. «Reicht ein freiwilliges Assessment?» Noch zu oft seien die Koryphäen in einem Fachgebiet praktisch unantastbar, sagt sie. «Ich tendiere daher zu einer verpflichtenden Qualitätskontrolle für alle.»

Laut Gedamke stehen die alten Ärzte derzeit nicht im Fokus der SPO: «Wir sehen bei unseren Abklärungen bei möglichen Sorgfaltspflichtverletzungen nicht gehäuft Fälle mit älteren Medizinern», sagt sie. Das deckt sich mit der Aussage der Zürcher Gesundheitsdirektion. Auf Anfrage schreibt diese, dass sie bei älteren Ärztinnen und Ärzten über 70 nur selten die Berufsausübungsbewilligung entziehen müsse. In den letzten fünf Jahren habe man im Kanton Zürich dreimal interveniert. In der Regel greife man ein, wenn eine «mangelnde physische oder psychische Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung infolge einer Erkrankung wie Demenz oder Parkinson vorliege».

Um die Praxisbewilligung zu behalten, müssen ältere Ärzte deshalb in vielen Kantonen wie in Zürich ab 70 Jahren nachweisen, dass sie noch genügend fit sind und regelmässig Fortbildungen besuchen und Notfalldienst leisten. Denn grundsätzlich hängt die Erlaubnis zur Ausübung des Arztberufs von der Eignung und der Gesundheit ab – und nicht vom Alter. Ist ein Arzt aus irgendwelchen Gründen nicht mehr in der Lage, seinen Beruf korrekt auszuüben, kann ihm die kantonale Gesundheitsbehörde die Praxisbewilligung entziehen.

## Menschen bleiben länger jung

Dass ein solcher Bewilligungsentzug bei älteren Ärztinnen und Ärzten selten vorkommt, könnte ein Indiz dafür sein, dass die meisten Mediziner selber wissen, wann genug ist. Aber wann ist genug? «Mit 90 sollten sie ganz sicher nicht mehr praktizieren», sagt die SPO-Geschäftsführerin Gedamke. Schon mit 80 könne es problematisch werden. Denn in diesem Alter würden die körperlichen und kognitiven Fähigkeiten bei vielen Menschen nachlassen.

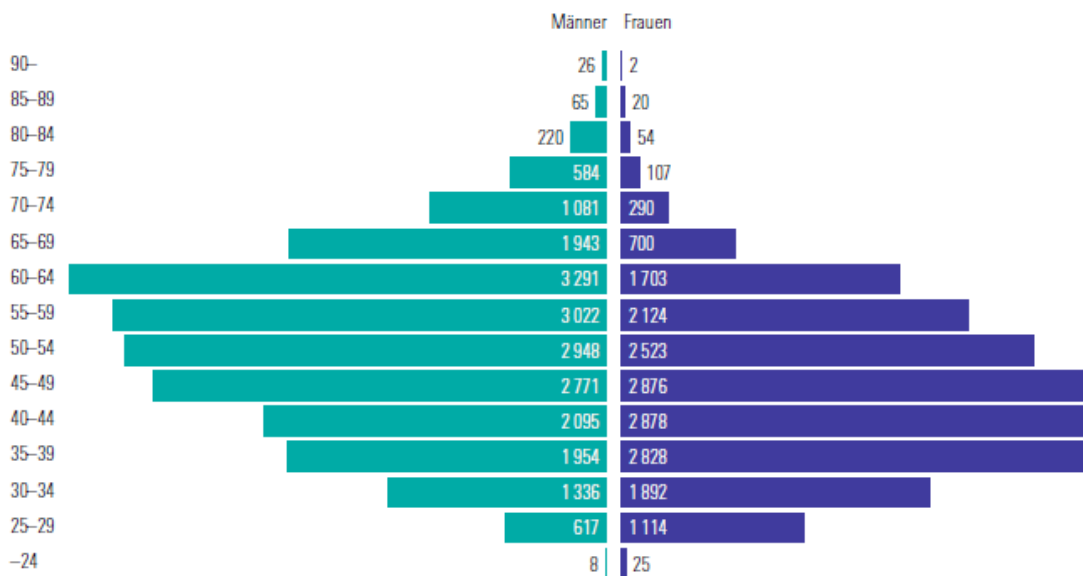
«Irgendwo ab 70 gibt es für operative Tätigkeiten eine Grenze», sagt Furrer. Auch er schert nicht alle Jobs und Fachgebiete über den gleichen Kamm. «Eine Position an vorderster Front in einem Spital mit langen Nachtdiensten ist nicht zu vergleichen mit einer beratenden Tätigkeit in der Praxis.» Zudem sei es in der Chirurgie meist offensichtlich, wenn ein Arzt nicht mehr so gute Leistung erbringe, sagt Furrer. «Offensichtlicher als vielleicht bei einem Hausarzt, der fachlich nicht mehr à jour ist.»

«Die ärztliche Leistungsfähigkeit ist so individuell, dass ich keine starre Grenze setzen würde», sagt der 83-jährige Reisemediziner Steffen. Studien zeigen zudem, dass sich die körperlichen und geistigen Fähigkeiten von Seniorinnen und Senioren in den letzten Jahrzehnten verbessert haben.

Hat sich Steffen selber eine Grenze gesetzt? «Mit 90 werde ich wahrscheinlich nicht mehr praktizieren», sagt er. Andere entscheiden sich anders. So gab es im vergangenen Jahr in der Schweiz 26 über 90-jährige Ärzte und 2 über 90-jährige Ärztinnen mit Berufsausübungsbewilligung. Präsident Biden ist also nicht der Einzige, der Mühe bekundet, aus dem aktiven Berufsleben auszusteigen.

### Mit 65 Jahren ist noch nicht Schluss, Ärzte arbeiten oft länger


Altersstruktur der Schweizer Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2023



QUELLE: FMH

NZZ / shu.

# GE – Genève relance l'idée d'une caisse-maladie unique d'Etat

 [blick.ch](https://www.blick.ch) (fr) | 05.10.2024

Le canton de Genève demande une caisse unique cantonale afin de réduire les primes d'assurance maladie élevées. La semaine prochaine, cette demande sera discutée au Conseil des Etats. Plusieurs parlementaires bourgeois se montrent ouverts à l'idée.

## Joschka Schaffner

Le canton de Genève a les primes d'assurance maladie les plus élevées de Suisse. L'année dernière, les autorités cantonales ont profité de cette situation pour déposer une initiative dans la Berne fédérale: L'Assemblée fédérale doit créer une base légale pour une caisse unique cantonale.

La semaine prochaine, la demande sera soumise à la commission de la santé du Conseil des Etats – et n'a aucune chance d'y être acceptée. Pourtant, plusieurs parlementaires bourgeois se montrent soudain ouverts à l'idée d'une caisse unique, écrit la «[NZZ](#)».

## Aucune chance dans les urnes

Ainsi, le conseiller aux Etats schaffhousois Hannes Germann de l'Union démocratique du centre (UDC) se montre critique à l'égard du système actuel des caisses maladie et parle d'une «concurrence fictive». Il ne s'est toutefois pas encore prononcé sur la proposition genevoise d'une caisse cantonale unique.

Les électeurs ont déjà rejeté quatre fois dans les urnes une caisse-maladie unique – la dernière fois en 2014. Ces dernières années, le soutien de la population à une caisse-maladie de ce type n'a cessé de croître: plusieurs sondages montrent qu'environ deux tiers des personnes sont favorables à une caisse unique. Il ne faudra donc pas attendre longtemps avant que le rêve de la gauche d'une caisse maladie unique et publique ne se réalise.

Car l'intérêt vient aussi de la branche elle-même: Thomas Harnischberg, chef de la caisse maladie CPT, a déclaré en juin dans une interview avec la «[NZZ](#)» qu'il n'avait personnellement rien contre un test de ce genre dans un canton. D'autres voix de la branche se sont également montrées ouvertes à l'idée. Mais avec un tout autre raisonnement que les partisans de gauche: un tel test pourrait en effet montrer que les attentes du public en matière d'épargne sont largement exagérées.

Le conseiller aux Etats Erich Ettlin, du Centre, ne se montre pas non plus particulièrement alarmé par l'initiative du canton de Genève. Il siège aussi bien à la commission de la santé du Conseil des Etats qu'au conseil d'administration de la caisse maladie CSS. Jusqu'à présent, il a toutefois refusé de telles interventions surtout en raison de la crainte que divers cantons introduisent en peu de temps une caisse cantonale qui aurait le monopole. Le saut vers une caisse unique nationale serait alors amorcé.

## Expérimenter d'abord au lieu de régler tout de suite

Une astuce permettrait toutefois d'éviter cela: au lieu de créer la base légale pour une introduction cantonale, la Confédération pourrait élargir l'article sur l'expérimentation dans la loi sur l'assurance-maladie. La voie serait ainsi libre pour mener d'abord à Genève un projet pilote limité dans son contenu et sa durée. Et d'en faire ensuite l'évaluation.

Pour les caisses existantes, un tel projet constituerait néanmoins un changement important: elles devraient transférer leurs clients de l'assurance de base à la nouvelle caisse publique. Cela entraînerait probablement la suppression de nombreux postes au sein des caisses maladie concernées. Et pour la clientèle, la liberté de choix serait soudain révoquée. De plus, les personnes arrivant ou quittant la caisse devraient obligatoirement changer de caisse.

C'est justement le service de comparaison Comparis qui a proposé en avril un test cantonal semblable. Et ce, après que près de 80% des participants à un sondage Comparis se soient prononcés en faveur d'un tel test. Les personnes interrogées attendaient de la caisse unique une économie d'au moins 40 francs par mois, soit plus de 10%.

En comparaison, l'ensemble des frais administratifs de la branche représente actuellement environ 5% du volume des primes. Et seulement 0,2% environ du volume des primes revient aux frais de publicité. Pourtant, ce sont précisément ces derniers qui sont souvent critiqués.

Par conséquent, l'économie réalisée par une caisse unique ne serait qu'un cinquième environ de ce qu'espèrent ses partisans. Et dans le pire des cas, les primes augmenteraient même: Car dans le cas d'un monopole d'État, de nombreuses incitations aux économies des caisses maladie actuelles disparaîtraient. C'est précisément pour clarifier de telles incertitudes qu'une grande majorité insiste aujourd'hui sur un essai.

# Grand écart entre les caisses maladie en termes de frais administratifs

 Le Temps | 04.10.2024

Les coûts de gestion des caisses maladie varient fortement selon la caisse choisie. L'année dernière, ils oscillaient entre 89 et 501 francs par personne, montre une analyse du service de comparaison en ligne Moneyland. Les frais administratifs moyens par personne ont augmenté de près de 20% par rapport à il y a dix ans. En 2003, les assureurs dépensaient en moyenne 153 francs par personne, contre 190 francs l'année dernière, indique le service en ligne hier dans un communiqué. Au total, les coûts de gestion de l'assurance de base se sont élevés à 1,72 milliard en 2023. Les frais de personnel ont, avec un montant de 1,15 milliard, représenté deux tiers de ces coûts. **ATS**

# Millions économisés en décortiquant les factures

 20 minutes | 07.10.2024

Les assureurs encouragent leurs clients à bien contrôler les factures qui leur sont adressées. Pour le seul Groupe Mutuel, les erreurs détectées permettent des économies de plusieurs millions par année.

## Yannick Weber

Avec les hausses répétées des primes, les patients sont de plus en plus attentifs et scrutent leurs factures – quand elles sont compréhensibles. C'est le cas d'un habitant de l'Est vaudois qui s'est étonné en analysant la facture qu'il vient de recevoir du labo qui a réalisé ses analyses sanguines et d'urine. Y figure une «taxe de commande» de 21fr.60 qui alourdit le montant total. Le patient crie à l'escroquerie. «Si à chaque analyse, on facture 20 balles parce qu'un médecin a prescrit l'analyse, il y en a pour des millions à la charge des caisses», s'énerve-t-il.

Cette taxe est pourtant tout à fait légale. En 2022, l'OFSP a toutefois dû rappeler quelques fondamentaux: une seule taxe par commande, par patient et par jour, même si ce sont deux laboratoires différents qui doivent la traiter, par exemple.

Si le Vaudois s'est agacé d'une facture qui était en règle, il a tout de même eu le bon réflexe. Car les erreurs ne sont pas rares quand elles sont émises par les médecins, hôpitaux, centres médicaux ou autres. «Le patient doit être considéré comme un acteur à part entière, car il joue un rôle central dans le contrôle des coûts. Il est le seul témoin direct des prestations fournies», rappelle Adrien Jacquéroz, porte-parole du Groupe Mutuel.

Les assureurs encouragent et même parfois demandent à des patients de confirmer que ce qui figure sur la facture, comme la durée d'un rendez-vous. Les caisses mènent aussi des contrôles. «Le Groupe Mutuel réalise ainsi des économies ou réductions d'environ 600 millions de francs par année, base et complémentaires confondues. Cela représente 10% des prestations facturées au total qui sont économisés.»

### Des doubles obligatoires

Depuis 2022, tous les fournisseurs de prestations (médecins, pharmaciens, hôpitaux, laboratoires, etc.) sont tenus de fournir une copie de leur facture aux assurés. «Cette obligation a pour objectif de permettre aux assurés de vérifier leurs factures et de signaler à l'assureur les éventuelles erreurs», rappelle la Confédération. Encore faut-il pouvoir les comprendre. Les assureurs sont nombreux à proposer des tutos pour nous apprendre à les déchiffrer, même si elles sont censées être claires pour tout un chacun.



# GE – Genf will Monopol-Krankenkasse

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 05.10.2024

Der linke Traum vom Ende privater Anbieter in der Grundversicherung ist näher gerückt

## Hansueli Schöchli

Im Gesundheitswesen hat die politische Linke vor allem zwei Kernanliegen: eine starke Umverteilung von oben nach unten durch möglichst hohe Steuerfinanzierung und einkommensabhängige Prämien sowie den Ersatz der privaten Krankenkassen in der Grundversicherung durch eine staatliche Einheitskasse. Zurzeit gibt es 39 Anbieter in der Grundversicherung, 1996 waren es noch 145. Das Volk hat schon vier Vorlagen für eine Monopolkasse abgelehnt; der Anteil der Ja-Stimmen nahm indes zu, von 23 Prozent 1994 auf 38 Prozent 2014. Heuer ergaben drei Meinungsumfragen Ja-Anteile von etwa zwei Drittel oder mehr.

Meinungsumfragen ohne vorangegangenen Abstimmungskampf haben mangels Informiertheit der Befragten eine geringe Aussagekraft. Doch gemessen am politischen Zeitgeist könnte die Einheitskasse früher oder später mehrheitsfähig sein – mit jedem Prämien Schub ein bisschen eher. Die nächste linke Volksinitiative für eine staatliche Monopolkasse ist bereits angekündigt.

## Testlauf als Zwischenschritt

Bei einigen bürgerlichen Politikern ist die Lust auf Fundamentalopposition gesunken – nicht weil man sich von einer Monopolkasse plötzlich eine spürbare Kostendämpfung verspricht, sondern weil Symbolpolitik im Sinn des Zeitgeists zum Überlebensprogramm von Politikern gehört.

Ein Schritt in Richtung Staatsmonopol ist sogar bei einzelnen Kassenexponenten kein Schreckensgespenst mehr: die Ermöglichung eines kantonalen Testlaufs, um zu schauen, was es bringt – und was es nicht bringt. So kommt eine Standesinitiative des Kantons Genf von 2023 für eine staatliche Monopolkasse in Genf Anfang nächster Woche nicht chancenlos in die Gesundheitskommission des Ständerats. Der Kanton Genf hat landesweit die höchsten Krankenkassenprämien.

Zu den bürgerlichen Mitgliedern der Kommission gehört der Schaffhauser SVP-Ständerat Hannes Germann. Er äusserte sich auf Anfrage kritisch zum geltenden System der Krankenkassen und sprach von einem «Scheinwettbewerb». Gegenüber dem Genfer Vorstoss für eine kantonale Monopolkasse zeigte er eine gewisse Aufgeschlossenheit: Er werde das genauer anschauen und habe sich noch nicht entschieden.

Aus der Krankenkassenbranche haben Exponenten in jüngerer Zeit angetönt, dass sie einen Testlauf mit einer kantonalen Monopolkasse nicht vehement bekämpfen würden. Der Chef der Krankenkasse KPT, Thomas Harnischberg, erklärte im Juni in einem NZZ-Interview, dass er persönlich nichts gegen einen solchen Test in einem Kanton habe. Einzelne andere Stimmen aus der Branche sagten Ähnliches. Der Grundgedanke: ein solcher Testlauf würde zeigen, dass die Sparerwartungen im Publikum weit übertrieben seien.

Auch der Obwaldner Mitte-Ständerat Erich Ettl, der in der ständerätlichen Gesundheitskommission und im Verwaltungsrat der Krankenkasse CSS sitzt, zeigte sich auf Anfrage nicht besonders alarmiert über den Genfer Vorstoss. Bisher habe er allerdings solche Vorstösse vor allem wegen der Befürchtung abgelehnt, dass in kurzer Zeit diverse Kantone eine kantonale Monopolkasse einführen würden und damit der Sprung zu einer nationalen Einheitskasse vorgespurt wäre.

## Experimentierartikel ausbauen?

Dies könnte man vermeiden durch die Erweiterung des Experimentierartikels im Krankenversicherungsgesetz. Dieser Artikel erlaubt dem Bund, in gewissen Bereichen jenseits des sonst geltenden Gesetzesrahmens Pilotprojekte etwa zwecks Kostendämpfung oder Qualitätssteigerung zu bewilligen. «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich beschränkt», heisst es zudem im Artikel.

Die Einführung einer kantonalen Monopolkasse wäre zurzeit nicht zulässig. Eine Ausweitung des Experimentierartikels könnte dies ermöglichen und gleichzeitig sicherstellen, dass es zunächst bei einem einzelnen kantonalen Pilotprojekt bleibt, das Projekt zeitlich beschränkt ist und nachher eine Evaluation erfolgt.

Auch ein solcher Test wäre ein bedeutender Einschnitt. Alle bestehenden Kassen müssten im betreffenden Kanton ihren Kundenstamm in der Grundversicherung an die neue Staatskasse übergeben. Personalentlassungen wären kaum zu vermeiden. Die Versicherten im betroffenen Kanton hätten keine Kassenwahl mehr. Das könnte besonders für den unteren Mittelstand ein Problem sein, da die Jagd nach Billigkassen nicht mehr möglich wäre. Und bei Wohnortswechseln aus dem Kanton heraus oder in den Kanton hinein wäre ein Kassenwechsel unvermeidlich.

Die Ermöglichung eines solchen kantonalen Testlaufs hat ironischerweise der Vergleichsdienst Comparis vorgeschlagen, der kein Interesse am Verschwinden der privaten Krankenkassen haben kann. Als Testperiode würde es laut Comparis-Experte Felix Schneuwly wohl etwa fünf Jahre brauchen. Comparis hatte eine der Umfragen von diesem Jahr in Auftrag gegeben, die eine klare Mehrheit für die Einheitskasse ergaben. Die Mehrheit der Befürworter in dieser Umfrage erwarteten eine Einsparung von mindestens 40 Franken pro Monat; das entspräche im Mittel einer Einsparung von über 10 Prozent. In einer weiteren Umfrage von diesem Jahr (im Auftrag der Beratungsfirma Deloitte) lag der Durchschnitt der erwarteten Einsparungen durch eine Einheitskasse bei etwa 14 Prozent.

## Verbreitete Illusionen

Zum Vergleich: Die gesamten Verwaltungskosten der Branche machen derzeit rund 5 Prozent des Prämienvolumens aus – und nicht 22 Prozent, wie die Befragten in einer anderen Umfrage im Durchschnitt schätzten. Von den Verwaltungskosten entfallen nur etwa 0,2 Prozent des Prämienvolumens auf Kosten für Werbung – die besonders oft auf Kritik stösst.

Der Verzicht auf Werbung hätte somit keinen spürbaren Effekt auf die Prämien. Und falls eine staatliche Monopolkasse in einem sehr optimistischen Szenario die Verwaltungskosten im Vergleich zum Status quo halbieren könnte, wäre die Einsparung nur etwa einen Fünftel so gross, wie die Befürworter hoffen.

Obwohl eine Einheitskasse gewisse Verwaltungskosten einsparen könnte, wären per saldo Mehrkosten mindestens so wahrscheinlich wie eine Kostensenkung. Ein staatlicher Monopolist hätte noch weniger Sparanreize als die jetzigen Krankenkassen. Und auch die Anreize eines Monopolisten zur Entwicklung innovativer Versicherungsmodelle wären geringer. Unklar ist derweil der Effekt auf die Tarifgestaltung. Eine Monopolkasse hätte mehr Marktmacht, was die Tarife eher drücken könnte. Doch die politischen Einflussversuche gegenüber einer staatlichen Monopolkasse wären viel stärker, was wohl auf eher höhere Tarife deutet.



# Jeder Dritte erwägt einen Wechsel der Krankenkasse

 Tages-Anzeiger | 05.10.2024

Umfrage - Nach der Ankündigung des starken Prämienanstiegs für 2025 erwägt gemäss einer Umfrage rund jede dritte Person einen Wechsel der Krankenkasse. 51 Prozent der Versicherten mit der Maximalfranchise von 2500 Franken seien bereit, ihre Krankenkasse zu wechseln. Das teilte das Prüfungs- und Beratungsunternehmen Deloitte, das sich auf eine eigene Befragung stützt, gestern mit. Und jede fünfte Person überlege sich, eine Anpassung ihres Versicherungsmodells oder ihrer Franchise vorzunehmen. Gemäss der Umfrage befürworten 70 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer einen Systemwechsel und würden einer Einheitskasse zustimmen. Gleichzeitig sagen 75 Prozent der Befragten, dass sie mit ihrer Krankenkasse zufrieden oder sehr zufrieden seien. Das deute darauf hin, dass sich die Menschen von einer Einheitskasse in erster Linie tiefere Prämien erhofften. **(SDA)**

## FR – Soignants soutenus

 La Liberté | 05.10.2024

Politique - La motion populaire pour une vraie mise en œuvre de l'initiative pour des soins infirmiers forts récolte 1607 signatures

Les infirmiers fribourgeois sont déçus du projet de mise en œuvre de l'initiative fédérale sur les soins infirmiers, présenté début septembre par la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS). Pour se faire entendre, ils ont déposé jeudi au secrétariat du Grand Conseil une motion populaire appuyée par 1607 personnes, alors que 300 paraphes auraient suffi.

Au nom de l'Association suisse des infirmiers (ASI) section Fribourg, Emilie Risse, membre du comité, rappelle que la démarche a été lancée le 20 septembre. Le texte a été transmis aux membres de l'association et au personnel soignant. Il réclame l'égalité entre les salaires du personnel infirmier et ceux d'autres professions titulaires d'un bachelors, des indemnités pour les remplacements de dernière minute et le travail de nuit ou encore des mesures améliorant la conciliation entre vie professionnelle et privée.

Le projet présenté par le Conseil d'Etat fribourgeois est beaucoup plus modeste. A ce stade, l'unique mesure concrète touchant aux conditions de travail tient dans la création d'une Permanence infirmière mobile (PIM) pour soulager l'HFR et le Réseau fribourgeois de santé mentale. D'autres nouveautés concernent la formation, afin de la rendre plus attractive et d'encourager les jeunes dans cette voie.

La motion populaire vise à faire pression sur le Conseil d'Etat et le Grand Conseil pour améliorer ce projet. Dans un premier temps, le Conseil d'Etat va se prononcer. Puis, ce sera au tour du Grand Conseil de se prononcer et de décider de la suite à donner. **MAG**

# BS, BL – Gesundheitsökonom Stefan Felder: Mindestfranchise? «Erhöhen» - Bruderholzspital? «Schliessen» - Interview

 Basler Zeitung | 04.10.2024

Gesundheitsökonom - Stefan Felder, der renommierte Professor der Universität Basel, erklärt im Gespräch, wie das Gesundheitssystem massiv entlastet werden kann. Es geht um Milliarden von Franken.

## Sebastian Briellmann

*Herr Felder, die Krankenkassenprämien steigen nächstes Jahr durchschnittlich um 6 Prozent. Ein Schock, finden viele Medien und viele Politiker. Ist es das auch für Sie?*

Für mich ist das nicht überraschend, sondern ein langfristiger Trend. Trotzdem haben viele Menschen erwartet, dass die Prämien sinken, gerade nach der Corona-Pandemie. Das ist jedoch ein Irrtum - ausser die Politik handelt. Und man darf immerhin sagen: Der Druck aufs Parlament steigt, erste Vorschläge sind tatsächlich jetzt auf dem Tisch.

*Welcher Vorstoss taugt am meisten?*

Es herrscht jetzt in einem breiten bürgerlichen Spektrum die Meinung vor: Bei der Franchise muss etwas getan werden. Die SVP hat das in früheren Jahren noch abgelehnt. Kurz: Die Mindestfranchise muss rauf. Das ist auch zwingend nötig, denn diese wurde seit 2004 nicht mehr angetastet. Gleichzeitig haben sich in den letzten zwei Dekaden die Ausgaben pro Kopf verdoppelt. SVP, FDP und Mitte zusammen hätten hier eine Mehrheit. Ich bin erstmals seit langem der Überzeugung, dass hier etwas gehen kann, gehen wird.

*Sie haben selber - mit Daten der Krankenkasse Helsana - eine Untersuchung publiziert, die zeigt: Mit einer Erhöhung der Mindestfranchise von 300 auf 500 Franken gibt es ordentlich Sparpotenzial.*

Genau. Und zwar 1,2 Milliarden Franken Prämienreduktion. Die Prämie für die obligatorische Franchise würde um 360 Franken im Jahr sinken. In der Region, wo die Krankenkassen höher sind, betrüge die Prämienreduktion sogar 450 Franken. Konkret bedeutet dies: Wenn alle Basler und Baselbieter, die aktuell eine Mindestfranchise von 300 Franken haben, neu 500 Franken bezahlen: Dann ergäbe das Ersparnisse von 35,5 Millionen Franken in der Stadt - und 52,5 Millionen auf dem Land. Insgesamt also: 88 Millionen Franken. Das ist viel Geld.

*In Basel-Stadt hat man sich gerühmt, dass die Prämien nur leicht steigen - im Baselbiet dagegen ist man nur leicht unter dem schweizerischen Schnitt. Woran liegt das? Beide Kantone behaupten, dass sie dieselben kostensenkenden Massnahmen ergriffen hätten*

Absolut steigen die Prämien in beiden Kantonen. Es geht ja nicht um die prozentuale Erhöhung, sondern um den harten Fünfliber im Portemonnaie. Teurer wird es deswegen auch für basel-städtische Versicherte, da deren Prämien schon hoch sind. Da darf man sich nicht von tieferen Prozentzahlen blenden lassen.

*Warum bekommt Basel-Stadt die Kosten einfach nicht runter?*

Weil man massive Überkapazitäten hat. Und ins Unispital will man jetzt auch noch Milliarden investieren. In ein Spital, das die höchste Basisrate hat - also eine Versorgung anbietet, die man in anderen Spitälern deutlich günstiger machen könnte. Im Claraspital zum Beispiel, im Merian-Iselin. Im Unispital zahlt man pro Behandlung ein paar Hundert Franken mehr. Kommt noch hinzu: zu viele Wiedereinweisungen, wohl auch, weil die Auslastung in vielen Einrichtungen zu tief ist.

*Was heisst das konkret?*

Wir sehen bei den Patienten in den letzten Jahren einen Rückgang bei der Verweildauer. Aber die Anzahl Betten, die bleibt gleich. Das ist gerade auf dem Platz Basel extrem. Es sollten also dringend Betten abgebaut werden - und ja: auch Spitäler geschlossen werden.

*Also muss das heissen: Bruderholzspital schliessen?*

Man sollte der Bevölkerung die Wahrheit sagen: Das Bruderholz entspricht nicht mehr den modernen Anforderungen, hohe Investitionen wären nötig. Zudem gibt es einen Rückgang bei der Nachfrage nach akut-stationärer Versorgung. Deshalb: schliessen.

*Und trotzdem könnte das Unispital zahlreiche Betten abbauen?*

Ja, problemlos. Es wäre die Verantwortung des Gesundheitsdirektors Lukas Engelberger, dies zu tun. Aber er tut nichts. Ich mache Ihnen ein Beispiel: In den USA geht ein Patient nach einer Hüftoperation nach einer Nacht wieder nach Hause. Bei uns bleibt er sieben Nächte. Sieben! Wir haben 15'000 Fälle pro Jahr. Dafür braucht man ein Kantonsspital mit 330 Betten. In Amerika kommen sie mit 20 aus.

*Was wäre zu tun?*

Man müsste ganzheitlich für die Region denken. Die Landschaft, die ans Unispital ja die Hälfte einer Fallpauschale bezahlt, ist nämlich auch vom Stadt-Sog betroffen. Von der Anbindung her wäre zum Beispiel ein Spital im Raum Pratteln optimal. Das ist so wie bei der Universität: Auch hier eigneten sich Standorte wie Muttenz. Aus dem Unispital könnte man ein kleines Kantonsspital machen. Redimensionieren, spezialisieren: auf spezielle, schwere Fälle. Die normalen Fälle können andere auch behandeln. Mit tieferen Raten als im Unispital. So wie es jetzt ist, wird es für die Finanzdirektoren der beiden Kantone langfristig einfach zu teuer.

«Ein Spital im Raum Pratteln wäre optimal. Aus dem Unispital würde dann ein kleines Kantonsspital.»



«Man muss ganzheitlich für die Region denken»: Stefan Felder, Professor an der Universität Basel. Foto: Nicole Pont

