

Inhaltsverzeichnis

H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Dopo 15 anni, la riforma Efas è giunta in porto

 La Regione | 25.11.2024

Jetzt weckt ein neuer Kostendeckel Ängste

 Tages-Anzeiger | 25.11.2024

SPITÄLER

AG – Die Krux mit der Spitalfinanzierung

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 25.11.2024

TI – Nationaler Bildungspreis geht an Kantonsspital

 Medinside | 22.11.2024

GR – Spital Thuis rechnet mit 7,7 Millionen Bruttodefizit

 Südostschweiz Bündner Zeitung | 19.11.2024

GR – Spital Samedan: In sechs Monaten wird über Spital-Zukunft entschieden

 Engadiner Post | 23.11.2024

ZH – GZO Spital Wetzikon: Der Verwaltungsrat wird ausgewechselt

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 21.11.2024

AG – KSA verschlankt Führung radikal

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 21.11.2024

VD – «Le CHUV veut promouvoir un cadre sanctionné pour sexisme»

 24 heures | 19.11.2024

KRANKENKASSEN

Assurance maladie: dès le 1er janvier prochain, changer de modèle sera possible en tout temps

 L'Agefi | 22.11.2024

Plus de dix caisses maladie affichent une solvabilité insuffisante

 blick.ch (fr) | 20.11.2024

Un nombre croissant d'assureurs maladie ne disposent plus des réserves minimales

 L'Agefi | 20.11.2024

Ein Krankenkassenverband verliert seinen Direktor

 CH Media national | 21.11.2024

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Les biais sociaux minent la santé

 Le Temps | 22.11.2024

Mehr Flexibilität für Versicherte

 CH Media national | 21.11.2024

La spesa annuale per curarci: 11 mila franchi

 Corriere del Ticino | 20.11.2024

Les Romands minorisés sur la santé

 La Liberté | 25.11.2024

«Menge mal Preis» – das falsche Rezept - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.11.2024

Gesundheitskosten werden weiter steigen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.11.2024

La Lamal sera enfin réformée

 Le Nouvelliste | 25.11.2024

Historische Niederlage für Gewerkschaften

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 25.11.2024

Baume-Schneiders wichtiger Sieg

 CH Media national | 25.11.2024

Plus de 100 milliards pour la santé

 La Liberté | 20.11.2024

DIVERSES

La médecine personnalisée en quête de réalité

 Le Temps | 22.11.2024

PFLEGEINSTITUTIONEN

LU – Wiedereinstieg Pflege: «Berufs- und Lebenserfahrung sind gefragt»

 Luzerner Zeitung | 22.11.2024

PHARMA

Les génériques jugés trop chers

 La Liberté | 20.11.2024

Überhöhte Preise für Generika

 Tages-Anzeiger | 20.11.2024

KANTONAL / REGIONAL

ZH – Das Zürcher Parlament will den Ärztemangel mit einer «drastischen Erhöhung» der Studienplätze bekämpfen

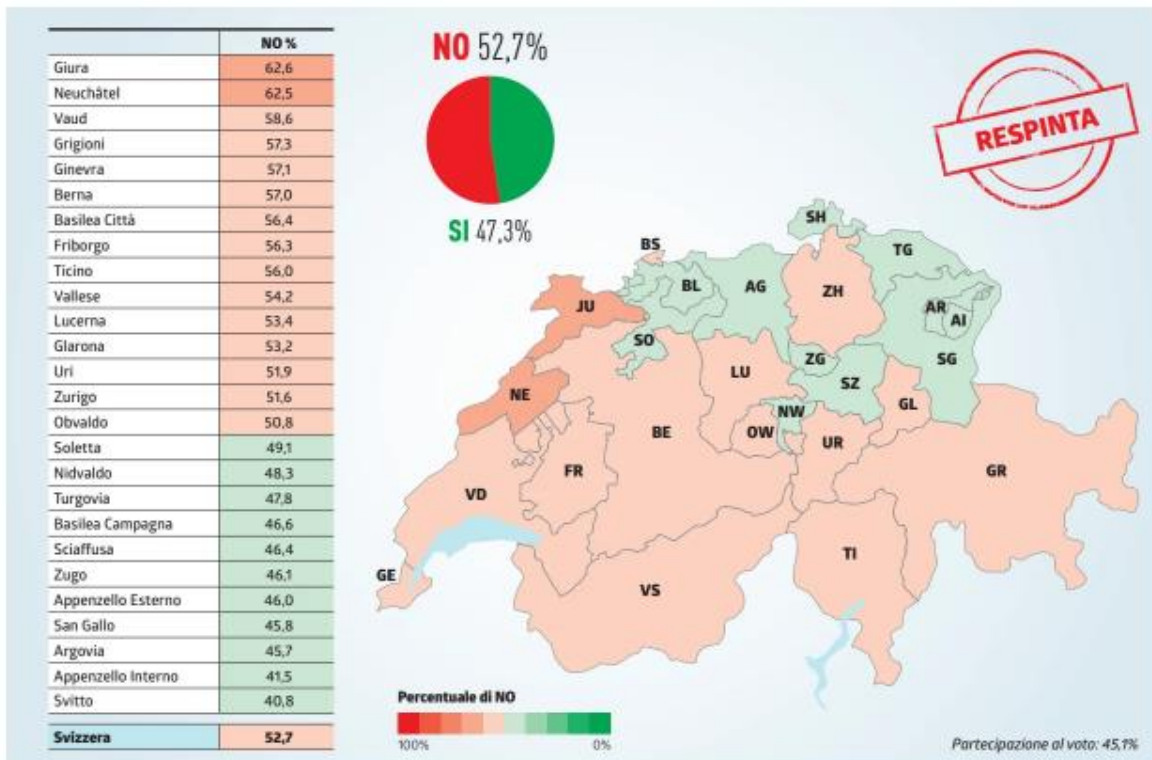
 nzz.ch | 18.11.2024

Dopo 15 anni, la riforma Efas è giunta in porto

La Regione | 25.11.2024

Piccola 'rivoluzione' nel sistema sanitario: Ci sono voluti 15 anni per far giungere in porto la riforma Efas sul finanziamento delle prestazioni. Baume-Schneider: rientra in una 'dinamica positiva'

Stefano Guerra e Jacopo Scarinci



L'Associazione traffico e ambiente (Ata) aveva lanciato il referendum con la collaborazione dell'associazione Straffico

INFOGRAFICA LA REGIONE / FONTE: UFFICIO FEDERALE DI STATISTICA

A sindacati e sinistra quest'anno il colpaccio era riuscito a due riprese: in primavera, sulla 13esima Avs (approvata); e in settembre, sulla riforma del secondo pilastro (respinta). Nell'ultima domenica di votazioni federali del 2024, sindacati, Ps e Verdi hanno rimpinguato il loro carniere: con il duplice 'no' sul diritto di locazione (vedi a pagina 2) e con il rifiuto popolare del potenziamento della rete autostradale (idem). L'en plein ieri è stato mancato per poco: solo la riforma del finanziamento delle prestazioni sanitarie e di cura – accolta con il 53,3% dei voti – ha causato loro un dispiacere. Dispiacere invero tutto relativo, dato che 'Efas' era lungi dal fare l'unanimità (il Ps era diviso, i Verdi e Travail.Suisse avevano lasciato libertà di voto) e che comunque era sostenuto da quasi tutte le organizzazioni dei settori interessati.

Il finanziamento delle prestazioni sanitarie e di cura sarà dunque 'uniformato'. Una sola chiave di ripartizione dei costi (al massimo il 73,1% a carico delle casse malati, almeno il 26,9% a carico dei Cantoni) si applicherà a tutti e tre i settori: ambulatoriale, stazionario e cure di lunga durata (case anziani e servizi spitex). Ciò avverrà già dal 2028 per i primi due, dal 2032 per il terzo. Attualmente, le prestazioni coperte dall'assicurazione malattie obbligatoria (Lamal) sono finanziate in modo diverso. Le cure ambulatoriali sono interamente a carico delle casse malati (e quindi di chi versa i premi), mentre per quelle stazionarie gli assicuratori contribuiscono al massimo nella misura del 45%, contro il 55% minimo pagato dai cantoni (tramite il gettito fiscale). Le cure nelle case anziani e nell'assistenza a domicilio ricadono invece al 54% sulle casse malati e al 46% sui cantoni.

Efas è stato messo a punto dal Parlamento dopo interminabili lavori durati 14 anni. Tre gli obiettivi principali della riforma: accelerare il passaggio dalle cure stazionarie a quelle ambulatoriali, in genere più indicate sotto il profilo medico e meno care; evitare che questa evoluzione si faccia sulle spalle degli assicurati; e migliorare la collaborazione tra tutti gli attori del settore. Stando all'Ufficio federale della sanità pubblica (Ufsp), il potenziale di risparmio si aggirerebbe nel migliore dei casi sui 440 milioni di franchi all'anno.

Il Sindacato svizzero dei servizi pubblici (Vpod/Ssp), appoggiato da Unione sindacale svizzera (Uss), Unia e Ps, ha lanciato con successo il referendum. Nel corso della campagna, abbiamo assistito a un acceso dibattito in particolare sull'impatto della riforma a livello di premi. Per i favorevoli (in sostanza, oltre a parlamento e governo, il centrodestra, le associazioni dei fornitori di prestazioni e le casse malati), questa frenerà l'incremento. Per i contrari, invece, gli assicuratori avranno più potere e i premi aumenteranno più velocemente che col sistema attuale.

'Vero progresso'

Dalle urne sono emerse significative differenze a livello regionale (vedi infografica). In particolare, i cantoni della Svizzera tedesca si sono mostrati i più entusiasti. D'altro canto, la Romandia ha bocciato in blocco la modifica legislativa, con gli abitanti di Neuchâtel (65,6%) e Ginevra (65,5%) campioni di scetticismo. In mezzo al guado il Ticino (50,5% di sì). Di "un Röstigraben per eccellenza" ha parlato il politologo del gfs.bern Lukas Golder.

A differenza di quanto avvenuto per la 13esima Avs e la riforma del secondo pilastro, stavolta Elisabeth Baume-Schneider si ritrova nel campo dei vincitori. La consigliera federale socialista ha definito il risultato una "tappa significativa nello sviluppo del nostro sistema", un "vero progresso" che porterà più trasparenza senza arrecare pregiudizio alla qualità delle cure.

L'approvazione del progetto sta a dimostrare che il sistema sanitario – da molti ritenuto pressoché irrimediabile – "non è immobile". Davanti ai media, la giurassiana ha poi ribadito la 'promessa' di un alleggerimento dell'onere dei premi di cassa malati per gli assicurati. Questo anche grazie a una "dinamica positiva" contrassegnata – oltre che dal sì a Efas – in particolare dalla recente intesa sul nuovo tariffario medico Tardoc.

Questa è la riforma "più importante dall'introduzione della LAMal [nel 1996, ndr]", ha detto il consigliere nazionale Benjamin Roduit (Centro/Vs). "È un sì storico", gli ha fatto eco l'associazione degli assicuratori malattia Curafutura, parlando di vittoria per l'intero sistema, i pazienti e chi paga i premi. Un concetto sottolineato pure dalla Conferenza dei direttori cantonali della sanità (Cds), secondo cui si apre la strada a una riduzione dei ricoveri inutili. Sulla falsariga l'associazione mantello degli ospedali H+, per la quale il passaggio verso un uso preponderante dei trattamenti ambulatoriali è sensato dal punto di vista medico ed elimina i falsi incentivi esistenti.

Tra gli oppositori si sottolineano i rischi per il personale e per i premi di cassa malati. Il sindacato Vpod teme un importante peggioramento delle condizioni di lavoro del personale infermieristico e di cura, l'Uss un incremento ancor più consistente dei premi. Anche il presidente della sezione francofona della Federazione svizzera dei pazienti, il 'senatore' Baptiste Hurni (Ps/Ne), è preoccupato per una probabile impennata dei premi una volta che le cure di lunga durata saranno assoggettate al regime del

finanziamento uniforme (nel 2032, con le casse malati che finanzieranno una parte maggiore dei suoi costi). Senza contromisure, i premi continueranno ad aumentare lo stesso, confermano i Verdi. Il partito ecologista si dice convinto che l'unica soluzione sia una rivoluzione del sistema, ossia premi legati a reddito e patrimonio personali. Una proposta in questo senso è all'esame del Parlamento. Il Ps invece ha in cantiere una nuova iniziativa popolare per (ri)lanciare la cassa malati unica. Saranno maturi i tempi, stavolta?

LA REAZIONE 'Ora le vere riforme rischiano di slittare'

È amareggiato, e non potrebbe essere altrimenti, il direttore del Dipartimento sanità e socialità ticinese Raffaele De Rosa che, da noi raggiunto per una reazione sull'approvazione federale e anche in Ticino di Efas, sgombra subito il campo: "Sin dalle prime settimane si è capito che a livello federale sarebbe passata, con 21 cantoni favorevoli e considerato quanti gruppi di interesse si sono mossi a sostenere questa riforma. Era da capire solo con che ampiezza". In Ticino "il voto è stato risicato, con una differenza di circa mille voti, nonostante i gruppi di interesse si siano mobilitati in massa anche qui". E per De Rosa "molti ticinesi hanno temuto l'ennesima fregatura per il nostro Cantone, perché di promesse da marinaio ne abbiamo già viste con il finanziamento alle cliniche private in maniera paritaria rispetto al pubblico nel 2012, o quando nel 2014 abbiamo pagato 400 milioni di premi in più per riceverne indietro solo 90, o alla perequazione finanziaria federale... temi che hanno portato molti a non credere alla promessa sulla sabbia di una riduzione dei premi di cassa malati". Secondo il direttore del Dss, "anche le 2'600 schede bianche sono un segnale di protesta, rabbia e difficoltà nel capire un tema ostico".

Adesso che fare? "Bisognerà sicuramente capire tutte le ripercussioni, e sarà importante che queste promesse di riduzione dei premi vengano effettivamente mantenute". Il Consiglio di Stato si era opposto a Efas, e De Rosa lo rivendica: "Eravamo molto scettici e avevamo molte riserve, a fronte di un maggiore contributo cantonale di diverse decine di milioni non viene data ai Cantoni una maggior possibilità di controllare e pilotare il sistema e l'altro grande timore oltre alle promesse dei favorevoli che non saranno mantenute è quello che non si introdurranno le vere riforme, fondamentali, per frenare la crescita dei premi". Cioè quelle che per il direttore del Dss devono andare nella direzione di "contrastare l'esplosione fuori controllo delle cure ambulatoriali, fare molto di più per contenere la crescita della spesa per medicinali che ha superato il 20% della spesa complessiva Lamal, ambito totalmente in mano alla Confederazione, e in più penso a tutto quello che riguarda la medicina inutile, i doppioni nelle analisi, nei trattamenti, nelle diagnosi, tutta una sovramedicalizzazione che non serve, è costosa, oltre a essere uno spreco e magari nuoce alla salute".

A De Rosa però chiediamo anche quanto può aver inciso nel voto ticinese il fatto che i premi sono talmente alle stelle che qualsiasi soluzione che promette un abbassamento può essere appoggiata, anche se di fatto la differenza alle urne è stata minima. "Sono fermamente convinto che la situazione di difficoltà di moltissimi cittadini porta ad approvare determinate riforme anche nel dubbio e nell'incertezza – risponde il consigliere di Stato ticinese –, ma bisogna essere consapevoli che "fare qualcosa" per dimostrare che lo si sta facendo può esser pericoloso. Mettere mano a riforme che non vanno a risolvere i problemi alla radice e promettono, sulla sabbia, riduzioni dei premi rischia di distogliere l'attenzione su quelle modifiche strutturali necessarie e urgenti".

Boccata d'ossigeno per gli assicurati

Seitenzahl
1

Seitenzahl
Kommentar

Stefano Guerra

Per Unia il sì popolare a Efas (la riforma destinata a rendere uniforme il finanziamento delle prestazioni sanitarie e di cura) avrà “conseguenze imprevedibili”. L'Unione sindacale svizzera parla di “pessima notizia per assicurati, pazienti e personale curante”, a causa di “promesse che non potranno essere mantenute”. Curafutura (assicuratori malattie) scommette invece su “notevoli risparmi” e una “riduzione significativa dei premi”, esultando per una “vittoria per il sistema sanitario, per i pazienti e per gli assicurati”. Le domeniche di votazioni – così come le campagne che le precedono, delle quali rappresentano lo sbocco – generano sempre una certa propensione all'iperbole, in un senso e nell'altro. Rientra dunque nell'ordine delle cose che perdenti e vincitori si ritrovino, un'ultima volta, su posizioni diametralmente opposte. Ne abbiamo avuto la riprova domenica. Ed è su Efas che lo scarto tra il cupo allarmismo degli uni e la rosea visione degli altri è apparso più flagrante.

Di fronte a temi così complessi e a scenari incerti, solitamente la popolazione predilige lo status quo. Stavolta invece il 53,3% di chi è andato a votare (uno scarso 45% degli aventi diritto) ha osato dire sì a una riforma – la prima nel settore sanitario da parecchi anni a questa parte – non esente da rischi, ma ragionevole e opportuna (e per questo sostenuta da quasi tutte le organizzazioni del settore).

Oggi gli assicurati sono penalizzati da un sistema di finanziamento che accolla l'intero costo delle prestazioni ambulatoriali alle casse malati, quindi in ultima analisi a chi paga i premi. Efas per questi ultimi rappresenta una boccata d'ossigeno, poiché dal 2028 anche i Cantoni (quindi i contribuenti, attraverso imposte che però a differenza dei premi sono proporzionali al reddito e quindi più ‘sociali’) parteciperanno al loro finanziamento. Si tratta di una correzione benvenuta. Perché la già affermata e ineluttabile tendenza verso ‘più ambulatoriale’ è destinata ad approfondirsi. Ed è proprio questo il settore che cagiona la spesa di gran lunga più consistente a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria.

Non aspettiamoci miracoli. I premi di cassa malati non diminuiranno, è poco ma sicuro. Sono ben altre le riforme che servirebbero per far sì che questi aumentino in maniera assai meno drastica: da un nuovo tariffario medico non così favorevole a certi specialisti e che valorizzi il lavoro dei medici di base a una diversa ‘politica’ dei farmaci, passando ad esempio da pianificazioni ospedaliere o da una gestione dell'offerta ambulatoriale degne di questo nome.

Il grande Efas è un piccolo passo, dunque. Ma grazie a una chiave di ripartizione uniforme, valida per tutti e tre i settori – ambulatoriale, stazionario, cure di lunga durata (case anziani e spitex) – possiamo ragionevolmente contare su incrementi un po' meno marcati. Quantomeno per qualche anno e in quei cantoni dove la ‘quota’ di ambulatoriale è più elevata (come il Ticino, dove il Consiglio di Stato ha infelicitemente fatto campagna per il ‘no’). Certo, dal 2032 l'assoggettamento delle cure di lunga durata al regime del finanziamento uniforme mitigherà poco a poco l'effetto ‘calmierante’ della riforma. Ma nulla impedirà ai Cantoni di farsi carico casomai di una quota superiore a quella prevista (il 26,9% è un valore minimo), sgravando in questo modo gli assicuratori malattie (e gli assicurati). E comunque la nuova chiave di ripartizione uniforme (massimo 73,1% a carico delle casse malati, il resto appunto dei Cantoni) non è scolpita nel marmo.

Jetzt weckt ein neuer Kostendeckel Ängste

 Tages-Anzeiger | 25.11.2024

Nach Ja zur Gesundheitsreform - Neue Tarife sollen verhindern, dass die Gesundheitskosten weiter steigen. Kritiker mahnen, das könne den ambulanten Bereich unattraktiv machen.

Konrad Staehelin und Markus Brotschi

Die Anreize werden in den nächsten Jahren in der Schweiz steigen, Patientinnen und Patienten für Behandlungen nicht mehr im Spital übernachten zu lassen. Das Ziel: Den Anstieg der Prämien zu bremsen. Das hat die Stimmbevölkerung gestern beschlossen: Rund 53 Prozent der Stimmbürgerinnen und Stimmbürger sagten Ja zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS).

Allerdings stellt die nächste grosse Reform des Gesundheitswesens eine Herausforderung für dieses Vorhaben dar. Auf 2026 planen der Bundesrat und die Gesundheitsbranche, neue Tarife einzuführen.

Der wichtigste Teil des neuen Systems heisst Tardoc. Es ersetzt das 20-jährige System Tarmed, nach dem Ärzte und Spitäler bis heute abrechnen - und das völlig veraltet ist. Einige Leistungen sind aufgrund des technologischen Fortschritts günstiger geworden, als sie heute verrechnet werden. Andere werden heute deutlich zu günstig verrechnet. Durch die Änderungen sollen die Vergütungen fairer werden.

Gleichzeitig sollen Fallpauschalen für gewisse standardisierte Behandlungen Anreize für effizientes Arbeiten setzen. Es geht beispielsweise um Operationen, die mithilfe einer teuren Infrastruktur durchgeführt werden.

Umstrittener Kostendeckel von 1,5 Prozent

All diese Veränderungen gelten nur für die ambulante Versorgung. Beobachter befürchten, dass diese dadurch für die Spitäler unattraktiver sein könnte. Es ist also genau jener Bereich betroffen, den die angenommene Reform vom Sonntag stärken will.

Der Grund liegt in den finanziellen Vorgaben für die neuen Tarife. Bei der Einführung dürfen sie keine höheren Kosten verursachen als das bisherige Modell. Total werden für ambulante Leistungen in Arztpraxen und Spitälern heute rund 13 Milliarden Franken pro Jahr verrechnet.

Umstritten ist insbesondere, dass es einen Kostendeckel geben soll: Nicht mehr als 1,5 Prozent pro Jahr dürfen die Kosten zunehmen. Darin ist auch der medizinische Fortschritt eingerechnet, also zum Beispiel bessere und teurere Medikamente. Wenn jedoch mehr Leute ins Spital gehen, also eine reine Mengenausweitung zu höheren Kosten führt, fliesst das nicht in die Rechnung ein. Wenn das 1,5-Prozent-Ziel überschritten wird, muss der Kostendeckel fürs Folgejahr entsprechend sinken. Massgebend ist jeweils die Zielerreichung auf Bundesebene.

Was passiert, wenn der Deckel überschritten wird?

Zustande gekommen ist dieses Kostendach auf Druck des Bundesrats. Er zwang die Leistungserbringer, sprich die Kassen, Ärzte und Spitäler, sich zusammzusetzen und bis Anfang November entsprechende Vorschläge zu machen. Einige davon sind damit unzufrieden, wie man aus der Branche hört. Doch wenn sie nicht gespurt hätten, hätte der Bundesrat das Kostendach einfach selbst verfügt - möglicherweise in noch strengerer Form. Offiziell wurde über all das noch nicht kommuniziert. Zurzeit beurteilt das Bundesamt für Gesundheit die eingereichten Vorschläge.

Die grosse Frage ist: Was passiert, wenn der Kostendeckel überschritten wird? Gesundheitsfachmann Felix Schneuwly, der für den Krankenkassen- Vergleichsdienst Comparis arbeitet, sagt: «Die Gefahr besteht, dass die Ärzte und Spitäler entweder die Personalkosten auf übertriebene Weise zu drücken versuchen oder gewisse Leistungen gar nicht mehr anbieten.»

Gleiche Argumentation wie bei der Initiative der Mitte

Das erinnert an die Diskussion rund um die Kostenbremse- Initiative der Mitte-Partei. Sie wollte das Wachstum der Gesundheitskosten unter das Lohnwachstum drücken. Ein wichtiges Gegenargument war das Risiko einer Rationierung der Leistungen. Die Stimmbevölkerung lehnte die Vorlage im Juni mit 63 Prozent Nein-Stimmen ab. Schneuwly sagt: «Auch jetzt handelt es sich wieder um populistischen Unsinn, mit dem die Politik mit schlechten Ideen die Gesundheitskosten drücken will.»

«Auch wenn noch nicht alle Details geklärt sind: Mit dem neuen Tarifsysteem könnte der Ausbau des ambulanten Bereichs für uns zum Risiko werden - das können wir nicht schönreden», gibt Kristian Schneider zu bedenken. Schon heute sei der ambulante Bereich für die meisten Spitäler bei weitem nicht kostendeckend, sagt der Chef des Spitalzentrums Biel und Vizepräsident des Spitalverbands H+: «Wenn wir aufgrund des Kostendachs negative Konsequenzen befürchten müssen oder die Qualität nicht gewährleisten können, müssen wir die Ambulantisierung gegebenenfalls verlangsamen.»

Das Bundesamt für Gesundheit antwortete gestern nicht auf die geäusserte Kritik. Verena Nold, als Direktorin des Krankenkassenverbands Santésuisse an der Ausarbeitung des neuen Kostendachs aktiv beteiligt, spricht dagegen von einem «gutschweizerischen Kompromiss», auf den sich Kassen, Ärzte und Spitäler geeinigt hätten.

Nold hält es für unwahrscheinlich, dass die Kosten so aus dem Ruder laufen, wie die anderen Kommentatoren es befürchten. Sollte das trotzdem geschehen, könne man das System anpassen. Nold: «Die Ängste sind nicht gerechtfertigt.»

Jetzt sind Ärzte, Spitäler und Kassen dran - und die Versicherten

Reformen im Gesundheitswesen gelingen also doch. Eine Mehrheit der Stimmenden liess sich vom Zahlenwirrwarr der Gewerkschaften nicht irritieren und stimmte Ja zu Efas-Vorlage. Die nachweislich falsche Behauptung, Efas führe 2028 zu einem Prämien Schub, verfiel zum Glück nicht.

Die einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen beseitigt einen Konstruktionsfehler in der Krankenversicherung. Die Verlagerung hin zur ambulanten Medizin ging bisher voll zulasten der Prämienzahlenden. Künftig müssen sich die Kantone an den stark steigenden ambulanten Kosten beteiligen, egal, ob die Behandlungen in Arztpraxen oder Spitalambulatorien erfolgen.

Diese Entlastung der Prämienzahlenden wird die zusätzliche Belastung durch den Einbezug der Langzeitpflege wettmachen. Für die Krankenversicherer wird mit Efas die sinnvolle Verlagerung weg von teuren stationären Spitalbehandlungen hin zu günstigeren ambulanten Eingriffen attraktiver. Bisher haben von der «Ambulantisierung» vor allem die Kantone profitiert, weil sie sich ihre Kostenbeteiligung für den stationären Spitalaufenthalt sparen konnten.

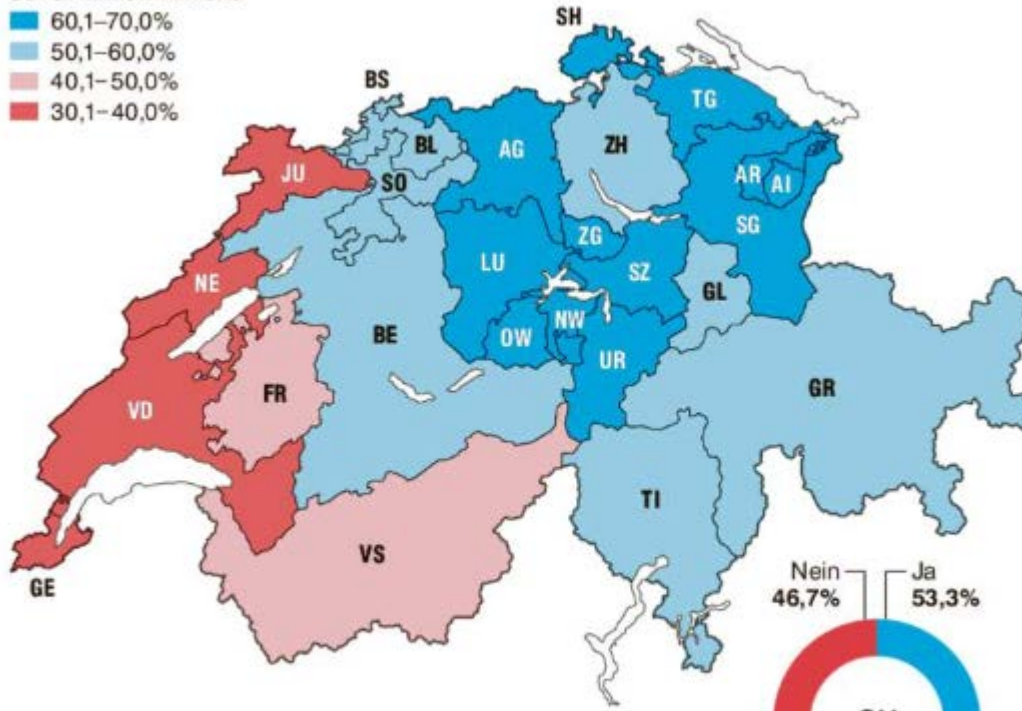
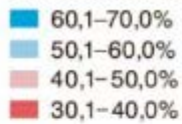
Efas wird nicht alle Probleme lösen. Die Kosten im Gesundheitswesen werden auch in Zukunft steigen, jedoch werden sie fairer verteilt.

Damit die ambulante Medizin zusätzlichen Schub erhält, müssen die Spitäler verstärkt in die ambulante Versorgung investieren, also tendenziell Betten ab- und ambulante Behandlungsplätze aufbauen. Die Kassen müssen mehr Verträge mit Ärzte-Netzwerken abschliessen, die sich der koordinierten Behandlung verschrieben haben, zum Beispiel bei chronisch Kranken. Wenn durch die gute Betreuung Mehrfachabklärungen und Doppelbehandlungen sowie stationäre Spitalaufenthalte vermieden werden, sind laut Experten Prämienrabatte bis zu 25 Prozent möglich.

Nutzen alle Akteure die Chancen von Efas, erhalten die Prämienzahlenden neue Sparmöglichkeiten. Es wird aber auch an den Versicherten selbst liegen, solche Versicherungsmodelle zu nutzen.

Einheitliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen angenommen

Ja-Stimmen-Anteile



	% Ja
SG	64,3
ZG	62,8
NW	62,5
AR	62,4
OW	62,2
LU	61,1
SZ	61,1
AI	61,1
SH	60,9
TG	60,5
UR	60,3
AG	60,3
GR	59,6
GL	58,2
BL	57,8
ZH	57,7
SO	55,3
BE	53,4
BS	52,7
TI	50,5
VS	46,5
FR	43,4
VD	37,7
JU	36,9
GE	34,5
NE	34,4

Stimmbeteiligung: 44,9%

Grafik: mt, mrue / Quelle: BFS

Gleichen tags erschienen in

- Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster

AG – Die Krux mit der Spitalfinanzierung

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 25.11.2024

Für gewisse nicht von der Versicherung abgedeckte Leistungen erhalten Kliniken Geld vom Kanton. Die Mitte fordert mehr Transparenz.

Matthias Niederberger

Immer mehr Spitäler in der Schweiz sind defizitär. Dieser Befund gilt auch für den Aargau: Abgesehen von den grossen Kantonsspitalern Aarau (KSA) und Baden (KSB) sowie den Psychiatrischen Diensten (PDAG) schrieben im vergangenen Jahr die meisten Kliniken rote Zahlen. Eine Hauptursache sehen die Verantwortlichen in den aus ihrer Sicht zu tiefen Tarifen: Sie würden die Kosten einer Behandlung oftmals nicht decken. Zu diesem Schluss kommen auch viele Gesundheitspolitikerinnen und -politiker.

Eine andere Finanzierungsquelle der Spitäler sind Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Diese dienen der Finanzierung von Leistungen, die nicht von der Grundversicherung abgedeckt werden. Die Aargauer Regierung hat in einer Verordnung festgelegt, an welchen Leistungen sich der Kanton beteiligen kann – und wie hoch die Entschädigung dafür ausfällt.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) der Aargauer Spitäler

- Ungedeckte Betriebskosten einer Kinderklinik: höchstens 5 Mio. Franken pro Jahr
- Forschung: höchstens 2,5 Mio. Franken pro Jahr.
- Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale: 2,2 Millionen Franken.
- Massnahmen des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts: 500'000 Franken.
- Bereitstellung und Unterhalt von geschützten Operationssälen: 20'000 bis 30'000 Franken.
- Ärztliche Weiterbildung: 20'000 Franken pro Assistenzarzt und Jahr.
- Universitäre Lehre: 15'000 Franken pro Unterassistent und Jahr / 1000 Franken pro Blockstudentin und Jahr.
- Hausarztmentoring: 50'000 Franken pro 20 Stellenprozent einer Mentorin oder eines Mentors.
- Betrieb einer Heroinabgabestelle: 339 Franken pro Woche und Fall.

Die Kantone können relativ frei entscheiden, welche Leistungen sie auf diese Weise finanzieren wollen und wie viel Geld sie sprechen möchten. Im Aargau wurden in den letzten Jahren gewisse Beiträge erhöht, etwa für die Weiterbildung oder für den Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale. Seit 2023 wird auch die

Praxisassistenten – gemeint ist die Weiterbildung von Assistenzärzten in Hausarztpraxen – mit einer Pauschale von 50'000 Franken pro halbes Jahr unterstützt.

Die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterscheiden sich teils beträchtlich von Kanton zu Kanton. Mehr Transparenz schaffen möchte nun die Aargauer Mitte-Fraktion. Sie hat am Dienstag im Grossen Rat eine Interpellation eingereicht. Darin heisst es, dass die Finanzierung der Spitäler und Kliniken «von einem starken Auseinanderdriften zwischen Erträgen und Kosten» geprägt sei.

GWL sind Teil der neuen Gesundheitsstrategie

Verschiedene Seiten würden immer wieder Klärungen zur Abgeltung von GWL fordern. In der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung, die im Juni vom Grossen Rat verabschiedet wurde, seien sie als versorgungsrelevante Vorhalteleistungen der Spitalversorgung in der Strategie aufgenommen. Zudem sei in der Anhörung von verschiedenen Seiten festgehalten worden, dass die GWL zwingend neu ausgerichtet werden sollten, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Immer wieder werde erwähnt, dass der Kanton Aargau im interkantonalen Vergleich vergleichsweise tiefe Abgeltungen gewähre: «Bekannt ist auch, dass im Kantonsvergleich unterschiedliche Leistungen abgegolten werden und die interkantonale Vergleichbarkeit und Transparenz nicht gewährt sind.»

Obwohl die Interpellanten selbst einräumen, dass ein Vergleich wegen der unterschiedlich abgegoltenen Leistungen schwierig ist, fragen sie die Regierung, wie hoch die Zahlungen in anderen Kantonen sind und wie der Aargau im Vergleich dasteht. Ausserdem möchte die Mitte-Fraktion wissen, wie hoch der Durchschnitt und der Median pro Kopf und pro Fall im interkantonalen Vergleich sind.

Weiter muss der Regierungsrat darlegen, wie hochaktuell die gesamthafte Abgeltung für GWL an die Spitäler und Kliniken im Aargau ist und wie sich diese in den vergangenen Jahren entwickelt hat.

Mitte fragt nach der Strategie der Regierung

Von seinen eigenen Kantonsspitalern fordert der Kanton Aargau eine Ebitda-Marge von mindestens 10 Prozent. Mittels dieser Kennzahl wird die Profitabilität eines Spitals gemessen. Allen sei bekannt, dass dieser Wert unter den aktuell herrschenden Rahmenbedingungen «kaum erreichbar» sei, schreiben die Interpellanten. Sie möchten wissen, wie stark der Kanton die GWL-Abgeltungen an die Spitäler erhöhen müsste, damit diese das Finanzziel erreichen würden.

Ausserdem möchten die Mitte-Politiker und -Politikerinnen erfahren, welche Strategie der Kanton Aargau mit den GWL verfolgt, welche Leistungen prioritär abgegolten werden und welche weiteren Finanzierungsmöglichkeiten der Kanton hat.

5

Millionen Franken vergütet der Kanton höchstens für eine Kinderklinik.

4,6%

betrug die Ebitda-Marge des KSA 2023 – weniger, als der Kanton verlangt.

Gleichenstags erschienen in

- Zofinger Tagblatt

TI – Nationaler Bildungspreis geht an Kantonsspital

 [Medinside](#) | Tessiner Spitalverbund EOC | 22.11.2024

Die Tessiner Kantonsspital-Gruppe EOC sei eine ersten Adressen für die Berufsausbildung, so eine Begründung.

Dass medizinische Weiterbildung von allen Spitälern als wichtig und entscheidend angesehen wird – das ist fast schon eine Selbstverständlichkeit. Spezieller schon ist, dass die Tessiner Kantonsspitalgruppe EOC den Nationalen Bildungspreis für ihre Leistungen in der Grund- respektive allgemeinen Berufsbildung erhält.

Die EOC nehme im gesamten Gesundheitssektor eine Vorreiterrolle in der Ausbildung ein, erklärte Franco Gervasoni, der Vizepräsident der Stiftung FH Schweiz, zur Wahl; die Stiftung vergibt den Nationalen Bildungspreis seit 2013 gemeinsam mit der Stiftung Hans Huber.

Erstmals ging der Preis damit auch ins Tessin. Die Kantonsspital-Gruppe sei auch in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen ein Ansporn, so Gervasoni weiter.

Das Kantonsspital übernehme im 70 Prozent der Ausbildung von Pflegefachleuten im Südkanton – und fast 100 Prozent bei der Ärzteschaft.

Man findet Nachwuchs

Die EOC sei damit zu einer der ersten Adressen für die Berufsausbildung geworden und könne auch relativ einfach gute Lernenden rekrutieren, bemerkte Stefan Schulthess, der Präsident von FH-Schweiz, an der Preisverleihung in Lugano: «Das ist ausserordentlich, wenn man die Hilfeschreie nach Pflegepersonal bei uns in der Deutschschweiz im Hinterkopf hat.»

EOC-Generaldirektor Glauco Martinetti verkündete an der Verleihung, dass das Preisgeld von 20'000 Franken gleich wieder in die Bildung investiert werden soll – genauer in die Ausbildung der Berufsbildungs-Verantwortlichen: Sie sollen intensiver darin geschult werden, die teils mangelhafte Beziehungs-, Sozial- und Selbstkompetenz von Lernenden zu verbessern.

Der [Nationale Bildungspreis](#) ehrt jährlich eine Organisation, welche die Förderung der dualen Berufsbildung auf besondere Art und Weise umsetzt. Der Preis anerkennt das Engagement in der Aus- und Weiterbildung von Angestellten.

Für E-Learning- und Fortbildungs-Angebote für Ärzte und Apotheker: [med-cases](#)

GR – Spital Thusis rechnet mit 7,7 Millionen Bruttodefizit

 Südostschweiz Bündner Zeitung | Spital Thusis | 19.11.2024

Die Delegierten der Thusner Spitalträgerschaft Gesundheit Mittelbünden haben letzte Woche das Budget des Krankenhauses für das Jahr 2025 genehmigt. Wie aus einer Mitteilung hervorgeht, weist der Voranschlag ein Bruttodefizit von 7,7 Millionen Franken aus. Um Kosten zu sparen, werde das laufende Sanierungsprojekt konsequent fortgeführt, gleichzeitig würden mögliche Kooperationen geprüft. Das Ziel sei es, weiterhin eine moderne medizinische Versorgung für die Region sicherzustellen und attraktive Arbeitsplätze zu erhalten. Der Stiftungsrat arbeite ebenfalls weiterhin an verschiedenen Varianten für die Zukunft. Neu in den Stiftungsrat gewählt wurde Michèle Albertin (Sils) als Vertreterin der Region Viamala. (red)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

GR – Spital Samedan: In sechs Monaten wird über Spital-Zukunft entschieden

 Engadiner Post | Spital Oberengadin | 23.11.2024

Im April 2025 soll im Oberengadin über die Zukunft des Spitals abgestimmt werden. Ein Zwischenbericht liegt vor. Was steht in diesem? Welche Fragen können heute beantwortet werden, welche noch nicht? Eine Übersicht.

Reto Stiefel

Wie soll die Gesundheitsversorgung im Oberengadin künftig sichergestellt werden, und welche Rolle spielt das Spital Oberengadin in Samedan (SOE)? Mit diesen Fragen hat sich ein Lenkungsausschuss sowie der Verwaltungsrat und der Stiftungsrat der Stiftung Gesundheitsversorgung Oberengadin (SGO), zu der das Spital gehört, seit Februar dieses Jahres beschäftigt. Nun liegt ein Zwischenbericht vor. Insgesamt wurden vier mögliche Varianten erarbeitet. Zwei davon wurden nicht weiterverfolgt: Die Übernahme der Klinik Gut durch die SGO und die Bildung einer Tochtergesellschaft mit dem Spital und der Klinik. Beide Varianten waren für das Kantonsspital Graubünden (KSGR) als Eigentümerin der Klinik Gut AG keine Option.

Die beiden Varianten

Vertieft geprüft wurden die Variante 1 «Status quo+ mit Optimierungen» und die Variante 2 «Projekt Albula mit der Integration des Spitals Samedan ins Kantonsspital». Bei Variante 1 bliebe das SOE selbständig, es gäbe weiterhin eine Zusammenarbeit mit anderen Spitälern, insbesondere dem Kantonsspital. Bei Variante 2 würde das SOE seine Selbständigkeit aufgeben und in das KSGR integriert werden. Dieses mietet die dafür notwendige Infrastruktur und betreibt am Standort Samedan das Akutspital. Die Alterszentren, die Spitex sowie die Fachstelle Alter und Gesundheit würden bei der SGO bleiben.

Warum wird die Fusion bevorzugt?

Die Gremien der SGO befürworten das Projekt Albula mit der Aufgabe der Selbständigkeit, da nur dieses die Sicherung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung ermögliche. Die 2800 stationären Fälle pro Jahr würden nicht ausreichen, um einen eigenständigen Betrieb aufrechtzuerhalten. Mit der Integration seien Synergien nutzbar, beispielsweise mit der Klinik Gut, aber auch mit dem Kantonsspital. Zudem erleichtere ein attraktives Arbeitsumfeld das Halten und Gewinnen von Fachkräften und gebe den Gemeinden finanzielle Planungssicherheit.

Was bedeutet das für das Personal?

Das KSGR übernimmt bei einer Integration nur die notwendigen Mitarbeitenden, für diese gilt der Besitzstand. Wer nicht übernommen wird, bleibt grundsätzlich bei der SGO. Eine Arbeitsplatzgarantie aber gibt es nicht, und es könnte zu einem Stellenabbau kommen, konkrete Zahlen dazu liegen jedoch noch nicht vor. «Wir gehen davon aus, dass die Stellenbereinigung weitgehend über natürliche Fluktuationen aufgefangen werden kann», sagte KSGR-CEO Hugo Keune. Falls nicht, werde es für die Betroffenen einen freiwilligen Sozialplan seitens des Kantonsspitals geben. «Es wird bei keinen Mitarbeitenden zu Härtefällen kommen », ergänzte SGO-Stiftungsratspräsident Christian Brantschen.

Was bedeutet das für die Patienten?

Gemäss den Ausführungen der Verantwortlichen wird das bestehende Angebot «überprüft und weitgehend fortgeführt ». Ebenso die Kooperationen, beispielsweise in der Onkologie oder der Dialyse. Die Notfallversorgung bleibt gewährleistet, die Geburtshilfe und Neonatologie wird weiterhin in Samedan angeboten. Ob die Intensivpflegestation (IPS) so erhalten bleibt wie heute oder in eine Intermediate Care Station (IMC) umgewandelt wird, ist noch nicht entschieden. «Unser Ziel ist es, medizinisch eine ebenso gute oder eine noch bessere Qualität anzubieten», sagte Projektleiter Markus Furrer, viele Jahre Chefarzt und ärztlicher Direktor am Kantonsspital.

Was bedeutet das für die Klinik Gut?

Das jahrelange Ringen um eine bessere Zusammenarbeit respektive ein Zusammengehen der beiden Spitalstandorte im Oberengadin wäre zu Ende. Die Klinik Gut gehört heute bereits zu 100 Prozent der Stiftung Kantonsspital Graubünden, und das Spital Oberengadin wird künftig unter dem gleichen Dach betrieben. «Das ist ja gerade der Clou der Fusion: Es gibt keine Konkurrenz mehr», sagte Furrer. In Zukunft sei es egal, ob der Patient in Samedan, St.Moritz oder Chur liege. Gerade in Zusammenarbeit mit der Klinik sieht er grosses Synergiepotenzial, beispielsweise bei den Operationen oder der Notfallabdeckung ausserhalb der Hochsaison.

Was bedeutet das finanziell?

Heute bezahlen die Oberengadiner Gemeinden gemäss der Leistungsvereinbarung jährlich 2,75 Millionen Franken. Mit der Variante «Albula» würden diese Kosten laut den aktuellen Modellrechnungen ab 2029 auf 4,35 Millionen Franken steigen. Für die Umsetzung der Integration wären in den Jahren 2026 bis 2028 zusätzliche Beiträge von insgesamt sechs Millionen Franken erforderlich. Hinzu kommen die Aufwendungen für die Alterszentren von jährlich drei Millionen Franken (Leistungsvereinbarung bis 2027) sowie Kosten für die Spitex und die Fachstelle von rund 200000 Franken. Zum Vergleich: Bei Variante 1 wird mit jährlichen Kosten von 8,75 Millionen Franken für die Gemeinden ab dem Jahr 2026 gerechnet. «Die Variante Albula kommt somit rund vier Millionen Franken günstiger als die Variante Status quo+», sagte Ralph Sattler, Projektleiter seitens der SGO.

Was passiert mit den Immobilien?

Diese blieben bei der SGO, was für die Gemeinden grosse finanzielle Konsequenzen haben würde (bei beiden Varianten). Die Immobilien (das neue und alte Spital sowie Personalhäuser) stehen heute mit einem zu hohen Wert in der Buchhaltung und müssen wertberichtigt werden. Dies könnte entweder mit einer einmaligen Korrektur von 50 Prozent geschehen, was die Gemeinden 27,3 Millionen Franken kosten

würde, oder aber über jährliche Abschreibungen, die einen Zusatzbeitrag von den Gemeinden an die SGO erforderlich machen würden. «Ein Verkauf der Immobilien steht nicht zur Diskussion », betonte Christian Brantschen.

Wie geht es weiter?

Bis zum 8. Januar des kommenden Jahres wird ein Vorentscheid über die Realisierung des Projektes «Albula» durch die verantwortlichen Instanzen der SGO und des KSGR gefällt. Anschliessend erfolgt eine Information an die Mitarbeitenden, die Behörden und die Öffentlichkeit. Im April soll in den einzelnen Gemeinden nur über die Variante 2 abgestimmt werden. Wird diese verworfen, müsste eine neue Leistungsvereinbarung für die Variante 1 («Status quo+») erarbeitet werden. Damit die Fusion zustande kommt, braucht es die Zustimmung aller Gemeinden.

Durch scannen des QR-Codes kann der Bericht des Stiftungsrates zur Spitalzukunft heruntergeladen werden.

In finanzieller Schieflage

In den letzten Jahren sind viele Schweizer Spitäler in finanzielle Schieflage geraten. 2024 hat eine Studie des Beratungsunternehmens KPMG die Zahlen von 48 Schweizer Spitäler analysiert – 70 Prozent verzeichnen Verluste und im Durchschnitt eine EBITDA-Marge von gerade noch 1,8 Prozent. Gefordert wären zehn Prozent. Damit könnte genug Geld erwirtschaftet werden, um den Betrieb langfristig sicherstellen zu können.

Unter der schwierigen Finanzlage leidet auch das Spital Oberengadin in Samedan.

Nur dank einer Entnahme aus dem Organisationskapital konnte 2023 ein ausgeglichenes Ergebnis präsentiert werden. Die Fortführung des Spitalbetriebes war nur möglich, weil die Gemeinden

der Region einen Nachtragskredit von fünf Millionen Franken sprachen, zusätzlich zu den 2,75 Millionen, die sie gemäss Leistungsvereinbarung sowieso beisteuern. Und die finanzielle Lage wird sich nicht verbessern. Für das laufende und das kommende Jahr sind weitere Finanzspritzen von je vier Millionen Franken nötig, um die Liquidität zu sichern und den Betrieb aufrechtzuerhalten.

Kommt hinzu, dass die Kredite der Graubündner Kantonalbank an die Bedingung geknüpft sind, dass die SGO ab dem laufenden Geschäftsjahr einen Eigenfinanzierungsgrad von mindestens 50 Prozent ausweisen kann, was die weitere Entnahme von Mitteln aus dem Organisationskapitals nicht erlaubt. **(rs)**

Spital Samedan: «Weiter so wie bisher» ist keine Option

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Die SGO-Gremien sind überzeugt, dass die Integration des Spitals Samedan in das Kantonsspital die beste Lösung für die Zukunft ist. Ärzte und Politiker sehen das differenzierter. Das zeigte die Diskussion am Infoabend.

Reto Stiefel

Schweizweit befinden sich viele Spitäler in finanzieller Schieflage. Die stagnierenden Tarifeinnahmen reichen längst nicht mehr aus, um die steigenden Kosten zu decken, und die erwirtschafteten Erträge genügen nicht, um den Betrieb langfristig sicherzustellen. Dies gilt auch für das Spital Oberengadin in Samedan, das mit seinen 2800 stationären Fällen pro Jahr weit entfernt ist von den 10000 Fällen, die von Gesundheitsexperten als Mindestzahl ermittelt wurden, um ein Spital wirtschaftlich erfolgreich zu betreiben. Deshalb war und ist die Politik gefragt: Im vergangenen Jahr mussten die Gemeinden der Region Maloja fünf Millionen Franken beisteuern, um die Liquidität des Spitals zu sichern. Im laufenden und im kommenden Jahr werden für die Betriebssicherung erneut jeweils vier Millionen benötigt.

Ein «Weiter so wie bisher» ist keine Option. Darin waren sich die an eine Informationsveranstaltung eingeladenen Behörden der Gesundheitsversorgungsregion Oberengadin am Mittwochabend weitgehend einig. In der Diskussion war jedoch auch eine gewisse Skepsis zu hören, ob der von den SGO-Gremien favorisierte Weg der Integration in das Kantonsspital Graubünden der richtige ist. So wurde moniert, dass man sich voreilig auf die

Fusionsvariante konzentriert habe, ohne die Option «Status quo plus» wirklich eingehend zu prüfen. Zweifel wurden laut, ob das Leistungsangebot, das mit der Fusion versprochen wird, tatsächlich langfristig gesichert ist. Die Gefahr wurde gesehen, dass in ein paar Jahren dann doch Leistungen abgebaut oder deutlich höhere Kosten für das Angebot entstehen könnten. Auch wurde angemerkt, dass die SGO in den Verhandlungen mit dem Kantonsspital in einer denkbar schlechten Position sei. Die Gefahr bestehe, dass man im neuen Konstrukt das «fünfte Rad am Wagen» sei.

Die Verantwortlichen der SGO betonten die Vorteile der Integration in das Kantonsspital. Diese sichere die Gesundheitsversorgung in hoher Qualität und schaffe Planungssicherheit. Die anwesenden Vertreter des Kantonsspitals erklärten, dass sie nicht als Retter des Spitals Samedan hier seien und auch nicht als das grosse Spital aus Chur, das das kleine übernehmen wolle. «Wir müssen wegkommen vom Denken «Chur versus Oberengadin». Wir wollen niemandem etwas wegnehmen, sondern eine gute Lösung für die Gesundheitsversorgung in Graubünden finden», sagte Hugo Keune, CEO des Kantonsspitals.

Engadiner Post: *Hugo Keune, wo sehen Sie aus Sicht des Kantonsspitals die Vorteile, wenn das Spital Oberengadin in das Kantonsspital integriert wird?*

Hugo Keune: Die nationale Entwicklung im Gesundheitswesen erfordert zur Aufrechterhaltung der Qualität, der Einhaltung komplexer regulativer Vorgaben, zum Beispiel in den Bereichen Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Hygiene oder Strahlenschutz und der Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung zunehmend eine minimale Betriebsgrösse beziehungsweise ausreichend hohe Fallzahlen in jedem Fachbereich. Gleichzeitig schreitet die Spezialisierung in der Medizin weiter voran. Die Nachfolgeregelungen von heute breit aufgestellten Kaderärztinnen und Kaderärzten durch spezialisierte jüngere Kollegen ist nur ein Beispiel.

Vor diesem Hintergrund können beide Spitäler von einer Integration profitieren. Dieselben Überlegungen wurden auch bei der Integration Walenstadt angestellt. Gleichzeitig verfolgt das KSGR jedoch als Zentrumsspital den Ansatz einer dezentralen wohnortsnahen Versorgung für die Grundversorgung und damit auch die Nutzung der bestehenden Fachkräfte und Infrastruktur.

Anlässlich des Infoabends waren Bedenken spürbar, dass das grosse Kantonsspital das kleine Spital Samedan schluckt und in Zukunft von Chur aus bestimmt wird, welche Leistungen in Zukunft im Oberengadin noch angeboten werden. Sind diese Befürchtungen nachvollziehbar?

Der direkte Einfluss beziehungsweise die Mitbestimmung der Gemeinden fällt mit der Integration des Spitalbetriebs in die Stiftung KSGR in der Tat weg. Demgegenüber stehen jedoch die Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden sowie eine allfällige Einsitznahme im Stiftungsrat KSGR durch eine Vertretung aus dem Oberengadin sowie ein vorgesehener Beirat. In diesem soll ein Austausch zwischen dem KSGR und den Gemeinden des Oberengadins institutionalisiert werden. Wir glauben, dass mit einer Integration ein Leistungsabbau eher verhindert werden kann als bei einem Alleingang.

Bereits heute arbeitet das Spital Oberengadin eng mit Chur zusammen, beispielsweise in der Onkologie. In den Unterlagen lese ich, dass Kooperationsleistungen überprüft werden müssten, würde die Integration nicht zustande kommen. Das tönt nach Erpressung?

Die heute im Kooperationsmodell auf vertraglicher Basis erbrachten Leistungen wurden in den letzten Jahren auch nach Übernahme der Klinik Gut AG durch das KSGR nicht abgebaut, im Gegenteil. Jedoch sind damit auch stets umfangreiche Verhandlungen und grosse Herausforderungen für die Leistungserbringer, in der Regel Ärzte, verbunden. Die Integration gibt für den Standort Samedan Planungssicherheit und auch für das KSGR einen zusätzlichen Anreiz für die Leistungserbringung im Oberengadin.

Interview: Reto Stifel

Hugo Keune ist Vorsitzender der Geschäftsleitung des Kantonsspitals Graubünden (KSGR). Das Interview wurde schriftlich geführt.

ZH – GZO Spital Wetzikon: Der Verwaltungsrat wird ausgewechselt

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | GZO Spital Wetzikon | 21.11.2024

Im Spital Wetzikon soll ein Team übernehmen, das den Betrieb in einen Verbund führen kann

Marius Huber

Für das vom Kollaps bedrohte Spital Wetzikon stehen entscheidende Monate an – da sind Altlasten in der Führungsetage nicht hilfreich. Der Verwaltungsrat hat am Mittwoch angekündigt, seinen Platz zu räumen. Auch Präsident Jörg Kündig, der wie kein anderer für jene Wachstumsstrategie steht, die dem Spital zum Verhängnis geworden ist. Kündig präsidiert den Verwaltungsrat, seit das Spital 2009 von einem Zweckverband in eine Aktiengesellschaft umgewandelt wurde. Davor leitete er als Gemeindepräsident von Gossau, einer der zwölf Eigentümergemeinden, das Steuerungsgremium des Spitals.

Ausser Kündig war keiner der heutigen Verwaltungsräte in jenen Schicksalsjahren schon dabei. Er war es, der 2013 einen Neubau ankündigte, um den Betrieb fit für die Zukunft zu machen. Und er war es, der ein Jahr später bekanntgab, dass man zur Finanzierung Wege beschreite, die Pioniercharakter hätten: Das Spital Wetzikon ging auf den Kapitalmarkt und gab eine Anleihe über 170 Millionen Franken aus. Diese sollte zehn Jahre später zu einem existenzbedrohenden Problem werden, als sich abzeichnete, dass man den Gläubigern ihr Geld nicht würde zurückzahlen können. Und als sich die Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli weigerte, mit Steuergeld auszuhelfen.

Wenige Tage später ging der langjährige CEO von Bord. Rücktrittsforderungen wurden auch an die Adresse Kündigs und der anderen Verwaltungsräte erhoben. Grüne und SP argumentierten im Wetziker Parlament, ein Wechsel sei unausweichlich, um das Vertrauen der Bevölkerung zurückzugewinnen. Kündig sei den Herausforderungen nicht gewachsen, das «blinde Vertrauen in den Markt» habe zu Fehlentscheiden geführt.

Von bürgerlicher Seite bekam Kündig, der auch FDP-Kantonsrat ist, damals Rückendeckung: Es sei kontraproduktiv, mitten in einer Krise den Verwaltungsratspräsidenten zu entlassen. Auch der Wetziker SP-Stadtpräsident Pascal Bassu, Sprecher der Eigentümergemeinden, fand die Forderung seiner Genossen verfehlt: Die bisherige Führungsriege sei in der Pflicht, zuerst einen Sanierungsplan zu erarbeiten.

Gefragt sind frische Kräfte

Inzwischen ist genau das passiert, die Ausgangslage hat sich also verändert. Das Spital hat aufgezeigt, wie der Betrieb wieder auf die Beine kommen soll. Zum Plan, der Ende Oktober präsentiert wurde, gehört eine Kapitalspritze von 45 bis 55 Millionen Franken durch die Eigentümergemeinden. In jeder einzelnen müssen die Stimmberechtigten 2025 darüber abstimmen. Die Gemeinden lassen in einer Mitteilung wenig Zweifel daran, dass der bisherige Verwaltungsrat eine Hypothek wäre. Es brauche jetzt Führungspersönlichkeiten, die «das Vertrauen der Bevölkerung im weiteren politischen Prozess gewinnen

können», schreiben sie. Jörg Kündig hätte von seinen Mitbürgern in Gossau mit der kritischen Frage konfrontiert werden können, weshalb sie ihm weitere Millionen anvertrauen sollen.

Laut Bassu wurde der Abgang des Verwaltungsrats aber nicht forciert. Die Erkenntnis sei auf beiden Seiten gereift, dass nun der richtige Zeitpunkt dafür sei. «Es ist psychologisch wichtig, den Neustart mit nicht vorbelasteten Kräften anzugehen.» Zudem brauche es nun wieder Leute mit einem guten Netzwerk im Spitalwesen, damit es gelinge, Wetzikon in einem Verbund mit anderen Spitälern unterzubringen. Spekuliert wird etwa über einen Zusammenschluss mit Uster.

Im abtretenden Verwaltungsrat hat niemand in einem Spital Karriere gemacht. Jörg Kündig kommt aus dem Bankenwesen, er ist Militär und Politiker. Heinz Kunz war Mitglied der Generaldirektion der ZKB, einer Bank, die sich mit der Bewertung der Wetziker Spitalanleihe spektakulär vertan hat. Yvonne Lang Ketterer kommt aus dem Versicherungsgeschäft, sie war unter anderem Managerin bei der Zurich. Marcel Peter war Stadtschreiber von Wetzikon. Und Beat Staub führt eine Hausarztgemeinschaft in Bauma.

Gläubiger fordern Rücktritt

Eine erste Hürde muss der Sanierungsplan noch vor Ende Jahr nehmen: Das Bezirksgericht hat zu entscheiden, ob die provisorische Nachlassstundung, unter der das Spital steht, in eine definitive überführt wird. Die Folge wäre ein verlängerter Schutz vor Ansprüchen der Gläubiger.

Diese sind aber unzufrieden mit dem Sanierungsplan, der unter Anleitung des bisherigen Verwaltungsrates erarbeitet wurde. Denn während die Gemeinden, also die Aktionäre, «nur» einen zweistelligen Millionenbetrag zur Sanierung beisteuern sollen, wird von den Gläubigern ein Schuldenverzicht im dreistelligen Millionenbereich verlangt. Eine Mehrheit hat an einer Versammlung zu verstehen gegeben, dass sie dazu nicht bereit ist.

Jörg Kündig verkaufte den Sanierungsplan zwar als «ausgewogen». Eine Gruppe von aktivistischen Investoren, die als Wortführerin der Anleihegläubiger auftritt, sieht das aber anders. Sie hält Kündig als Gemeindepräsidenten von Gossau für parteiisch. Deshalb begrüsst sie den Wechsel im Verwaltungsrat als «überfällig» und will selbst Ersatzmitglieder vorschlagen, die ihren Interessen Rechnung tragen.

Dabei lässt sie es nicht bewenden. Die Gruppe fordert zusätzlich die «sofortige Absetzung» der vom Gericht eingesetzten Sachwalter, die während der Nachlassstundung die Interessen der Gläubiger wahren sollen. Denn die Sachwalter haben sich wiederholt wohlwollend zum Sanierungsplan des Spitals geäußert.

Den Grund dafür glaubt die kritische Gläubigergruppe zu kennen: Die Sachwalterin Brigitte Umbach-Spahn ist mit dem Gossauer Gemeinderat Patrick Umbach verheiratet – einem Mann also, der im gleichen Gremium politisiert wie Jörg Kündig. Umbach-Spahn stehe deshalb in einem Interessenkonflikt, so der Vorwurf. Die Sachwalterin wehrt sich dagegen. Es bestehe kein Interessenkonflikt, sagt sie auf Anfrage. Zudem trete ihr Ehemann im Gemeinderat bei Geschäften, die das Spital Wetzikon betreffen, jeweils in den Ausstand, dies sei seit langem bekannt. Sie selbst unterstehe dem Amtsgeheimnis – und dieses wahre sie nicht nur bei der Arbeit, sondern auch zu Hause.



Ob das Spital Wetzikon überlebt, entscheidet sich auch bei Abstimmungen in den zwölf Eigentümergemeinden. Annick Ramp / NZZ

AG – KSA verschlankt Führung radikal

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | KSA | 21.11.2024

Das Kantonsspital Aarau verkleinert seine Geschäftsleitung von 11 auf 6 Personen – die Klinik erhofft sich einen Effizienzgewinn.

Matthias Niederberger

Vor gut 100 Tagen startete Markus Meier als CEO beim Kantonsspital Aarau (KSA). Jetzt fällt er seinen ersten grossen Entscheid: In Absprache mit dem Verwaltungsrat habe man entschieden, die Geschäftsleitung ab 1. Januar 2025 zu verkleinern und neu zusammenzusetzen. In einem am Mittwochmorgen vom KSA veröffentlichten Communiqué heisst es: «Das Gremium aus zuletzt elf Personen wird auf sechs verkleinert, also beinahe halbiert.»

Die Verschlangung der Führungsetage geschieht laut KSA im Rahmen des gestarteten Sanierungsprogramms. Dieses hat unter anderem zum Ziel, die Kosten zu senken, nachdem das Spital im vergangenen Jahr mit 240 Millionen Franken vom Kanton hat gerettet werden müssen.

Eine neue «agile Führungsstruktur» sei auch nötig wegen der «Transformation des KSA im Hinblick auf den zukünftigen Spitalbetrieb im Neubau» und wegen der «Umsetzung der in Erarbeitung befindlichen neuen Unternehmensstrategie». Die Führungsstruktur müsse «klare Verantwortlichkeiten» kennen und «rasche Entscheide» ermöglichen, heisst es in der Mitteilung.

Chefärzte nicht mehr in der Geschäftsleitung

Neu geschaffen wird die Funktion des Chief Medical Officer (CMO), der die Belange der Ärzteschaft in der Geschäftsleitung vertritt. «Er hat selbst keine klinische Tätigkeit, sondern kann sich vollständig auf die Managementfunktion konzentrieren», schreibt das KSA. Die bisher in der Geschäftsleitung vertretenen Chefärzte werden sich in Zukunft «auf ihr Kerngebiet und die Klinikleitung fokussieren», wie im Communiqué steht. In der Klinik tätige Chefärzte bleiben aussen vor.

Zusätzlich zum CMO werde mit Philipp Schütz eine Vertretung der Bereiche Forschung und ärztliche Weiterbildung in der Geschäftsleitung Einsitz nehmen. Ebenfalls neu geschaffen wird die Funktion des Chief Operating Officer (COO), der für einen effizienten Tagesbetrieb verantwortlich ist. Er verantwortet die Bereiche Betrieb, wie beispielsweise Hotellerie und Gebäudetechnik, aber auch das OP-Management sowie die Organisation der Ambulatorien und Sprechstunden am KSA in Aarau und in den Aussenstandorten.

Die Pflegeberufe bleiben weiterhin in der Geschäftsleitung durch eine Chief Nursing Officer (CNO) vertreten. Die Rolle wird von Alexandra Käch, Bereichsleiterin Pflege, übernommen. Christian Rittmann wird laut KSA als Chief Financial Officer (CFO) künftig das eng mit den Finanzen verknüpfte Medizincontrolling verantworten und zusätzlich als stellvertretender CEO fungieren.

Weniger Leute nötig, weil künftig alles unter einem Dach

CEO Markus Meier lässt sich im Communiqué wie folgt zitieren. «Bei der Restrukturierung des KSA muss das gesamte Unternehmen berücksichtigt werden – und damit auch die Geschäftsleitung. Historisch gewachsene Prozess- und Führungsstrukturen haben die Entscheidungsprozesse bisher verlangsamt.» Eine agilere Geschäftsleitung sei «ein wesentlicher Beitrag, um als KSA in den Neubau hineinzuwachsen und die neue Strategie erfolgreich umzusetzen».

Auf die Frage, ob und wie viel Geld mit der Verkleinerung der Geschäftsleitung gespart wird, sagt Mediensprecher Joël Hoffmann: «Die Halbierung der Geschäftsleitung per se leistet zwar einen Beitrag an die Sanierung. Aber vor allem verbessern die schlankeren Führungsstrukturen die Effizienz im Betrieb, und darin liegt der signifikante Nutzen für die finanzielle Gesundheit.» Dass mit dem Neubau in Zukunft die heute auf dem Spitalareal verteilten Kliniken künftig unter einem Dach vereint sein werden, solle sich auch im Gremium widerspiegeln: «Wir werden im Neubau neue Prozesse haben, die eine anders organisierte, vor allem aber auch personell kleinere Geschäftsleitung zulassen.»

Zudem könnten sich die sechs Gremiumsmitglieder ausschliesslich auf ihre Rolle in der Geschäftsleitung konzentrieren – nicht wie bisher die Chefärzte, die in einer Doppelfunktion tätig waren. «Sie werden aber weiterhin im engen Austausch mit der Geschäftsleitung stehen», so Hoffmann.

Radikales Umstrukturieren hat beim KSA Tradition, wie ein Blick in die alten Geschäftsberichte zeigt: Vor 15 Jahren sassen 7 Personen in der Geschäftsleitung, 2012 waren es dann 12, 2018 wieder 7, jetzt sind es 11 und ab nächstem Jahr nur noch 6.

Meist gingen diese Umstrukturierungen mit einem Wechsel des Verwaltungsratspräsidenten respektive des CEOs einher.

Mit der neusten Verschlinkung nähert sich das KSA wieder der Struktur des Kantonsspitals Baden (KSB) an. Dort sitzen 7 Personen in der Geschäftsleitung. Im Unterschied zum KSA sind aber auch klinisch tätige Chefärzte vertreten, etwa der Chirurg Antonio Nocito. Breiter aufgestellt ist die Leitung der Psychiatrischen Dienste (PDAG): 10 Personen dürfen dort mitentscheiden.



Markus Meier, CEO des Kantonsspitals Aarau. Bild: Severin Bigler

VD – «Le CHUV veut promouvoir un cadre sanctionné pour sexisme»

24 heures | CHUV | 19.11.2024

Sur la base d'un cas concret, des employés dénoncent une politique RH qui ne serait pas en phase avec la tolérance zéro brandie par l'institution.

Romaric Haddou

D'après le CHUV, c'est «un cas d'école». Et le problème à résoudre est le suivant: un cadre qui a été sanctionné pour des faits de sexisme peut-il bénéficier d'une importante promotion, des années après les faits, au nom du «droit à la rédemption»? C'est l'affaire qui agite actuellement l'hôpital universitaire.

«Un poste doit être repourvu et celui qui est pressenti pour l'obtenir s'est comporté de manière inacceptable avec des stagiaires, des médecins et d'autres membres du personnel. Les faits ont été prouvés et reconnus par l'institution», rapporte un employé sous couvert d'anonymat. C'était il y a «plus de cinq ans».

La perspective de cette nomination a fait réagir dès le début du processus de sélection. Une lettre a été adressée à la direction générale du CHUV afin qu'elle renonce à considérer cette candidature. La missive, que nous nous sommes procurée, est signée par les sections vaudoises du Syndicat des services publics (SSP), de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), de l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (Asmav) ainsi que par l'Association Clash et la commission du personnel du CHUV.

«La personne concernée a compris que sa manière de fonctionner était inadmissible. Elle a fait l'objet d'un suivi strict et régulier par les RH.» - Murielle Udry, directrice par intérim des Ressources humaines (RH) au CHUV

«Le fait d'imaginer qu'une personne s'étant comportée de la sorte puisse être aujourd'hui désignée à ce poste au sein d'un hôpital universitaire public, de surcroît avec les prises de conscience sociales du moment, nous paraît inconcevable et nous inquiète à plus d'un titre», écrivent-ils. Et de déplorer un manque de considération pour les victimes et un message «catastrophique» envoyé au personnel et à l'extérieur de l'institution.

«Le CHUV ne cesse de vanter sa politique de tolérance zéro en matière de harcèlement et, en parallèle, il est prêt à promouvoir quelqu'un qui a entraîné d'importantes souffrances au sein du personnel. Nous estimons qu'il est l'heure de joindre les actes à la parole, mais ce n'est pas le chemin que semblent prendre les décideurs», poursuit notre interlocuteur.

Car les signataires ont obtenu une réponse écrite du directeur général. Celui-ci admet que les comportements passés étaient «inadéquats», mais souligne que l'employé «s'est remis en question de manière approfondie». Si bien qu'il n'y a «pas de nouveaux reproches à lui faire». Il est par ailleurs vanté pour «ses hautes compétences tant sur le plan métier que managérial».

«Plus aucun souci»

Aujourd'hui, l'institution confirme cette position par la voix de Murielle Udry, directrice par intérim des Ressources humaines (RH). «La personne concernée a compris que sa manière de fonctionner était inadmissible. Elle l'a reconnu, a été sanctionnée par une dégradation hiérarchique et une baisse de salaire, elle s'est fait accompagner pour pouvoir évoluer en profondeur et a fait l'objet d'un suivi strict et régulier par les RH. Le personnel sous sa responsabilité a été régulièrement interrogé et confirme, tout comme d'autres professionnels et partenaires, qu'il n'y a plus aucun souci. C'est même l'un des secteurs où le fonctionnement participatif et la mixité au sein des équipes sont les plus avancés.»

Un argumentaire qui ne convainc pas tout le monde. «Personne ne remet en question ses compétences médicales ou les efforts qui ont été faits, ce n'est pas le sujet. Nous parlons de respect des victimes et de valeurs de l'institution. La tolérance zéro est une très jolie notion, mais ce n'est pas ce qui guide la politique RH du CHUV. Cette personne aurait dû être écartée dès le début du processus», réagit notre interlocuteur.

Était-ce envisageable? «Non, il existe un droit à l'oubli et le CHUV n'entend pas condamner quelqu'un à vie, répond Murielle Udry. Les signataires de cette lettre sont nos partenaires, ils ont un rôle à tenir et nous comprenons leur inquiétude. Nous devons néanmoins tenir compte du fait que l'important dispositif mis en place suite aux propos à connotation sexuelle a fonctionné. C'est aussi comme ça que l'on mesure l'efficacité d'une politique de tolérance zéro.»


Le CHUV souligne enfin que les nominations ne sont pas de son seul fait, mais qu'elles dépendent d'une commission spécifique sous l'égide de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Celle-ci compte des chefs de service, des experts externes, un représentant du corps étudiantin, du corps intermédiaire et de la direction générale de l'hôpital. «Toute proposition de nomination doit être approuvée par le Conseil de la faculté et la direction de l'Université au terme d'une procédure très exigeante», termine la directrice par intérim des RH.

Assurance maladie: dès le 1er janvier prochain, changer de modèle sera possible en tout temps

 L'Agefi | 22.11.2024

Il sera possible de changer de modèle d'assurance maladie en cours d'année aussi, pour profiter d'une option alternative plus avantageuse. Le Conseil fédéral a fixé mercredi l'entrée en vigueur de l'ordonnance correspondante au 1er janvier 2025. Désormais, les assurés pourront opter en cours d'année pour un modèle du type médecin de famille, HMO ou premier conseil par téléphone, plus avantageux, au sein de leur propre caisse maladie. Par contre, s'affilier en cours d'année à un autre assureur n'est toujours pas possible, de même que de passer d'un modèle alternatif à un autre auprès du même assureur. **(awp)**

Plus de dix caisses maladie affichent une solvabilité insuffisante

 [blick.ch \(fr\)](https://www.blick.ch/fr) | 20.11.2024

Au menu de ce mercredi 20 novembre: les stocks insuffisants des assureurs, la maison de Zep, la Fedpol, la Suisse épinglée pour son manque d'efficacité pour le climat et finalement l'application Raiffeisen à 100 millions qui ne verra pas le jour.

SDA, Solène Monney

Nous sommes pile poile au milieu de la semaine. Alors qu'est-ce que nous réserve l'actualité suisse ce mercredi 20 novembre? Blick, avec l'appui de l'ATS, vous a concocté un florilège des infos à ne pas manquer. Les voici:

1 Les caisses maladie insolubles?

Onze caisses maladie affichent une solvabilité insuffisante. De plus en plus d'assureurs maladie ne disposent plus des réserves minimales leur permettant de faire face à un imprévu, selon une étude de Deloitte, lit-on dans «L'Agefi». Le nombre de caisses maladie sous le seuil minimal de solvabilité de 100% fixé par la Confédération est passé de deux en 2021 à onze en 2024. Au-delà de ces cas, l'érosion des réserves touche l'ensemble du secteur, en raison notamment de la hausse imprévue et rapide des coûts de la santé, combinée aux corrections des marchés financiers en 2022. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se veut toutefois rassurant et affirme que «les caisses maladie ayant un taux inférieur à 100% restent solvables». Un optimisme que ne partage pas le cabinet de conseil Deloitte, qui met en avant dans une étude des risques croissants. «Les réserves des assureurs maladie s'épuisent de plus en plus», prévient un de ses experts.

2 La maison de Zep bientôt à la commune

La Ville de Genève pourrait acheter la maison de l'auteur de bande dessinée Zep, père du célèbre personnage Titeuf, selon Léman Bleu et «La Tribune de Genève». L'Exécutif souhaite acquérir la propriété et son vaste domaine pour en faire un parc public. Le prix serait de 22 millions de francs, indiquent les médias. Le Département municipal de l'aménagement, des constructions et de la mobilité (DACM), dirigé par Frédérique Perler, confirme qu'une majorité du Conseil administratif a donné un préavis positif à une acquisition de la villa et de son vaste domaine de 35'000 m², situé à l'avenue d'Aïre et donnant sur le Rhône.

3 Une nouvelle directrice à la tête de la Fedpol

Eva Wildi-Cortés pourrait reprendre la direction de l'Office fédéral de la police (Fedpol). Le ministre de la Justice Beat Jans devrait proposer sa candidature mercredi au Conseil fédéral, écrivent les éditions alémaniques de Tamedia. Une approbation par l'ensemble du Conseil fédéral serait une formalité. Cette femme de 50 ans, originaire de Suisse centrale, a convaincu la commission de recherche. Eva Wildi-Cortés travaille depuis environ 20 ans à Fedpol, dont presque la moitié en tant qu'adjointe de la directrice démissionnaire Nicoletta della Valle.

4 La Suisse «médiocre» pour protéger le climat

L'ONG Germanwatch, le New Climate Institute et le Climate Action Network publient ce mercredi leur indice de performance sur le changement climatique (CCPI). Ce classement, établi depuis 2005, s'intéresse à 63 pays et à l'UE, qui, ensemble, sont responsables de plus de 90% des émissions de gaz à effet de serre au niveau mondial. L'an dernier, la Suisse s'était classée à la 21^e place, un rang qualifié de «médiocre» par Greenpeace. C'était à peine mieux qu'en 2023 (22^e) et nettement moins bien qu'en 2022 (15^e) et 2021 (14^e).

5 Pas d'app pour les clients Raiffeisen

Le groupe Raiffeisen (Suisse) ne proposera pas à ses clients l'application maison promise depuis des années, ont appris les rédactions de «24 heures» et de «La Tribune de Genève». Cette dernière était censée réunir dans un même portail tous les services digitaux de l'établissement. Développée depuis 2020, l'app devait être lancée en grande pompe en 2025. «Plus de 100 millions de francs ont été injectés dans le projet, qui risque de passer par pertes et profits», explique une source anonyme. Les coûts engendrés par le projet et la difficulté à créer une application fiable auraient refroidi les ardeurs des dirigeants du géant hypothécaire suisse. Interrogé, le groupe Raiffeisen n'a pas donné de chiffres sur les pertes que pourrait engendrer la mise au frigo de ce projet d'importance. La banque précise ne pas vouloir abandonner le projet, soulignant maintenir sa stratégie.

Un nombre croissant d'assureurs maladie ne disposent plus des réserves minimales

 L'Agefi | 20.11.2024

L'érosion de la couverture financière des caisses maladie soulève la question des mesures nécessaires pour garantir leur solvabilité et stabiliser les primes.

Nathalie Praz

Au nombre de deux en 2021, elles sont désormais onze caisses maladie à ne pas atteindre le seuil de solvabilité imposé par la Confédération. Cette détérioration place certains assureurs dans une situation inédite et préoccupante, dans la mesure où les réserves jouent un rôle fondamental dans la stabilité du système de santé, permettant d'assurer la continuité des prestations et d'absorber les chocs financiers imprévus (lire ci-dessous).

Ces dernières années, les réserves des assureurs maladie suisses sont sous pression, fragilisées par «les coûts qui ont augmenté plus rapidement que ce qui avait été anticipé dans le cadre de l'approbation des primes», souligne l'Office fédéral de la santé publique (OF SP) dans une réponse écrite. Ce dernier rappelle en outre qu'«en 2022, une correction a eu lieu sur les marchés financiers». La conjonction de ces deux facteurs a entraîné des pertes techniques importantes pour l'ensemble du secteur. Mais l'OF SP se veut rassurant et tient à souligner que «les caisses maladie ayant un taux de solvabilité inférieur à 100% restent solvables».

En 2024, ce phénomène s'est pourtant accentué, les réserves insuffisamment renforcées – malgré les dernières hausses des primes – laissant de nombreux assureurs dans une position financière délicate, comme le montre une étude du cabinet Deloitte parue en octobre. Cette situation met en lumière la nécessité de solutions pour consolider les réserves des assurances, car ces dernières «sont tenues de prendre des mesures pour rétablir la situation légale, au minimum 100%», précise l'OF SP. Les avis récoltés par L'Agefi auprès de plusieurs spécialistes ont permis de dégager quatre pistes pour comprendre comment renforcer la solvabilité des assureurs tout en maintenant des primes abordables pour les assurés.

1 Consolider le marché

La consolidation du marché moyennant des fusions internes apparaît comme une réponse à la fragilité des réserves. Le regroupement de plusieurs entités d'un même groupe, comme prévoit de le faire Groupe Mutuel, permet de créer une entité financièrement plus robuste. «Au 1er janvier 2025, Supra fusionnera avec Mutuel et Easy Sana avec Avenir, dans le but de renforcer les réserves et la solidité financière des caisses», affirme l'assureur. Et de poursuivre: «Ces fusions permettront d'éviter également d'importantes fluctuations de réserves.»

Les fusions externes entre assureurs constituent une autre possibilité. Ainsi, une caisse maladie en difficulté financière s'allierait à un partenaire plus stable pour renforcer sa position. «Cette option pourrait

être une bonne piste, mais elle est relativement complexe», avertit Marcel Thom, expert en assurance maladie chez Deloitte. Des défis opérationnels, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources et la restructuration organisationnelle, seraient cependant susceptibles d'être simplifiés grâce à la nouvelle façon des assureurs qui verra le jour le 1er janvier. «L'émergence de PrioSuisse pourrait en théorie harmoniser encore davantage les intérêts des assureurs maladie et faciliter les solutions collectives, offrant ainsi une possibilité de stabilisation et de résilience à long terme», avance le spécialiste.

2 Modifier le seuil légal des réserves

Depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996, les primes et le montant des réserves des assureurs ont fait l'objet d'une grande attention politique et médiatique. Sur l'ensemble de cette période, il y a eu quatre phases de réduction des réserves, conséquences notamment de pressions politiques à différents échelons. La réduction des réserves signifie que les assureurs ont enregistré des pertes lors des exercices respectifs en fixant les primes trop basses, c'est-à-dire ne couvrant pas les coûts estimés. Cette situation temporaire conduit systématiquement à des augmentations de primes supérieures à la moyenne les années suivantes (voir graphique). Non seulement les assureurs doivent compenser le déficit de couverture de l'année précédente, mais ils doivent également intégrer dans leurs tarifs l'augmentation des coûts estimée pour l'année à venir.

La dernière baisse du taux de solvabilité minimum a été décidée par le Conseil fédéral en 2021. Ce dernier avait alors raboté le seuil, le faisant passer de 150% à 100%. L'objectif était d'alléger la pression sur les assureurs en raison de la montée des coûts de santé, mais aussi de redistribuer une partie des excédents aux assurés. Ainsi en 2021 et 2022, «lorsque les réserves étaient encore suffisantes», Groupe Mutuel se félicite d'avoir été «l'un des assureurs à décider de rembourser le plus de réserves à ses assurés». Mais aujourd'hui avec un taux de solvabilité à 85%, l'assureur valaisan figure en queue de classement des 12 plus grandes caisses maladie suisses (voir tableau). «Quand les réserves diminuent fortement, les assureurs n'ont pas d'autre choix que de les reconstituer, notamment par le biais de l'augmentation des primes», justifie le groupe basé à Martigny.

Pour faire face à cette chute drastique que doivent affronter plusieurs acteurs de la branche, la Confédération pourrait décider d'abaisser ce seuil. «S'il était fixé temporairement à 80%, par exemple, cela pourrait offrir aux assureurs plus de flexibilité avec moins de pression et maintenir des primes relativement stables pour les assurés», estime Marcel Thom. Mais l'expert prévient que ce type d'ajustement demande une gestion très prudente pour éviter que les assureurs ne se retrouvent plus vulnérables qu'ils le sont déjà et mettent en danger leur capacité à absorber des chocs économiques importants.

CSS estime pour sa part que «les réserves ne doivent pas servir d'instrument politique» et qu'il est «préférable de laisser les assureurs maladie gérer leurs réserves à long terme et d'éviter les effets yo-yo», rappelant que par le passé, des interventions politiques similaires dans les réserves ont déjà conduit à des variations en dents de scie.

Interrogé sur cette option, l'OF SP reste évasif, rappelant que le législateur a fixé ce seuil et que lui, en tant qu'autorité de surveillance, veille à ce que les assureurs respectent cette exigence. Il précise toutefois qu'au 1er janvier prochain, le modèle du test de solvabilité utilisé pour calculer le seuil minimal des réserves – qui est réexaminé régulièrement tous les quatre à cinq ans – sera adapté aux conditions actuelles, et que davantage de précisions seront disponibles début février.

3 Optimiser l'ingénierie financière

L'optimisation de la gestion des actifs et des risques financiers est un autre moyen à disposition des assureurs pour renforcer leurs réserves. Les compagnies d'assurance détiennent des portefeuilles d'actifs financiers importants, destinés à générer des revenus complémentaires qui doivent être alloués soit à la

réduction des primes, soit aux réserves. En ajustant la composition de leurs actifs, en vendant certains éléments à risque élevé ou en investissant dans des instruments plus sûrs, les assureurs peuvent renforcer leur solvabilité à court terme. Mais «cette stratégie a des limites, avertit Marcel Thom. Vendre des actifs signifie aussi renoncer à des revenus futurs, ce qui peut affecter négativement la rentabilité à long terme.» Or, ces rendements sont nécessaires pour couvrir l'augmentation des coûts de la santé, une préoccupation majeure dans le contexte actuel de hausse rapide des dépenses médicales.

Par ailleurs, lors d'années boursières difficiles, l'impact est important et peut entraîner une chute du seuil de solvabilité, comme le reconnaît Assura: «En 2022 la hausse des taux d'intérêt a induit une diminution de valeur de nos obligations. Sans cette dernière, notre taux de solvabilité LAMal serait de 100%», précise l'assureur vaudois, qui a vu son taux passer de 150% en 2021 à 73% en 2023, avant de revenir à 88% cette année. Même son de cloche du côté de CSS, qui mentionne l'effondrement des marchés financiers comme l'une des causes de sa baisse de solvabilité, passée de 205% en 2021 à 111% en 2023. Mais l'assureur lucernois se veut rassurant, précisant qu'il est «évident que 2025 sera une année de rattrapage».

4 Instaurer une caisse unique

La mise en place d'une assurance maladie unique est une option qui suscite depuis des décennies d'intenses débats en Suisse. Mais serait-elle de nature à palier la fragilité des réserves? Selon certains, une caisse unique pourrait résoudre les problèmes de réserves, en offrant notamment une visibilité accrue sur les avoirs disponibles. C'est d'ailleurs l'un des arguments que martèle depuis plusieurs années Pierre-Yves Maillard. Le conseiller aux Etats vaudois suggère qu'avec une caisse publique, les réserves seraient centralisées et gérées de manière uniforme, évitant ainsi les disparités actuelles et assurant une meilleure solvabilité du système avec, en plus, des économies d'échelle à la clé. Pour le socialiste, la concurrence actuelle entre une multitude d'acteurs privés est synonyme de réserves inutiles et rend le processus de fixation de primes incompréhensible.

Pour CSS, l'idée d'une caisse unique poursuit l'objectif de réduire massivement les réserves, «ce qui compromettrait la stabilité financière de l'institution ayant le monopole, même en cas de petites erreurs d'estimation de l'évolution des coûts», prévient l'assureur de Suisse centrale. Une telle position critique sur le plan financier «ne pourrait être corrigée que par des augmentations de primes massives, ou avec l'argent du contribuable» afin de rectifier ces potentielles sous-évaluations.

Assurance. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se veut rassurant et tient à souligner que «les caisses maladie ayant un taux de solvabilité inférieur à 100% restent solvables».

La gestion prudente des réserves est un facteur crucial pour la stabilité des primes

Responsable du secteur assurance maladie chez Deloitte, **Marcel Thom** explique les mécanismes de constitution et de gestion des réserves, outils cruciaux pour garantir la solvabilité des assureurs tout en modulant le niveau des primes. Il apporte un éclairage sur le mécanisme des vases communicants que sont les réserves, entre défis actuels du secteur, exigences légales et attentes des assurés. Entretien.

Comment les assureurs bâtissent-ils et gèrent-ils leurs réserves financières dans un contexte de coûts fluctuants?

Les assureurs maladie constituent leurs réserves en conservant les excédents de l'assurance de base. Ils ne peuvent pas affecter les bénéfices à d'autres fins que les réserves, qui doivent profiter aux assurés. Les années où le montant des primes encaissées est supérieur aux coûts, elles accumulent donc des réserves. En revanche, si elles enregistrent des déficits, les réserves diminuent. Ces liquidités remplissent un rôle de coussin de sécurité pour garantir que les assureurs puissent couvrir les dépenses de santé de leurs assurés même en période d'instabilité économique, tout en maintenant leur ratio de solvabilité au-dessus de 100%, conformément aux dispositions légales.

Quels critères définissent le montant optimal des réserves et comment cette gestion s'adapte-t-elle aux conditions de marché?

Le montant des réserves est calculé à l'aide de modèles statistiques complexes, qui intègrent des projections sur les coûts de la santé, les performances des marchés financiers et les risques de crédit. Ces calculs permettent de s'assurer que les assureurs pourront tenir leurs engagements dans divers scénarios, y compris ceux impliquant des chocs économiques soudains, comme une hausse imprévue des dépenses de santé ou un krach boursier. En parallèle, la gestion des réserves évolue en fonction des orientations du Conseil fédéral, qui depuis 2021 encourage les assureurs à diminuer leurs réserves par des remboursements ou des primes volontairement sous-évaluées, ce qui permet d'ajuster les réserves tout en répondant aux attentes des assurés.

Dans quelle mesure les mouvements d'assurés et le niveau des réserves influencent-ils la fixation des primes d'assurance maladie?

La gestion des primes et des réserves est étroitement liée à la dynamique des adhérents. Gagner de nouveaux assurés signifie qu'un assureur doit augmenter ses réserves. Un afflux a tendance mécaniquement à réduire le ratio de solvabilité. A l'inverse, un départ d'assurés diminue les réserves requises et tend à augmenter ce même ratio de solvabilité. En général, cet effet n'est notable que lorsqu'un assureur gagne ou perd un grand nombre d'assurés dans une année.

Bien que les réserves puissent temporairement être utilisées pour proposer des primes plus basses, cette stratégie n'est viable que lorsqu'elles se situent uniquement bien au-dessus du seuil réglementaire, actuellement fixé à 100%. Ainsi, la stabilité des primes est le fruit d'un équilibre entre une gestion prudente des réserves et la volonté de maintenir des coûts abordables pour les assurés.

LES RÉSERVES DES PLUS GRANDS ASSUREURS SONT EN BAISSÉ

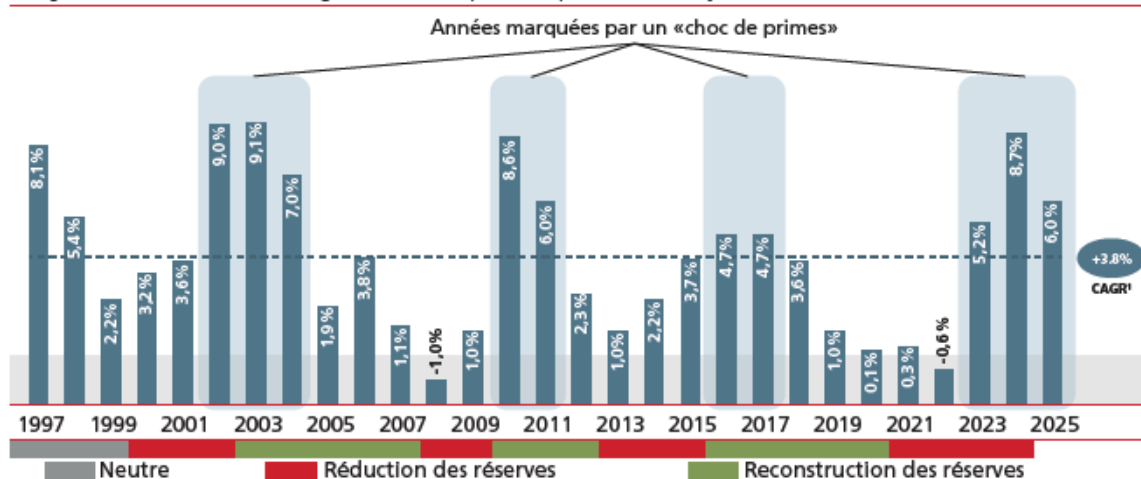
	2021 Ratio de solvabilité	2024 Ratio de solvabilité	Réduction des réserves en millions de francs
Visana	257%	195%	-271
Concordia	256%	174%	-247
Sympany	258%	149%	-150
OKK	208%	135%	-113
Helsana	234%	119%	-1010
Atupri	186%	119%	-123
Sanitas	165%	114%	-274
Swica	189%	106%	-458
KPT	150%	103%	-53
Assura	150%	88%	-581
Groupe Mutuel	195%	85%	-603
CSS	205%	84%	-999

Depuis 2021, les réserves ont été massivement réduites sous les pressions politiques.

Health Insurance Switzerland: Premium Situation 2025; Deloitte

LES RÉDUCTIONS DES RÉSERVES PRÉCÈDENT DES HAUSSES DE PRIMES

Au cours des 20 dernières années, une réduction des réserves est généralement suivie d'une augmentation des primes supérieure à la moyenne.



¹CAGR = taux de croissance annuel moyen de 1996 à 2025. La croissance a légèrement ralenti: sur la période 2013-2025, elle n'était « que » de +3,1% contre +3,8% sur l'ensemble de la période depuis 1996.

Health Insurance Switzerland: Premium Situation 2025; Deloitte

Onze caisses maladie affichent une solvabilité insuffisante

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

De plus en plus d'assureurs maladie ne disposent plus des réserves minimales leur permettant de faire face à un imprévu, selon une étude de Deloitte.

Le nombre de caisses maladie sous le seuil minimal de solvabilité de 100% fixé par la Confédération est passé de deux en 2021 à onze en 2024. Au-delà de ces cas, l'érosion des réserves touche l'ensemble du secteur, en raison notamment de la hausse imprévue et rapide des coûts de la santé, combinée aux corrections des marchés financiers en 2022. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se veut toutefois rassurant et affirme que «les caisses maladie ayant un taux inférieur à 100% restent solvables». Un optimisme que ne partage pas le cabinet de conseil Deloitte, qui met en avant dans une étude des risques croissants. «Les réserves des assureurs maladie s'épuisent de plus en plus», prévient un de ses experts. Parmi les mesures identifiées pour remédier à cette situation, certaines impliquent une intervention étatique, ce qui n'est pas du goût de CSS, qui estime que «les réserves ne doivent pas servir d'instrument politique» et qu'il est préférable de laisser les assureurs gérer leurs finances.

Ein Krankenkassenverband verliert seinen Direktor

 CH Media national | 21.11.2024

Pius Zängerle prägte die Gesundheitspolitik. Jetzt geht er.

Die Zeit läuft seit Monaten gegen Pius Zängerle: Auf's neue Jahr wird der neue Krankenkassenverband Prioswiss gegründet, mit der neuen Direktorin Saskia Schenker. Diesen Schritt haben die grossen Krankenkassen im Juni entschieden – und einzelne Verbandsmitglieder damit überrumpelt.

Das Ziel des neuen Verbands ist, künftig wieder mit einer Stimme zu sprechen. Das bedeutet aber, dass die bisherigen Verbände Curafutura und Santésuisse aufgelöst werden.

Dass sich auch Santésuisse-Direktorin Verena Nold und Curafutura-Direktor Pius Zängerle neu orientieren müssen, war ebenfalls klar. Letzterer geht nun schon vor dem Ende. Wie der Verband per Mitteilung schreibt, hat Zängerle beschlossen, sein Amt per Mitte Dezember 2024 zur Verfügung zu stellen. Er habe in den letzten Jahren das Gesundheitswesen innovativ und lösungsorientiert mitgestalten können, wird Zängerle zitiert. Jetzt gibt er den Stab weiter.

Tatsächlich schaffte es der Verbandsdirektor mit Hartnäckigkeit, den neuen Ärztetarif Tardoc ins Ziel zu bringen. Auch bei den ungeliebten Vermittlerprovisionen nahm er eine führende Rolle ein, um eine Branchenlösung zu finden und die Versicherten zu schonen. Das verärgerte einige Krankenkassenchefs nachhaltig. Das Beispiel zeigt: Zängerle machte sich mit seiner Arbeit nicht nur Freunde. Doch er brachte es immer wieder hin, wichtige Koalitionen zu schmieden – etwa für die Margenreform bei den Medikamenten oder für die einheitliche Finanzierung (Efas), die am Sonntag zur Abstimmung kommt.

Nun ist für Zängerle genug. Eine Nachfolge braucht es keine. Ab Januar sollte der neue Verband operativ sein. *(wan)*

Gleichentags erschienen in

- Bote der Urschweiz
- Walliser Bote
- Bieler Tagblatt

Les biais sociaux minent la santé

 Le Temps | 22.11.2024

Le Temps - Médecine & Santé

De la recherche biomédicale aux parcours de soins, l'influence de nombreux préjugés impacte le système de santé en Suisse. Les conséquences sur la qualité de vie des individus s'avèrent lourdes.

Fabien Carruzzo

Pour être en bonne santé en Suisse, il vaut mieux être un jeune homme aisé. C'est ce que révèlent plusieurs recherches sur les différences de parcours de soins au sein de la population suisse. Pourtant, le système de santé national se veut égalitaire et objectif. Egalitaire, car il affirme traiter chaque individu de la même façon. Objectif, car il se base sur une médecine fondée sur des preuves scientifiques. Malheureusement, si ce deuxième point est un fait, force est de constater que le parcours de soins, de l'accès jusqu'au traitement hospitalier, est criblé de biais qui sapent toute existence possible d'un système de santé égalitaire. Ces biais prennent la forme de préjugés qui affectent de manière inconsciente ou non la perception, le jugement et le comportement des spécialistes de la santé envers les individus en parcours de soins. Ils concernent le genre, l'âge et le statut socio-économique de ces individus, mais leur origine géographique et leur parcours migratoire entrent aussi en jeu. Et le cumul de ces biais suffit pour mettre le système de santé sens dessus dessous.

Un danger pour les femmes

Dans la médecine, les biais de genre sont une menace bien réelle pour les femmes. Une étude de l'Université de Lausanne (Unil) de 2018 montrait qu'en Suisse romande, les femmes avaient 2,5 fois moins de chance d'être référées chez leur cardiologue lorsqu'elles se présentaient chez leur généraliste avec une douleur à la poitrine. A défaut de l'infarctus, les généralistes pouvaient privilégier la piste anxieuse. Un biais qui persiste même lorsque l'infarctus est finalement diagnostiqué à l'hôpital. Une seconde étude de l'Unil de 2022 montre en effet que les femmes y sont moins bien prises en charge que les hommes: en dépit d'un diagnostic identique, elles reçoivent moins de traitements et passent plus de temps à l'hôpital que les hommes. Et les conséquences sont lourdes. Joëlle Schwarz, responsable de l'unité santé et genre à Unisanté, explique: «Nous avons montré qu'en Suisse les femmes de moins de 50 ans hospitalisées à la suite d'un infarctus ont 38% de risques en plus de décéder que les hommes.» Des biais de genre qui peuvent aussi se retourner contre les hommes. Ils sont, par exemple, sous-diagnostiqués pour la dépression en comparaison avec les femmes.

Les désavantages de l'âge

L'âge va, quant à lui, influencer le parcours de soins avant même d'entrer dans l'hôpital. François-Xavier Ageron, médecin associé au service d'urgence du CHUV a étudié le triage des personnes ayant un traumatisme physique dans le canton de Vaud. Son étude montre que les personnes de plus de 75 ans ne sont pas autant amenées au centre spécialisé pour le trauma du CHUV que les autres blessés, mais sont plutôt dirigées vers les hôpitaux régionaux. Elles reçoivent moins d'anesthésiques que les autres tranches d'âges de la population. Tout cela malgré le fait qu'elles représentent près de 50% des cas de traumatismes. Et ce n'est pas tout. Son étude décrit également l'effet cumulatif des biais. En effet, si un biais à l'encontre des personnes âgées existe, le biais à l'encontre des femmes s'y rajoute. Les femmes âgées sont donc les moins bien traitées.

A l'origine de ces disparités, François-Xavier Ageron parle de préjugés qui ont la peau dure: «Pour le corps médical, une personne polytraumatisée, c'est un jeune homme qui a eu un accident de voiture. Pas une dame âgée qui est tombée dans les escaliers.»

On trouve également des biais qui conditionnent l'accès aux soins. La situation socio-économique des personnes y joue un rôle crucial. «Il y a un paradoxe dans la population», explique Claudine Burton-Jeangros, professeure au département de sociologie de l'Université de Genève, «car les individus provenant des milieux privilégiés vont plus régulièrement consulter que les individus provenant des milieux moins favorisés, alors que les premiers sont généralement en meilleure santé.» La faute ici entre autres à des facteurs structurels, comme le fonctionnement des assurances maladie suisses. Le principe des franchises qui permet de diminuer le prix des primes d'assurance peut en même temps représenter un frein économique pour les populations les plus démunies et empêcher ces dernières d'accéder aux soins qu'elles nécessitent. De la même façon, les politiques de prévention qui cherchent à atteindre l'ensemble de la population ont tendance à aggraver les inégalités, car seules les personnes provenant de milieux aisés ont les moyens financiers et le temps de mettre en place des changements pour améliorer leur propre santé.

«En Suisse, les femmes de moins de 50 ans hospitalisées à la suite d'un infarctus ont 38% de risques en plus de décéder que les hommes» - Joëlle Schwarz, responsable de l'unité santé et genre À Unisanté

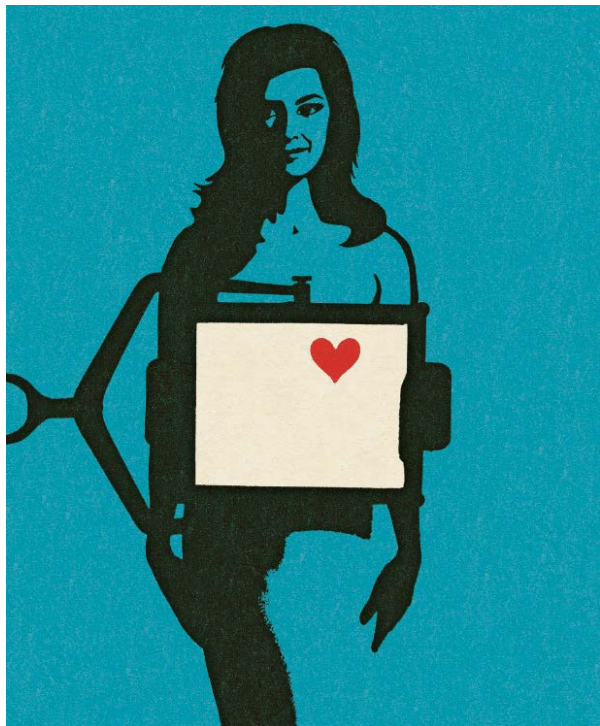
Comment les biais peuvent-ils cribler l'ensemble du parcours de soins? Ils affectent même la recherche médicale sur laquelle se base la mise en place des diagnostics, les traitements, la prévention, mais également la prise en charge. En effet, la recherche médicale a historiquement pris pour population d'étude les hommes caucasiens, invisibilisant les variations qui peuvent apparaître dans les autres populations. Cependant, plusieurs actions au niveau Suisse sont entrées en jeu ces dernières années pour contrer l'influence des biais dans la recherche.

Vers un parcours personnalisé

Le Fonds national suisse, organisme principal de financement de la recherche scientifique publique en Suisse, a par exemple ouvert un fonds «Médecine, santé et genre» doté de 11 millions de francs pour stimuler la recherche sur les diversités en médecine. D'autres actions ont été mises en place au sein des comités d'éthique, instances indépendantes suisses qui s'assurent que les recherches effectuées respectent les normes éthiques et légales. Ces dernières exigent désormais que les études sur l'humain tiennent compte de la mixité des populations. Claudine Burton-Jeangros le souligne: «Il est nécessaire de récolter des données riches et précises sur l'ensemble des traits qui définissent les personnes afin de pouvoir comprendre au mieux la complexité de leur historique de santé.»

Des changements apparaissent aussi dans les autres étapes du parcours de soins. Joëlle Schwarz et ses collègues y contribuent par exemple sur deux fronts. Le premier passe par la formation durant les études en médecine de l'Université de Lausanne à être plus conscients des biais dans la pratique. Le deuxième consiste à aider la population à mieux connaître et reconnaître les différents symptômes qui peuvent

l'affecter. En intégrant l'ensemble de ces pratiques, le système de santé espère pouvoir proposer un parcours de soins plus inclusif. Car, s'il ne peut pas traiter chaque individu de manière égalitaire, il peut, en prenant en compte chaque individu dans toute sa diversité, lui offrir un parcours de soins personnalisé.



Mehr Flexibilität für Versicherte

 CH Media national | 21.11.2024

Gesundheit - Versicherte von Krankenkassen erhalten mehr Flexibilität. Ab nächstem Jahr dürfen sie auch während des Jahres ihr Versicherungsmodell wechseln. Heute ist das nicht möglich. Versicherte mit freier Arztwahl und Wahlfranchise dürfen erst auf Ende eines Jahres zu einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wechseln. Dazu zählen etwa das Hausarztmodell, HMO oder Telemedizin.

Der Bundesrat hat gestern die Verordnung über die Krankenversicherung angepasst. Dies komme jenen Versicherten zugute, deren finanzielle Verhältnisse sich änderten und die ihre Prämienbelastung senken wollten, schreibt das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Nicht erlaubt bleibt das Kassen-Hopping. Dasselbe gilt für Personen, die in einem alternativen Versicherungsmodell sind und mit einer kasseninternen Alternative liebäugeln. *(rwa)*

La spesa annuale per curarci: 11 mila franchi

 Corriere del Ticino | 20.11.2024

Secondo il KOF, si spenderà sempre di più per la salute – Nel 2025, la fattura supererà la soglia dei 100 miliardi. Le spese sanitarie in Svizzera continuano a crescere. Il Centro di ricerca congiunturale del Politecnico federale di Zurigo (KOF) stima per l'anno in corso un aumento dei costi complessivo del 4%. L'anno prossimo la fattura totale dovrebbe toccare i 103 miliardi di franchi (+3,5) e fra due anni i 106 miliardi (+3,7%). A titolo di paragone: nel 2023, le spese ammontavano a 95 miliardi e nel 2022 a 92. Le spese per la sanità sono destinate a superare quest'anno il 12% del prodotto interno lordo (PIL).

Significa che per ogni 100 franchi che guadagniamo, 12 li spendiamo per andare dal medico, acquistare farmaci o per prestazioni sanitarie in generale. Nel 2000 il tasso era al 9,1%. Secondo le previsioni, la spesa sanitaria pro capite ammonterà a circa 11 mila franchi per l'intero 2024 (nel 2023 è stata di 10.684 franchi). Entro il 2026, questa cifra dovrebbe salire a 11.

600 franchi. I fattori che contribuiscono all'aumento della spesa sono diversi. Da una parte, l'invecchiamento della società fa aumentare le spese per le cure a lungo termine. Dall'altra, anche gli ospedali e le prestazioni fornite dagli studi medici fanno aumentare i costi del sistema sanitario. Tutto ciò si riflette nell'aumento dei premi delle assicurazioni malattia.

Alla luce dello sviluppo demografico, il KOF non considera necessariamente problematico l'aumento della spesa sanitaria per rapporto al PIL. Il sistema sanitario sta tuttavia affrontando sfide importanti, come i problemi di efficienza, l'impiego dell'intelligenza artificiale e la sicurezza della fornitura di farmaci. Lo studio è stato effettuato insieme al centro di ricerca del sito di comparazione Comparis. Secondo l'esperto Felix Schneuwly, nel 2027 la spesa sanitaria pro capite supererà i 12 mila franchi a testa. Una spesa del genere è sostenibile a patto che la crescita economica continui e la quota dei costi sanitari rimanga tra l'11% e il 12% del PIL.

Schneuwly mette comunque in guardia da interventi politici sbagliati, in particolare nel ramo ospedaliero. I Cantoni, dice, hanno frenato la riorganizzazione concedendo sovvenzioni agli ospedali in deficit. A suo avviso, senza trasparenza sulla qualità si rischia di chiudere gli ospedali sbagliati e di continuare a finanziare inutilmente con i soldi dei contribuenti quelli che offrono una qualità inferiore. Il finanziamento uniforme, sottolinea, non è una cura miracolosa ma mette un freno alla crescita dei premi di cassa malati.

ga. Confronti Mister Prezzi: «I farmaci generici costano troppo» Venti prodotti più cari I prezzi svizzeri dei 20 principi attivi con brevetto scaduto più venduti sono decisamente troppo alti. È quanto emerge da un raffronto con i prezzi all'estero. I generici più economici costano in media più del doppio rispetto a quelli dei 15 Paesi confrontati. I farmaci originali con brevetto scaduto sono inoltre più cari del 62%, ha annunciato nella sua newsletter il Sorvegliante dei prezzi Stefan Meierhans.

Il generico più economico all'estero costa in media il 39% del prezzo svizzero, vale a dire il 61% in meno. Anche nel Paese di confronto più caro, ovvero la Spagna, il farmaco generico più conveniente costa in media il 73% del prezzo elvetico. Nel Regno Unito, si paga in media solo il 16% del prezzo svizzero, deplora Meierhans. Secondo «Mister prezzi», i risultati dell'analisi mostrano che esiste ancora un notevole potenziale di risparmio nel settore sanitario. I risultati sono paragonabili a quelli dei confronti dei prezzi effettuati negli anni precedenti (l'ultimo nel 2021).

Nel contempo, essi dimostrano che le misure attuate finora non sono sufficienti per ottenere le riduzioni di prezzo sperate. Il Sorvegliante dei prezzi ritiene quindi che siano assolutamente necessarie ulteriori misure..

Les Romands minorisés sur la santé

 La Liberté | 25.11.2024

La réforme du financement des soins acceptée avec un grand oui alémanique. La Suisse romande dit non.

Sophie Dupont

Réforme - Au stamm des partisans de la réforme EFAS, pour le financement uniforme des soins, les visages sont détendus, les verres remplis et les langues se délient, en allemand surtout. Les Romands y sont minoritaires, et cela reflète le résultat des votes. Les Suisses ont accepté à 53,3% le financement uniforme des soins, mais le oui romand se limite à 37,5%. Genève et Neuchâtel disent non à plus de 65%. Considérée comme la «réforme du siècle» de la LAMal (loi sur l'assurance-maladie), EFAS prévoit une répartition du financement à 73,1% par les assureurs et 26,9% par les cantons pour les soins à l'hôpital, en ambulatoire et de longue durée. Le référendum lancé par le Syndicat des services publics a échoué.

«C'est la première fois que tous les partenaires de la santé étaient d'accord avec un projet» - Benjamin Roduit

Les partisans d'EFAS sont soulagés. «Cela va simplifier les collaborations entre les acteurs de la santé. Nous bénéficierons tous des mêmes règles et des mêmes conditions», se réjouit Daniel Höchli, président d'Artiset, fédération des associations de branches pour les soins en institution et à domicile. La nouvelle répartition devrait selon lui encourager les soins à domicile plutôt que le placement en EMS, et diminuer les hospitalisations.

Craintes romandes

Le scepticisme des Romands s'explique par un rapport différent à la gestion de la santé, selon lui. «Les cantons alémaniques sont déjà habitués à un pilotage de la santé plus libéral. En Suisse romande, les craintes de changement étaient plus fortes», analyse-t-il. Pour Martine Ruggli, présidente de la faïtière des pharmaciens Pharmasuisse, la figure de Pierre-Yves Maillard, opposé à la réforme, a joué un rôle important dans le rejet massi f romand. «La crainte de la perte de souveraineté de l'Etat sur les hôpitaux y est aussi plus importante», juge-t-elle. Elle se réjouit aussi d'une meilleure coordination, qui devrait profiter aux pharmaciens, notamment dans le suivi postambulatoire.

Figure romande du oui, le conseiller national Benjamin Roduit jubile. «Enfin», s'écrie-t-il au téléphone. «C'est la première fois que tous les partenaires de la santé étaient d'accord avec un projet. Il faut se mettre au boulot maintenant.» Le oui lui donne de l'élan pour les prochaines réformes qui seront débattues au parlement, que ce soit sur la coordination des soins, la pénurie des médecins ou encore le dossier électronique du patient.

«La pression est importante sur le Centre et la droite. Nous avons trois ans avant la fin de la législature pour juguler la hausse des primes et nous serons attendus au tournant», prédit le Valaisan. Le large refus romand s'explique selon lui par des aspects financiers. «Le pouvoir d'achat y est plus fragile, la population, dans le doute, a dit majoritairement non.» Pour la gauche, c'est une deuxième défaite sur la santé, après le non au plafonnement des primes à 10% du revenu en juin dernier. La réforme EFAS était surtout le combat du Syndicat des services publics, qui s'est lancé seul dans le référendum. Le PS s'est montré divisé et plusieurs poids lourds alémaniques, à l'instar de la présidente de la commission de la santé du National Barbara Gysi (SG), défendaient un oui. D'où un malaise dans le camp du non, majoritairement romand. Les Verts ont, eux, laissé la liberté de vote.

Pour Christian Dandrès, président du SSP, les 62% de non en Suisse romande montrent que le combat n'est pas terminé. «Il était essentiel de mener un débat public sur une réforme décisive pour la population. Le résultat romand nous renforce, il faudra continuer à mobiliser le plus large possible.» L'un des enjeux sera de garantir que les cantons «baisser le moins possible» leurs investissements dans les soins.

Le SSP craint également une détérioration des conditions de travail du personnel soignant. Pour Beatriz Rosende, secrétaire centrale, le syndicat doit davantage «passer à l'offensive» en dénonçant l'impact de la dégradation des conditions de travail sur la qualité des soins. Présente au stamm du non, l'Avivo – association de défense des retraités – craint une perte de contrôle des cantons dans les soins longue durée et que certaines prestations soient refusées aux aînés par les assureurs.

Report de charges

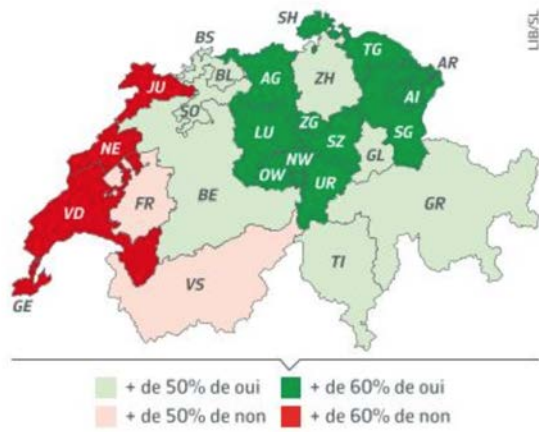
En Suisse romande, la réforme devrait engendrer un report de charges sur les cantons, relève Pierre-Yves Maillard. Actuellement financé uniquement par les primes, l'ambulatoire y est plus développé qu'outre-Sarine. Les assurés devraient donc profiter de la réforme dans un premier temps. «Nous nous assurerons que les cantons ne réduisent pas leurs moyens dans la réduction de primes», avertit-il.

Pour Elisabeth Baume-Schneider, la réforme EFAS est une étape significative dans le développement du système de santé. «Elle montre que le système n'est pas figé par les blocages des différents partenaires», a-t-elle commenté en conférence de presse. La conseillère fédérale indique avoir entendu les craintes des Romands et des personnes âgées concernant les soins longue durée. La première partie de la réforme, pour les soins hospitaliers et stationnaires, entrera en vigueur en 2028. Les soins longue durée seront ajoutés en 2032. LE COURRIER



Pour Elisabeth Baume-Schneider, la réforme EFAS est une étape significative dans le développement du système de santé. Keystone

MODIFICATION DE LA LAMAL



Gleichentags erschienen in

- Le Courrier

«Menge mal Preis» – das falsche Rezept - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.11.2024

Gastkommentar von Thomas J. Griching

Es wären ein breiter Strauss an Massnahmen und wohl etwas Mut nötig, um die steigenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Das zweite Massnahmenpaket hätte dies – im Nachgang zum ersten Massnahmenpaket des Bundesrates – in Angriff nehmen sollen. Doch die Vorlage, die derzeit im Parlament debattiert wird, hat den Weg der Kostendämpfung bereits vor einiger Zeit verlassen. Stattdessen drohen einige Massnahmen sogar die Kosten weiter in die Höhe zu treiben. So werden beispielsweise Leistungen, die Hebammen direkt abrechnen können, ausgeweitet. Mehr Leistungen und höhere Kosten während der laufenden politischen Beratungen in einem Kostendämpfungspaket unterzubringen, zeugt von bemerkenswerter politischer Kreativität.

Weitere Massnahmen, die sich gegenwärtig im Paket befinden, führen zu mehr Regulierung – ebenfalls ein Kostenfaktor. Der Bundesrat möchte Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neue Art von Leistungserbringern in das KVG aufnehmen mit den Kantonen als Zulassungsbehörde. Solche Netzwerke existieren aber vielerorts bereits heute – ohne den bürokratischen Mehraufwand. Während der Nationalrat diese Massnahme streichen möchte, hält der Ständerat jedoch daran fest, so dass man gespannt sein darf, wie es weitergeht.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei den Medikamenten. So sind Preismodelle und eine provisorische Vergütung von Arzneimitteln im Paket vorgesehen. Werden Arzneimittel für zwei volle Jahre provisorisch vergütet, steigt das Risiko, dass diese temporären hohen Preise zu dauerhaft überhöhten Preisen werden. Preismodelle, bei denen der öffentliche Publikumspreis nicht dem tatsächlich gezahlten Preis entspricht, opfern unser wertvolles Gut der Transparenz. Die Öffentlichkeit hat ein Recht darauf, zu wissen, wie viel ein Medikament tatsächlich kostet. Die nationalrätliche Kommission will die Bestimmungen zur Vertraulichkeit streichen. Es ist zu hoffen, dass ihr die beiden Räte folgen.

Daneben gibt es aber auch einige Lichtblicke: Mengenrabatte für Arzneimittel mit hohem Marktvolumen könnten bis zu 400 Millionen Franken einsparen. Solche sogenannten Kostenfolgemodelle hat der Ständerat eingebracht, und diese hätten einen deutlich kostendämpfenden Effekt. Auch die Kommission des Nationalrates empfiehlt dem Nationalrat ihre Einführung.

Des Weiteren sollen die Krankenversicherer künftig die Versicherten in begrenztem Rahmen auf mögliche Einsparungen oder passendere Versorgungsmodelle hinweisen dürfen, was im Sinne der Versicherten zu begrüssen ist. Auch die Stärkung der Health Technology Assessments, also der differenzierten Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen ist positiv. Ebenfalls sinnvoll sind die angedachte Einführung von Referenztarifen für stationäre Behandlungen, die den Wettbewerb zwischen Spitälern fördern, sowie der Auftrag an die Tarifpartner, sicherzustellen, dass die Tarife laufend den Effizienzgewinnen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts Rechnung tragen. Zudem will der Ständerat die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils festgelegt wird, um Exzesse in der Abrechnung bei der Ärzteschaft beim nicht mehr zeitgemässen Einzelleistungstarif zu verhindern. Allerdings lehnt die Kommission des Nationalrates diese letzte Massnahme ab.

Insgesamt bleibt das Fazit entsprechend ernüchternd: Das zweite Massnahmenpaket verpasst eine grosse Chance. Was wir brauchen, ist eine umfassende Reform, die Transparenz, Qualität und Patientennutzen ins Zentrum stellt. Die heutige Preisgestaltung, die sich nach der Formel «Menge mal Preis» richtet, belohnt die Quantität der erbrachten Leistungen, nicht deren Qualität. Eine pauschale Vergütung, die an Qualitätskriterien und den tatsächlichen Nutzen für die Patienten gebunden ist, könnte die Gesundheitskosten in den Griff bekommen – zum Wohl der Patienten und der Prämienzahlenden.

Thomas J. Griching ist Generalsekretär und Mitglied der Generaldirektion des Groupe Mutuel.

Gesundheitskosten werden weiter steigen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.11.2024

Ausgaben durchbrechen die 100-Milliarden-Grenze

Der Trend zu einem verstärkten Kostenwachstum bei den Gesundheitsausgaben ist für 2025 deutlich erkennbar. Das hat mit der alternden Bevölkerung zu tun, aber auch mit dem Bevölkerungswachstum und häufigen Arztbesuchen.

Isabelle Wachter

Die Schweiz ächzt unter der hohen finanziellen Belastung der Krankenkassenprämien. Dieses Jahr sind sie um 8,7 Prozent gestiegen. Und auch nächstes Jahr werden sie 6 Prozent höher ausfallen. Der Prämienanstieg ist auf die explodierenden Gesundheitskosten zurückzuführen. Doch wie hoch sind die Kosten effektiv? Um das herauszufinden, erstellt die Konjunkturforschungsstelle der ETH (KOF) im Auftrag von Comparis jährlich im Herbst eine Prognose. Die aktuelle Studie wurde am Dienstag veröffentlicht und zeigt: Im Jahr 2025 werden die Gesundheitsausgaben zum ersten Mal die Marke von 100 Milliarden Franken knacken.

Die Gesundheitsausgaben sind laut den Berechnungen der KOF 2023 um 3,8 Prozent gewachsen im Vergleich zum Vorjahr. Im laufenden Jahr rechnet das Institut sogar mit einer Wachstumsrate von 4,4 Prozent. Noch vor einem Jahr war unklar, ob der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) wieder gleich wie vor der Pandemie wachsen würde. «Der Trend zu einem höheren Wachstum ist nun aber wieder deutlich erkennbar», sagt Hans Gersbach, Leiter der Studie und Co-Direktor der KOF. Die KOF rechnet damit, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt (BIP) im laufenden Jahr 12 Prozent ausmachen wird. Zum Vergleich: Im Jahr 2000 betrug er noch 9,1 Prozent.

Spitäler als grosse Treiber

Die Kosten steigen sowohl für ambulante als auch für stationäre Leistungen. Allerdings wachsen die Kosten für die Langzeitpflege, Rehabilitation und unterstützende Dienstleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung überdurchschnittlich. Dabei fällt vor allem auf, dass bei Frauen ab dem 81. Altersjahr viel höhere Gesundheitskosten anfallen als bei den Männern im gleichen Alter. Das hat auch damit zu tun, dass viele Frauen ihre Männer zu Hause pflegen. Dadurch beziehen die Männer weniger Gesundheitsleistungen. Die Frauen hingegen haben eine längere Lebenserwartung und müssen oft irgendwann ins Altersheim. Kategorisiert man nach Leistungserbringern, ist klar ersichtlich, dass die Spitäler ein grosser Treiber für das Kostenwachstum sind. Aber auch Arztpraxen sowie Alters- und Pflegeheime tragen klar zum Wachstum bei. Finanziert wird das alles zu einem grossen Teil aus der obligatorischen Krankenversicherung, womit sich das Prämienwachstum erklärt.

Ein zunehmender Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamtwirtschaftlichen Leistung ist eine logische Konsequenz der älter werdenden Gesellschaft. Deshalb ist es umso wichtiger, die richtigen Anreize zu setzen – auch im Hinblick auf die Abstimmung am kommenden Sonntag über die einheitliche

Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Efas). «Die niedrigeren Kosten, die die Ambulantisierung medizinischer Leistungen bringen wird, dürfte die Zusatzbelastung im Bereich der Langzeitpflege überkompensieren», sagt Felix Schneuwly, Gesundheitsexperte bei Comparis.

Das Kostenwachstum ist nicht allein mit der älter werdenden Bevölkerung zu erklären. Vielmehr führen das Bevölkerungswachstum, höhere Einkommen und der medizinische Fortschritt dazu, dass mehr Gesundheitsdienstleistungen konsumiert werden. «Die steigende Kostenwachstumsrate im Gesundheitswesen ist praktisch allein auf eine Mengenausweitung zurückzuführen. Diese reine Mengenausweitung beobachtet man in anderen Branchen wie etwa im Gastgewerbe oder auch in der Baubranche nicht», so Gersbach. Die gute Nachricht sei, dass die Menschen nicht schwerere Krankheiten hätten, sagt Schneuwly. «Aber sie gehen immer öfter wegen diffuser Schmerzen zum Arzt.» Die Anspruchshaltung der Patienten sei heute grösser. Wenn jemand ein MRI möchte, obwohl das der Hausarzt nicht für nötig hält, besteht er darauf oder geht zu einem anderen Arzt.

Investitionen in Digitalisierung

Höhere Kosten entstehen jedoch auch durch ineffiziente Prozesse – und davon gibt es im Gesundheitswesen jede Menge. Damit der Kostenanstieg langfristig gebremst werden kann, muss die Effizienz in Arztpraxen und den Spitälern gesteigert werden. Das bedeutet jedoch auch, erhebliche Investitionen in Digitalisierung und künstliche Intelligenz zu tätigen. Da aber viele Spitäler Verluste schreiben, werden die meisten kaum in der Lage sein, die nötigen Investitionen aus eigener Kraft zu stemmen. Auch dürfte es für sie schwieriger werden, Kredite von den Banken zu erhalten. Haben sich die Banken vor ein paar Jahren noch darauf verlassen können, dass defizitäre Spitäler vom Kanton gerettet werden, gibt es diese Gewissheit heute nicht mehr. Ein Beispiel ist das Spital Wetzikon, das vom Kanton Zürich keine Finanzspritze bekam, als es eine Anleihe nicht mehr zurückzahlen konnte.

Umso wichtiger sei, dass man den Strukturwandel endlich zulasse, sagt Felix Schneuwly. «Unrentable Spitäler müssen schliessen. So können die verbliebenen noch besser wirtschaften und bekommen so auch Kredite bei den Banken, um die nötigen Investitionen zu tätigen.» Im Zuge dieses Strukturwandels müsse die Qualität medizinischer Behandlungen zudem viel stärker in die Preisbildung einfließen. Zu den weiteren Herausforderungen, mit denen das Gesundheitswesen konfrontiert ist, gehört laut der KOF-Studie, die Sicherheit der Medikamentenversorgung zu gewährleisten. Zudem ist mit der voranschreitenden Antibiotikaresistenz-Krise eine stille Epidemie auf dem Vormarsch. Das Gesundheitswesen wird also auch künftig stark gefordert sein.

La Lamal sera enfin réformée

 Le Nouvelliste | 25.11.2024

L'harmonisation du financement des soins a été acceptée, avec un grand oui alémanique. Les Romands, eux, ont dit non. L'épilogue de près de quatorze ans de débats.

Au stamm du soutien à la réforme Efas, pour le financement uniforme des soins, les visages sont détendus, les verres sont remplis et les langues se délient, en allemand surtout. Les Romands y sont minoritaires, et cela reflète le résultat des votes. Les Suisses ont accepté à 53,3% le financement uniforme des soins mais le oui romand se limite à 37,5%. Genève et Neuchâtel disent non à plus de 65%. Considérée comme la «réforme du siècle» de la Lamal (loi sur l'assurance maladie), Efas prévoit une répartition du financement à 73,1% par les assureurs et 26,9% par les cantons pour les soins à l'hôpital, en ambulatoire et de longue durée. Le référendum lancé par le Syndicat des services publics a échoué. Les partisans d'Efas sont soulagés. «Cela va simplifier les collaborations entre les acteurs de la santé. Nous bénéficierons tous des mêmes règles et des mêmes conditions», se réjouit Daniel Höchli, président d'Artiset, fédération des associations de branches pour les soins en institution et à domicile. La nouvelle répartition devrait selon lui encourager les soins à domicile, plutôt que le placement en EMS et diminuer les hospitalisations.

Fortes craintes en Suisse romande

Le scepticisme des Romands s'explique par un rapport différent à la gestion de la santé, selon lui. «Les cantons alémaniques sont déjà habitués à un pilotage de la santé plus libéral. En Suisse romande, les craintes de changement étaient plus fortes», analyse-t-il. Pour Martine Ruggli, présidente de la faïtière des pharmaciens Pharmasuisse, la figure de Pierre-Yves Maillard, opposé à la réforme, a joué un rôle important dans le rejet massif romand. «La crainte de la perte de souveraineté de l'Etat sur les hôpitaux y est aussi plus importante», juge-t-elle. Elle se réjouit aussi d'une meilleure coordination, qui devrait profiter aux pharmaciens, notamment dans le suivi post-ambulatoire. Figure romande du oui, le conseiller national Benjamin Roudot jubile: «Enfin», s'écrie-t-il au téléphone. «C'est la première fois que tous les partenaires de la santé étaient d'accord avec un projet. Il faut se mettre au boulot maintenant», ajoute-t-il. Le oui lui donne de l'élan pour les prochaines réformes qui seront débattues au parlement, que ce soit sur la coordination des soins, la pénurie des médecins ou encore le dossier électronique du patient. «La pression est importante sur le Centre et la droite. Nous avons trois ans avant la fin de la législature pour juguler la hausse des primes et nous serons attendus au tournant», prédit-il. Le large refus romand s'explique selon lui par des aspects financiers. «Le pouvoir d'achat y est plus fragile, la population, dans le doute, a dit majoritairement non», juge-t-il.

“C'est la première fois que tous les partenaires de la santé étaient d'accord avec un projet.” Benjamin Roudot Conseiller National (CENTRE/VS)

Répercussion dans les cantons

Pour la gauche, c'est une deuxième défaite sur la santé, après le non au plafonnement des primes à 10% du revenu, en juin dernier. La réforme Efas était surtout le combat du Syndicat des services publics (SSP), qui s'est lancé seul dans le référendum. Le PS s'est montré divisé et plusieurs poids lourds alémaniques, à l'instar de la présidente de la commission de la santé Barbara Gysi (SG), défendaient un oui. D'où un malaise dans le camp du non, majoritairement romand. Les Verts ont quant à eux laissé la liberté de vote. Pour Christian Dandrès, président du SSP, les 62% de non en Suisse romande montrent que le combat n'est pas terminé. «Il était essentiel de mener un débat public sur une réforme décisive pour la population. Le résultat romand nous renforce, il faudra continuer à mobiliser le plus large possible», réagit-il. L'un des enjeux sera de garantir que les cantons «baisseront le moins possible» leurs investissements dans les soins. Le SSP craint également une détérioration des conditions de travail du personnel soignant. Pour Beatriz Rosende, secrétaire centrale, le syndicat doit davantage «passer à l'offensive» en dénonçant l'impact de la dégradation des conditions de travail sur la qualité des soins. Présente au stamm du non, l'Avivo – association de défense des retraitées – craint une perte de contrôle des cantons dans les soins longue durée et que certaines prestations soient refusées aux aînés par les assureurs.

Etape «significative»

En Suisse romande, la réforme devrait engendrer un report de charges sur les cantons, relève Pierre-Yves Maillard. Actuellement financé uniquement par les primes, l'ambulatoire y est plus développé qu'outre-Sarine. Les assurés devraient donc profiter de la réforme dans un premier temps. «Nous nous assurons que les cantons ne réduisent pas leurs moyens dans la réduction de primes», avertit-il. Pour Elisabeth Baume-Schneider, la réforme Efas est une étape significative dans le développement du système de santé. «Elle montre que le système n'est pas figé par les blocages des différents partenaires», a-t-elle commenté en conférence de presse. La conseillère fédérale indique avoir entendu les craintes des Romands et des personnes âgées concernant les soins longue durée. La première partie de la réforme,

pour les soins hospitaliers et stationnaires, entrera en vi- gueur en 2028. Les soins longue durée seront



ajoutés en 2032. LE COURRIER

Les Suisses ont accepté à 53,3% le financement uniforme des soins, mais le oui romand se limite à 37,5% (illustration).
KEYSTONE/GAETAN BALLY

Extension des autoroutes

Peuple: 47,3 % oui, 52,7 % non.
Cantons: 9 oui, 14 non.



Financement uniforme des soins (EFAS)

Peuple: 53,3 % oui, 46,7 % non.
Cantons: 17 oui, 6 non.



Révision du droit du bail (propriétaires)

Peuple: 46,2 % oui, 53,8 % non.
Cantons: 12 oui, 11 non.



CARTES: KEYSTONE-ATS SOURCE: OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE

Historische Niederlage für Gewerkschaften

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 25.11.2024

Trotz heftiger Gegenwehr heisst das Volk die erste grundlegende Gesundheitsreform seit 30 Jahren gut

Fabian Schäfer, Bern

Die Operation hat lange gedauert, sehr lange sogar, doch sie ist gelungen. Fünfzehn Jahre nachdem die damalige CVP-Nationalrätin Ruth Humbel den entscheidenden Vorstoss eingereicht hatte, kam am Sonntag eine Vorlage mit dem sonderbaren Kürzel Efas an die Urne. Und das Volk hat sie tatsächlich gutgeheissen. Die Reform bewirkt eine Vereinheitlichung der Finanzströme im Gesundheitswesen, sie soll Fehlanreize beseitigen und dafür sorgen, dass mehr Behandlungen ambulant vorgenommen werden.

Die Zustimmung ist mit 53 Prozent (Hochrechnung) nicht sehr deutlich ausgefallen – vor allem wenn man bedenkt, dass ausnahmsweise alle Akteure des Gesundheitswesens die Vorlage unterstützt haben. Sehr viel klarer sind am Sonntag stattdessen die Differenzen zwischen den Sprachregionen zutage getreten: Während die Westschweizer Stimmberechtigten die Vorlage flächendeckend klar verworfen haben, hat sie in den Deutschschweizer Kantonen teilweise Mehrheiten von 60 Prozent oder mehr erreicht.

Der tiefe «Röstigraben» in dieser Frage dürfte damit zu erklären sein, dass in der frankofonen Schweiz im Allgemeinen der Wunsch nach einem starken Staat weiter verbreitet ist, dass zudem im Konkreten die Prämien der Krankenkassen relativ hoch sind – und ihr Ansehen relativ schlecht. Bereits vor zehn Jahren haben sich Genf, Jura, Neuenburg und Waadt für eine Einheitskasse ausgesprochen.

Ein Achtungserfolg . . .

Bei der Efas-Abstimmung verweisen die enormen regionalen Unterschiede aber noch auf eine andere Differenz: In der Romandie haben die Gewerkschaften mehr Einfluss als in den Deutschschweizer Kantonen. Sie waren in der Debatte um Efas die treibenden Kräfte. In den vergangenen Wochen haben sie einen zwar einsamen, dafür aber umso aggressiveren Kampf gegen die Reform geführt. Mit aller Kraft haben sie versucht, Zweifel zu streuen und Ängste zu wecken. Aus Sicht mancher Befürworter sind sie auch vor Irreführungen und Falschaussagen nicht zurückgeschreckt.

Dass die Gewerkschaften ihren Kampf trotzdem verloren haben, könnte die politische Grosswetterlage über das Gesundheitsdossier hinaus beeinflussen. Nach den spektakulären Erfolgen in den Abstimmungskämpfen um die 13. AHV-Rente im März und die Pensionskassenreform im September schien es fast, als seien die Gewerkschaften unbesiegbar, als hätten sie innenpolitisch den Status einer Vetomacht erlangt.

Diesen Nimbus haben sie mit der Niederlage vom Sonntag verloren. Ob und wie sich dies auf die laufenden Debatten zum Beispiel über die AHV oder das EU-Dossier auswirkt, wird sich in den nächsten Monaten weisen. Die Gewerkschafter selbst werden allerdings den Ausgang der Efas-Abstimmung als Achtungserfolg für sich reklamieren, zumal sie praktisch alleine kämpften und die Reform dennoch keine grosse Mehrheit fand. Alles andere wäre aber auch erstaunlich gewesen.

. . . oder historische Kontinuität?

Dass das Stimmvolk gesundheitspolitische Reformen gutheisst, die relevanten Einfluss auf die Versorgung und die Krankenkassenprämien haben können, kommt sehr selten vor. Dass es sie deutlich gutheisst, wäre eine historische Anomalie. Der Rückblick auf die Volksabstimmungen der jüngeren Vergangenheit zeigt ein eindrückliches Bild: Die letzte grundlegende Gesundheitsreform, die direktdemokratischen Segen erhalten hat, ist vor fast genau dreissig Jahren an die Urne gekommen. Am 4. Dezember 1994 hat das Stimmvolk die Einführung des heutigen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) gutgeheissen – mit einem Ja-Stimmenanteil von 51,8 Prozent.

Danach ist nicht mehr viel gegangen. Das Volk hat zwar einzelne Gesundheitsvorlagen angenommen, aber diese betrafen Spezialthemen wie Organspenden, Komplementärmedizin, Epidemien oder die Besserstellung der Hausarztmedizin und der Pflege. Erfolgreiche Vorlagen mit grundlegender Bedeutung sucht man vergebens. Im Jahr 2012 ist eine Vorlage für den Ausbau der integrierten Versorgung mit 24 Prozent Ja-Stimmen richtiggehend versenkt worden, obwohl die Akteure des Gesundheitswesens zumindest anfänglich relativ geschlossen dahinterstanden.

Wie gross die Auswirkungen der Efas-Reform tatsächlich sein werden, ist umstritten. Klar ist jedoch, dass sie durch die Neuordnung der Geldströme das Potenzial hat, die Organisation der Gesundheitsversorgung in ihrer ganzen Breite – von den Hausarztpraxen über die Spitäler bis zu den Pflegeheimen – zu beeinflussen. Man muss weit zurückblicken, um eine erfolgreiche Reform von vergleichbarer Bedeutung zu finden. Am ehesten trifft dies wohl auf die neue Spitalfinanzierung zu, die im Jahr 2012 ohne Referendum eingeführt werden konnte.

Wichtige Rolle der SVP

Bei der Efas-Reform zeichnete sich bereits früh ab, dass mit einem Referendum zu rechnen ist. Die Gewerkschaften hatten sich stets gegen den Einbezug der Pflegekosten gewehrt. Trotzdem fand die Vorlage im Parlament nach jahrelanger Vorarbeit eine ungewöhnlich breite Mehrheit: Von links bis rechts wurde sie von sämtlichen Fraktionen geschlossen oder zumindest mehrheitlich unterstützt. Im Nationalrat waren es lediglich Minderheiten der SP und der SVP, die Nein stimmten, im Ständerat sogar nur drei SP-Vertreter.

Dann aber, nach den Debatten im Parlament, ist es den Gewerkschaften gelungen, die SP-Basis auf ihre Seite zu ziehen. Die Partei beschloss die Nein-Parole, obwohl viele ihrer gesundheitspolitischen Exponenten die Vorlage mitgeprägt hatten.

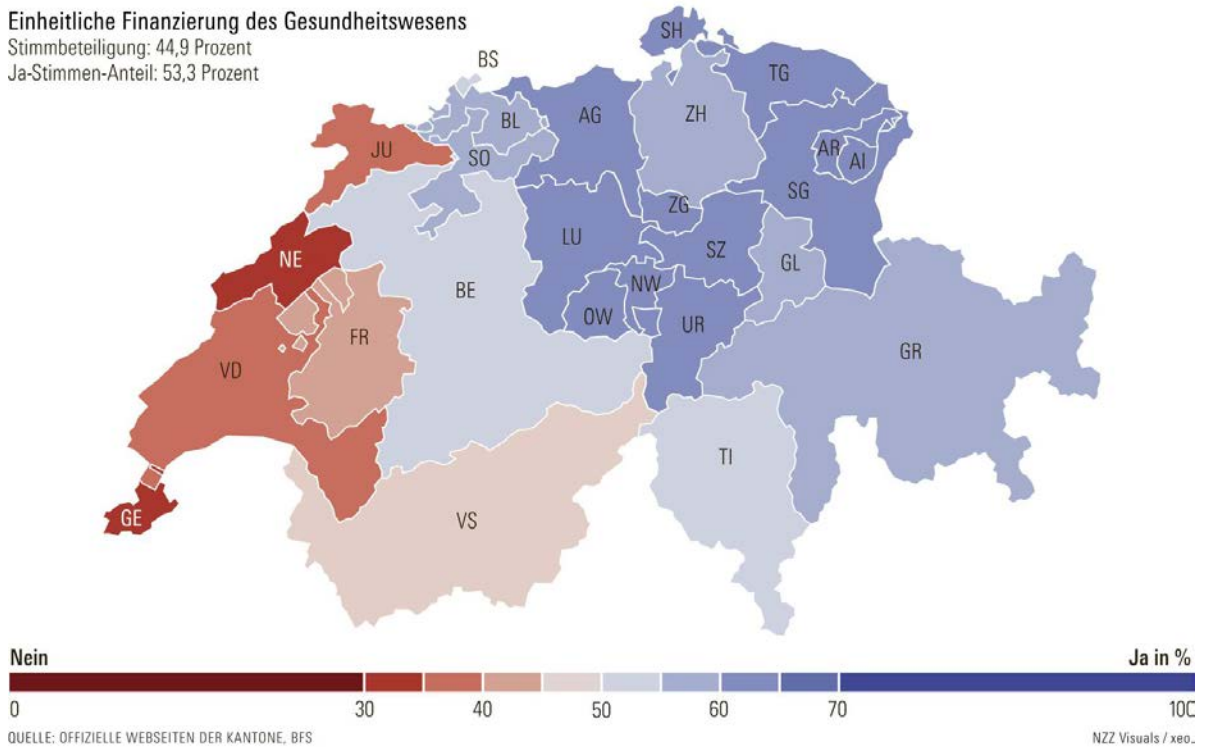
Gleichzeitig rumorte es auch in der SVP. Um ein Haar hätte die Volkspartei die Reform ebenfalls zum Abschluss freigegeben. Einflussreiche Exponenten um den Fraktionschef Thomas Aeschi arbeiteten intern auf eine Nein-Parole hin. Nachdem sie sich in der Parteileitung bereits durchgesetzt hatten, scheiterten sie buchstäblich in letzter Minute: Es brauchte den Widerstand mehrerer kantonaler Gesundheitsdirektoren sowie eine Intervention von Christoph Blocher, um die SVP im Pro-Lager zu halten.

Rückblickend war dies der wohl entscheidende Augenblick. Wenn nicht nur die Gewerkschaften gegen die Vorlage Stimmung gemacht hätten, sondern auch die SVP vor einer angeblichen Prämienexplosion gewarnt hätte, wäre es an der Urne noch knapper geworden. Nun aber kam es anders. Damit hat die SVP zum einen verhindert, dass sie an diesem Abstimmungstag als einzige Partei bei allen vier Vorlagen verliert. Zum anderen hat sie mitgeholfen, den Beweis zu erbringen, dass in der Schweiz doch noch grössere Reformen möglich sind.

Die Westschweiz bleibt bei Gesundheitsvorlagen skeptisch

Einheitliche Finanzierung des Gesundheitswesens

Stimmeteiligung: 44,9 Prozent
Ja-Stimmen-Anteil: 53,3 Prozent



«Es bringt nichts, Prämien- gegen Steuerzahler auszuspielen» - Interview

Seitenzahl

9

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Lukas Engelberger, der höchste Gesundheitsdirektor, erklärt, warum die Kantone bereit sind, mehr zu zahlen

Interview: Simon Hehli

Herr Engelberger, wie gross ist Ihre Erleichterung über dieses Ja zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Efas)?

Sie ist gross. Wir haben damit unter Beweis stellen können, dass Reformen in der Gesundheitspolitik Mehrheiten finden können, wenn sie breit genug abgestützt sind. Jetzt können wir wichtige Entwicklungen vorantreiben: die Ambulantisierung der Medizin und eine Stärkung der integrierten Versorgung.

Sie haben es angedeutet: Fast alle Akteure des Gesundheitswesens haben sich für Efas ausgesprochen, ebenso die meisten Parteien und die Kantone. Warum haben dennoch mehr als 40 Prozent der Stimmbürger die Vorlage abgelehnt?

Efas ist ein grosses Paket, damit werden Milliarden von Franken neu verteilt. Da sind die Leute vorsichtig. In manchen Kantonen, gerade in der Romandie, haben die Gewerkschaften einen grossen Einfluss. Die Leute vertrauen ihnen offenbar, wenn sie die Zahlen des Bundes infrage stellen und dies für ihre Nein-Kampagne nutzen.

Dieser Zahlenstreit stand im Zentrum des Abstimmungskampfes. Die Gewerkschaften behaupteten, dass der Einbezug der Langzeitpflege in die Reform zu einem starken Anstieg der Prämien führt.

Wer so etwas sagt, verdreht die mathematische Logik. Die ambulanten Behandlungen kosten insgesamt viermal mehr als die Langzeitpflege. Selbst wenn die Ausgaben in den Pflegeheimen und in der Spitex stark ansteigen, macht das also kaum die Umlagerungseffekte im viel grösseren ambulanten Kostenblock zunichte.

Das bedeutet, dass die Kantone zumindest finanziell Verlierer der Reform sind, weil künftig ein grösserer Teil der Gesundheitskosten über Steuern finanziert wird. Haben Sie ein Eigentor geschossen?

Nein. Das ist ein bewusster politischer Entscheid: Wir sind bereit, summa summarum einen grösseren Anteil des Gesundheitswesens mit Mitteln der öffentlichen Hand zu finanzieren. Es bringt auch nichts, Prämien- gegen Steuerzahler auszuspielen. Alle sind Einwohner unserer Kantone, und ihnen wollen wir das bestmögliche Gesundheitswesen zur Verfügung stellen.

Sollten trotz allem die Prämien wegen Efas stark steigen: Würden die Kantone dann Hand bieten für eine neue Aufteilung der Kosten?

Im Gesetz steht nun, dass die Versicherer 73,1 Prozent aller Gesundheitsleistungen finanzieren, die Kantone im Minimum 26,9 Prozent. Ich sehe in den nächsten Jahren keinen Spielraum, diese Verhältnisse schweizweit zu ändern. Aber ich kann mir gut vorstellen, dass einzelne Kantone einen grösseren Anteil übernehmen, sollte sich zeigen, dass dort die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung tatsächlich die Prämienzahler übermässig belastet. Schon heute gibt es Beispiele dafür,

dass die Kantone im stationären Bereich mehr bezahlen als die mindestens 55 Prozent, die vom Gesetz vorgesehen sind. In Basel-Stadt sind es 56 Prozent, in Zug sogar 99 Prozent.

Wer hat am Sonntag letztlich mehr Macht bekommen: die Krankenkassen, wie die Gewerkschaften behaupten – oder doch die Kantone?

Es gibt insgesamt keine Machtverschiebung zugunsten der Versicherer. Ihre Rolle wird zwar beim Abrechnen der Leistungen etwas gestärkt. Aber im Gegenzug bekommen die Kantone mehr Gestaltungsmöglichkeiten. Wir werden vollberechtigte Mitglieder bei der Aushandlung ambulanter Vergütungen, also für Arztpraxen und Spitalambulatorien. Und wir kriegen Zugang zu den Daten dieser Behandlungen. Wenn wir einen besseren Einblick in das Versorgungsgeschehen haben, können wir auch besser und kräftiger steuern als heute.

Was bedeutet das konkret?

Das ist noch zu diskutieren. Aber es könnte in eine ähnliche Richtung gehen wie bei den Spitalisten, mit denen wir den Zugang zur Grundversicherung regeln und die gut funktionieren. Einzelne Kantone haben für die Kosten im stationären Bereich ein Globalbudget oder geben eine Menge an Eingriffen vor, die nicht überschritten werden sollte. Ähnliche Instrumente sind auch für die ambulante Chirurgie denkbar. Wenn wir als Kantone diese Behandlungen künftig mitfinanzieren, haben wir auch eine stärkere Legitimität, den Bereich zu regulieren, zusammen mit den Versicherern.

In manchen Regionen gibt es eine Überversorgung mit Spezialisten, das führt zu Mengenausweitung und höheren Kosten. Bedeutet eine «kräftigere» Steuerung auch, dass die Gesundheitsdirektoren die Schliessung von Praxen verfügen oder von der Finanzierung durch die Grundversicherung ausschliessen könnten?

Vielleicht. Die Wirkung der Zulassungssteuerung bei frei praktizierenden Ärzten ist bis jetzt eher limitiert, weil sie nur dann greift, wenn jemand einen Antrag für die Eröffnung einer neuen Praxis stellt.

Efas ist nur ein erster Schritt in Richtung einer stärkeren Ambulantisierung. Was muss sonst noch passieren?

Bund und Kantone haben bereits jetzt Listen von Eingriffen, die nur unter bestimmten Umständen stationär gemacht werden dürfen. Luzern hat diese Liste kürzlich ausgeweitet, ich kann mir vorstellen, dass andere Kantone das auch tun werden. Eine zentrale Rolle werden aber auch die Patienten selbst spielen: Sie dürften künftig vermehrt auf eine ambulante Behandlung pochen, die günstiger ist – auch weil die Krankenkassen nun ein Interesse haben, dies ihren Kunden zu empfehlen.

Führt Efas zu einem Aussterben der Spitäler, die in den letzten Jahren zu stark in stationäre Strukturen investiert haben?

Der Druck wird natürlich grösser. Vor allem dann, wenn ein Spital mehr stationäre Operationen gemacht hat, als medizinisch notwendig gewesen wäre – dies möchte ich aber keinem Spital unterstellen.

Ein wichtiger Schritt für das Gesundheitswesen - Kommentar

Seitenzahl
22

Seitenzahl
Kommentar

Simon Hehli

Und es ist doch reformierbar: Für das Schweizer Gesundheitswesen ist das Ja zur einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (Efas) vom Sonntag ein enorm wichtiger Schritt. Und der Beweis dafür, dass eine Blockade, wie sie jahrelang geherrscht hat, überwunden werden kann. Nämlich dann, wenn sich alle wichtigen Akteure zusammenraufen. Für die grosse Gesundheitsreform stark gemacht haben sich die Ärztinnen und Ärzte, die Spitäler, die Pflegeheime, die Spitex, die Krankenkassen, die kantonalen Gesundheitsdirektoren und auch manche Exponenten der Pflege. Dass eine so breite Allianz zustande kam, grenzt schon fast an ein Wunder: Zu stark divergieren die Interessen im Gesundheitswesen normalerweise.

Der Schulterschluss war auch nötig. Denn die Gewerkschaften haben mit ihrer Kampagne, in der sie auch vor irreführenden Thesen wie einer drohenden Prämienexplosion nicht zurückschreckten, einen ansehnlichen Teil der Stimmbevölkerung überzeugt. Der hohe Nein-Anteil zeigt, dass die Schweizer sehr zurückhaltend darin sind, einer Umgestaltung des Gesundheitswesens zuzustimmen.

Bei einem Scheitern der einheitlichen Finanzierung in der aktuellen Form wären wieder Jahre verstrichen, bis das Parlament ein neues Projekt hätte vorlegen können – wenn überhaupt. Man hätte wohl auf den Einbezug der Langzeitpflege verzichten müssen, denn es war dieser Punkt, auf den sich die Gewerkschaften eingeschossen haben. Doch dagegen hätten sich die Kantone gewehrt, denn für sie ist Efas ohne Pflege inakzeptabel.

Zum Glück sind solche Planspiele nun obsolet. Die Grossreform löst nicht alle Probleme im Gesundheitswesen. Aber sie bringt mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Entlastung für die Prämienzahler (und dies nicht nur zulasten der Steuerzahler). Vor allem sind nun die grössten Hindernisse ausgeräumt, die bisher einer Förderung der ambulanten Medizin im Weg standen.

Aus Sicht der Krankenversicherer sind nach den heutigen Regeln viele Operationen ohne Spitalübernachtung finanziell wenig attraktiv, obwohl sie deutlich günstiger sind. Künftig haben die Kassen jedoch ebenfalls ein Interesse, ambulante Eingriffe zu fördern – und damit auch die Vergütungen in dieser Sparte zu erhöhen. Diese sind heute laut den Spitälern bei weitem nicht kostendeckend.

Es trifft sich gut, dass nach langem Hin und Her auch die Arbeiten an einem neuen ambulanten Tarif kurz vor dem Abschluss stehen. Und dass es erstmals ambulante OP-Pauschalen geben wird. Diese sind noch nicht ausgereift, doch solche Probleme lassen sich lösen.

Wenn ambulante Eingriffe mehr Geld abwerfen (und allenfalls die stationären Vergütungen sinken), wird das zu einem Boom ambulanter «Operationsfabriken» führen. Der Patient kommt in seinem knappen Zeitfenster, legt sich auf den OP-Tisch und darf nach einigen Minuten oder Stunden wieder heim. Rein medizinisch gesehen, sind solche effizienten Abläufe bei einem Grossteil der Behandlungen möglich. Noch stärker unter Druck geraten werden hingegen jene Spitäler, die in den letzten Jahren mehr in «Beton» – also in teure stationäre Infrastrukturen – investiert haben als in die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Efas die dringend nötige Transformation der Schweizer Spitallandschaft vorantreibt.

Es wird weniger, dafür stärker spezialisierte Krankenhäuser geben, ergänzt durch ein dichtes Netz von ambulanten Behandlungszentren, die keine grossen Bettenstationen brauchen. Das ist gut für die Finanzen. Und es hilft gegen den Fachkräftemangel. Das Ja zu Efas eröffnet ganz neue Möglichkeiten. Dass die Stimmbürger diesen Entscheid dereinst bereuen werden, wie ihnen das die Gewerkschaften einbleuen wollten, ist nicht zu erwarten.

Baume-Schneiders wichtiger Sieg

 CH Media national | 25.11.2024

Die Gesundheitsministerin trat zum vierten Mal in diesem Jahr gegen ihre Partei an. Diesmal triumphierte sie.

Anna Wanner

Das Zittern hat ein Ende, die Gesundheitsreform ist im Ziel. Die Bevölkerung hat mit 53,3 Prozent der einheitlichen Finanzierung von Gesundheitsleistungen zugestimmt. Die Erleichterung ist spürbar. Die Mitstreiter sind sich einig: Endlich konnten wir beweisen, dass das Gesundheitswesen reformfähig ist.

Die gegenseitige Blockade der Gesundheitsakteure ist überwunden. Zusammen mit den Kantonen und den Krankenkassen haben die Ärzte, Spitäler, Heime und Spitex die Grundlage für eine bessere Gesundheitsversorgung geschaffen, die auch die Prämienzahlenden entlastet.

Das Paradox an dieser Vorlage: Trotz bestechender Argumente war den Befürwortern der Sieg nicht gewiss. Im Endspurt sank die Zustimmung zur vorher breit abgestützten Vorlage. Die Gewerkschaften konnten Zweifel streuen und bedienten die Ängste der Bevölkerung: Sie warnten vor höheren Prämien, schlechterer Versorgung und einer Übermacht der Krankenkassen. Vor allem in der Romandie, wo die Krankenkassenprämien besonders hoch sind, haben diese Argumente verfangen. Es resultiert ein tiefer Röstigraben: Während die Deutschschweiz und das Tessin die Reform annehmen, sagt die Westschweiz deutlich Nein.

Auch in ihrem Heimatkanton Jura blitzt die zuständige Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider ab. Sie richtet darum am Sonntagabend auch Worte an die Unterlegenen: «Ich höre die Ängste der Bevölkerung, der Romandie.» Sie wiederholte, was sie im Abstimmungskampf unzählige Male sagte: Bei der Vorlage gehe es nur um die Finanzierung der Leistungen, nicht um die Macht der Krankenkasse oder einen Abbau der Pflegeleistungen.

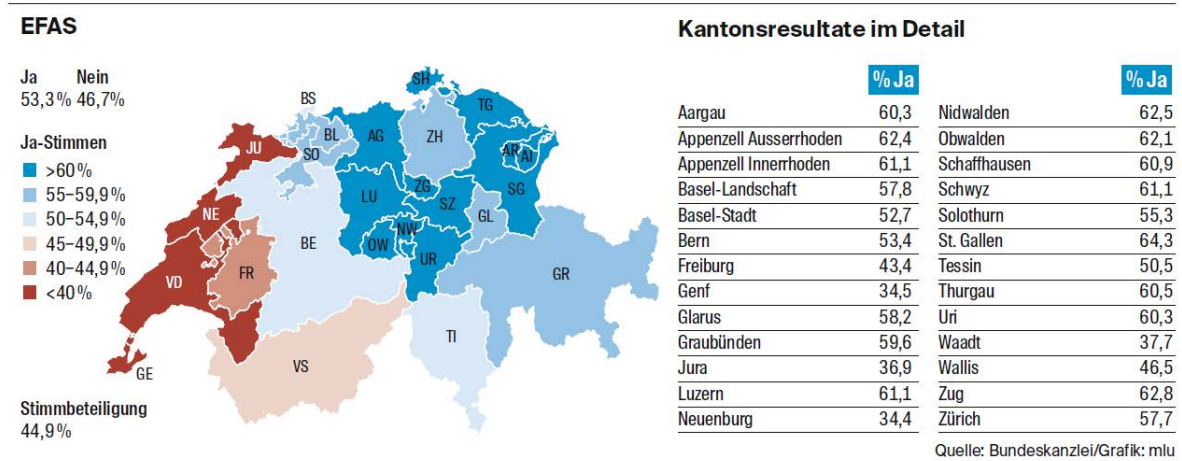
Und: Die einheitliche Finanzierung, die ab 2028 eingeführt wird, sei nur ein erster Schritt zur Verbesserung des Systems. An der Umsetzung der Pflegeinitiative arbeite sie genauso wie an der Einführung des elektronischen Patientendossiers. Vor zwei Wochen hat sie zudem einen ersten runden Tisch für weitere Massnahmen zur Kostendämpfung lanciert und am Dienstag folgt die «Agenda Grundversorgung», um Massnahmen zu erarbeiten, die den Zugang zu einer guten medizinischen Grundversorgung sichern.

Interne Gegner und neue Verbündete

Obwohl die Gesundheitsministerin als einzige Siegerin im Bundesrat hervorgeht, stellt sie ihren Triumph nicht zur Schau. Kein Lächeln, kein träfer Spruch. Baume-Schneider verzichtet komplett darauf, Emotionen zu zeigen.

Aber das hat womöglich auch mit den Spannungen mit ihrer Partei zu tun: Es ist dies der vierte Abstimmungssonntag in Folge, an dem sie bei einer wichtigen Vorlage gegen ihre Partei ankämpfen

muss: Erst die Abstimmung über die 13. AHV, dann die Prämienverbilligungsinitiative und die Pensionskassenreform und nun die Gesundheitsreform: Immer war die SP ihre ärgste Gegnerin.



Geschont haben sie die Genossen nicht. Der Gegenwind war rau – und die Diskussion zuletzt auch unsachlich. Streitpunkt der Gesundheitsvorlage waren vor allem die angeblich «neuen Zahlen» der Gesundheitskosten, die bei Einführung der Reform eine massive Prämientlastung versprechen. Die aktuelle Entwicklung zeigt nämlich: Ab 2028 werden die Prämienzahlenden um mehrere hundert Millionen Franken entlastet.

Der Gewerkschaftsbund unterstellte ihr, mit den Zahlen zu tricksen. Als Beweis für den Zahlensalat führten die Gegner die falschen AHV-Finanzperspektiven an, welche die Bundesrätin im August nachkorrigieren musste. Auf den Vorwurf entgegnete Baume-Schneider in der SRF-«Arena» mit Vehemenz: die Zahlen der AHV hätten nichts mit den Gesundheitsdaten zu tun. Zur Unterstellung sagte sie: «Ich finde es eine Schande.» Es sei «unkorrekt» und stimme «einfach absolut nicht».

Für Baume-Schneider war der Sieg am Sonntag wichtig

Doch SP-Nationalrat David Roth wiederholte die Vorwürfe unverföhren. In der Romandie trat Gewerkschaftsboss Pierre-Yves Maillard als Hauptgegner mit den gleichen Vorwürfen immer wieder auf. Mit Erfolg. Maillards Worten wird mehr Glaube geschenkt als dem Bundesrat. Nach dem Erfolg der 13. AHV-Rente und dem Nein zur Pensionskassenreform geniesst der SP-Ständerat Kultstatus.

In der Deutschschweiz ist dieser Nimbus weniger spürbar. Trotzdem hinterlassen die Vorwürfe und Unterstellungen Spuren. Und das ist für die Positionierung der SP-Bundesrätin kein Vorteil. Bereits Anfang Jahr startete sie mit wenig Vorschusslorbeeren im Innendepartement, im ersten Jahr habe sie als Bundesrätin zu wenig gemacht. Dann kam der Vorwurf nach der Niederlage im Herbst, sie habe für die Pensionskassenreform zu wenig gekämpft. Und jetzt wird sie aus den eigenen Reihen angeschossen. Der Sieg an diesem Sonntag war darum nicht nur für die Gesundheitsbranche wichtig, auch für Baume-Schneider und ihr Standing in Bundesbern. Und ja, sie hat gekämpft. Und das wird ihr von den Mitstreitern hoch angerechnet.



Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider zeigt wenig Emotionen, dabei fuhr sie am Sonntag einen wichtigen Sieg ein. Bild: Keystone

Gefährlicher Populismus - Kommentar

Seitenzahl

4

Seitenzahl

Kommentar

Anna Wanner

Ab 2028 werden nun also Gesundheitsleistungen aus einem gemeinsamen Topf der Krankenkassen und der Kantone finanziert. Mit der Vorlage wollte das Parlament der Bevölkerung auf zwei Wegen entgegenkommen: Mehr ambulante Behandlungen bedeuten weniger unnötige Spitalaufenthalte. Die Gesundheitsversorgung wird verbessert. Zudem kann durch den neuen Finanzierungsschlüssel die Prämienlast um mehrere hundert Millionen Franken gemildert werden.

Die Bevölkerung profitiert. Und doch stimmten nur 53,3 Prozent für die Reform. Den Gewerkschaften gelang es, Zweifel breit zu säen. Dabei schreckten sie auch vor Falschinformationen nicht zurück. Dass etwa die Vorlage zu einem Machtausbau der Krankenkassen führt, stimmt schlicht nicht. Oder dass Pflegebedürftige nicht mehr oder schlechter versorgt würden, ist eine unbelegte Behauptung.

Nachhaltig Schaden richten die Gegner aber mit der Unterstellung an, Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider lüge, und den Zahlen der Behörden sei nicht zu trauen. Stichhaltige Belege dafür gibt es keine. Es ist reiner Populismus. Und es ist kurzsichtig, für einen unbedeutenden Sieg das Vertrauen in die Institutionen derart zu untergraben.

Wenn die Gewerkschaften den Menschen glauben machen wollen, der Staat, die Politik, der Bundesrat verbreite Lügen und arbeite gegen das Interesse der Gemeinschaft, dann spielen sie mit dem Feuer. Wenn das Vorgehen in Abstimmungskämpfen Schule macht, ist der Schaden gigantisch: Ohne Vertrauen können wir die Übung direkte Demokratie abbrechen.

Plus de 100 milliards pour la santé

 La Liberté | 20.11.2024

Prévisions Les dépenses de santé en Suisse continueront à prendre l'ascenseur ces prochaines années.

Les dépenses de santé vont continuer à augmenter ces prochaines années jusqu'à dépenser 100 milliards de francs par année, a indiqué mardi le centre de recherche conjoncturelle de l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich (KOF). La hausse devrait être de 4,4% en 2024 (3,8% en 2023), de 3,7% en 2025 (pour un total de 102,786 milliards de francs) et de 3,4% en 2026 (106,326 milliards).

Les dépenses de santé représentaient 11,8% du produit intérieur brut (PIB) en 2023, contre 11,6% l'année précédente. Le KOF prévoit 12% en 2024, 12,1% en 2025 et 12,2% en 2026. Cette part n'était que de 9,1% en 2000. Par habitant, ça représente 10 684 francs en 2023, 11 003 francs en 2024, 11 303 francs en 2025 et 11 594 francs en 2026.

En 2025, le KOF s'attend à une légère augmentation des prix avant une tendance à la baisse d'ici à la fin de 2026. L'évolution des dépenses dans le secteur de la santé restera dominée par une augmentation des volumes. Cette situation contraste avec d'autres secteurs de l'économie tels que l'hôtellerie et la construction.

Les prévisions montrent que la prestation «soins de longue durée» continue d'enregistrer une croissance clairement supérieure à la moyenne en raison du vieillissement de la population, souligne le KOF. Cette croissance est financée par une extension des paiements cantonaux et par une augmentation plus forte de l'assurance obligatoire des soins. Cette situation devrait se traduire par des primes plus élevées, selon le KOF.

«D'un point de vue macroéconomique, l'augmentation de la part des dépenses de santé dans les dépenses totales d'une économie n'est pas problématique en soi dans une société vieillissante.» Le système de santé suisse est toutefois confronté à des défis majeurs concernant l'efficacité, la qualité et les questions de répartition liées à la numérisation et l'utilisation de l'intelligence artificielle en passant par la sécurité de l'approvisionnement en médicaments, souligne le KOF.

Les prévisions du KOF sont publiées chaque année. Cette étude est soutenue par une contribution scientifique de comparis.ch, qui met en garde contre des interventions politiques «malvenues». «Sans transparence sur la qualité, ce sont les mauvais hôpitaux qui seront fermés, tandis que d'autres seront maintenus inutilement en vie grâce à l'argent des contribuables», souligne Felix Schneuwly, de Comparis.

ATS

La médecine personnalisée en quête de réalité

 Le Temps | 22.11.2024

Le Temps - Médecine & Santé

Fondée sur la génétique et les données biomédicales, la médecine personnalisée promet de transformer les soins en les adaptant aux spécificités de chaque individu. Cette révolution médicale peut-elle s'imposer dans notre système de santé?

Yann Bernardinelli

La médecine personnalisée repose sur l'adaptation des soins aux spécificités génétiques et biologiques de chaque individu. Très prometteuse, notamment pour l'oncologie, cette approche aspire non seulement à mieux traiter les maladies, mais surtout à les anticiper.

En effet, son ambition est de passer d'une médecine réactive, qui soigne une fois la maladie déclarée, à une médecine de prévention, capable de prévoir les risques spécifiques de chaque individu et d'intervenir en amont par des recommandations personnalisées. «Actuellement, on conseille un dépistage du cancer du côlon à partir de 50 ans, âge où le risque moyen augmente pour la population générale. Mais la médecine personnalisée pourrait identifier les individus à haut risque plus tôt, pour une intervention préventive bien plus efficace», souligne Jacques Fellay, expert en génomique, infectiologie et médecine personnalisée au CHUV et à l'EPFL.

Rendue possible grâce aux avancées du séquençage génétique, de l'intelligence artificielle et de l'analyse de données, la personnalisation des soins nécessite cependant des infrastructures adaptées, des ressources et surtout des données en quantité colossale. De plus, elle soulève des questions éthiques et bouscule les bonnes pratiques de la médecine conventionnelle. Tour d'horizon.

Les données, un enjeu déterminant

Avant de rendre cette médecine sur mesure réellement opérationnelle pour chacun d'entre nous, il est crucial de collecter un volume de données sans précédent provenant de larges populations afin d'établir une base de comparaison robuste. Le séquençage génétique, les biomarqueurs et les données sur les antécédents médicaux et modes de vie sont essentiels pour évaluer les risques individuels et prédire l'apparition de maladies.

En Suisse, le Swiss Personalized Health Network (SPHN) a été mis sur pied par le gouvernement en 2016 pour structurer et partager ces données. Le SPHN a été doté d'un budget de 134 millions jusqu'en 2024. Ce financement massif a permis de mettre en place une structure et des outils numériques capables de standardiser le recueil des données, qu'elles soient trouvables, accessibles, interopérables et réutilisables. Antoine Geissbühler, membre du Comité directeur du SPHN et spécialiste des données médicales à l'Université de Genève, en fait le bilan. «Ça a l'air de peu de chose pour beaucoup d'argent, mais c'est un

véritable changement culturel qui s'est opéré depuis 2016. Nous sommes passés d'hôpitaux qui gardaient leurs données à un cadre national harmonisé de partage», dit-il.

Mais le succès de cette démarche repose aussi sur la participation des patients et des structures médicales dans un cadre éthique strict. «Le but avoué du SPHN est de transformer le système de santé en une entreprise de recherche, qu'il lui serve de base», déclare Jacques Fellay. Le défi consiste à intégrer toutes les données de santé via le dossier électronique du patient, puis de les mettre à la disposition de la recherche plutôt que d'avoir à recruter des participants pour chaque projet. «L'enjeu est de collecter suffisamment de données pour pouvoir contribuer de manière active aux avancées scientifiques et participer aux efforts internationaux comme le programme génomique européen, afin que les citoyens suisses en bénéficient rapidement», explique-t-il.

L'utilisation massive de données génétiques et biomédicales soulève de nombreuses questions éthiques. Le partage des données entre institutions médicales, bien qu'essentiel pour une recherche efficace, impose des règles strictes en matière de confidentialité et de consentement. «Nous avons mis en place des normes rigoureuses pour garantir l'accord des patients, la confidentialité et la sécurité des informations», rappelle Antoine Geissbühler. Cependant, le cadre juridique devra encore évoluer, notamment pour intégrer les données contenues dans le dossier électronique du patient, un système mis en place par les autorités helvétiques pour améliorer la coordination, la sécurité et l'efficacité des soins et qui fait l'objet d'une loi depuis 2017, la LDEP. Une enquête de la Fondation Science et Cité a révélé que le droit de ne pas savoir, la protection des données et les relations avec les assurances sont des préoccupations majeures pour les citoyens suisses. La médecine personnalisée se doit donc d'obtenir l'approbation de la société pour pouvoir avancer.

Les coûts représentent aussi un obstacle majeur. Les technologies avancées requises pour la personnalisation des soins sont particulièrement onéreuses. Dans un contexte de vieillissement de la population, et face aux contraintes budgétaires qu'il impose, il semble difficile pour le système de santé d'absorber ces frais. Stéphanie Monod, chercheuse-clinicienne à l'Université de Lausanne et Unisanté et spécialiste des systèmes de santé, avertit que «d'ici vingt-cinq ans, les personnes de plus de 80 ans vont plus que doubler et les maladies chroniques liées à l'âge vont croître fortement. Il y aura aussi moins d'actifs, ce qui aura un impact à la fois sur les ressources financières et la disponibilité en personnel de santé. Il faudra faire des choix radicaux comme définir quelles sont les prestations essentielles que nous voulons garder pour assurer le meilleur état de santé possible de la population et des soins de haute qualité.» La médecine personnalisée pourrait donc accentuer les inégalités, «notamment pour les individus à bas niveau socio-économique», s'inquiète Jacques Fellay. «Le risque est de tomber dans une médecine à deux vitesses. Pour éviter cela, il faudra réformer la LAMal, mais aussi sensibiliser et éduquer la population.»

Plus qu'une évolution

La médecine personnalisée pousse à repenser la pratique médicale traditionnelle. Les directives médicales actuelles reposent sur des données collectives et sur des preuves statistiques d'efficacité, ce qui est plus délicat à appliquer pour les traitements personnalisés. «Avec la médecine de précision, notamment pour le cancer, nous ne disposons pas de comparaison pour prouver l'efficacité d'un traitement spécifique, ce qui complique la validation des pratiques», relève Stéphanie Monod.

Nicolas Mach, oncologue aux HUG, se veut rassurant. «La médecine, dont l'oncologie, ne changera pas les paradigmes d'efficacité, avec des critères qui ont du sens comme l'amélioration du taux de survie ou de la qualité de vie. On ne doit jamais s'affranchir de cela!» insiste-t-il.

«Le danger est de tomber dans une médecine à deux vitesses. Pour l'éviter, il faudra réformer la LAMal, mais aussi sensibiliser et éduquer la population» - Jacques Fellay, expert en génomique, infectiologie et médecine personnalisée au CHUV et à l'EPFL

Cette évolution demandera donc une adaptation des méthodes d'évaluation et des protocoles de soin, sans renier les preuves. «Il y a du travail pour les statisticiens», relève Antoine Geissbühler.

Cette remise en question des pratiques marque-t-elle donc une ère nouvelle pour la médecine? «Une révolution», disaient Barack Obama et la Silicon Valley en janvier 2015 lors du lancement de la Précision Medicine Initiative, équivalent américain du SPHN. «Une évolution», corrige Jacques Fellay. «La Silicon Valley se trompe. Se baser sur les données cliniques, les modes de vie et l'environnement pour faire de la prévention est déjà au cœur de la médecine générale, voire de la médecine tout court. C'est l'inclusion de données individuelles massives qui est nouvelle, et notamment des données génétiques, mais elle n'est qu'une extension de ce qu'on fait déjà. Le génome est vaste et complexe, mais c'est juste une donnée parmi tant d'autres, il faut le dédramatiser», insiste-t-il.

Un modèle qui a du sens?

La médecine personnalisée est un projet ambitieux, ce pour quoi il reste aujourd'hui encore à l'état de recherche pour la plupart des disciplines médicales, notamment au niveau du développement de traitements. Ce fait pose la question de la pertinence de diagnostiquer des risques sans solution thérapeutique immédiate. Certains citoyens revendiquent le «droit de ne pas savoir» face à des informations génétiques angoissantes si les maladies identifiées sont incurables.

En outre, la lenteur du développement de nouveaux traitements montre que diagnostiquer des risques ne garantit pas une prise en charge. «On comprend de mieux en mieux l'infiniment petit, la médecine devient une machine à poser des diagnostics, mais elle patine pour les traitements. Si je suis identifiée à risque par un profil génétique, quelles sont les recommandations? Faire de l'exercice physique, bien manger, garder des liens sociaux et ne pas fumer?» s'interroge Stéphanie Monod. Et de rappeler: «Il ne faut pas freiner cette recherche porteuse d'espoir pour autant, mais être conscient que ça va peut-être donner quelque chose dans cinquante ans. Mais aujourd'hui il faut absorber le pic de vieillissement démographique et intégrer le passage à la neutralité carbone. C'est une question de solidarité pour les générations futures.»

Le séquençage génétique, les biomarqueurs et les informations sur les antécédents médicaux et modes de vie sont essentiels pour évaluer les risques individuels.

Pour que la santé du patient reste au centre

ENJEU L'évolution de la médecine personnalisée est rapide. Mais en se focalisant sur la génomique et la technologie, oublie-t-elle l'essentiel: la santé globale des individus?

La médecine personnalisée se développe autour des avancées en génomique et des données biomédicales, avec l'objectif de cibler les traitements au plus près des spécificités biologiques de chaque personne. Cette approche promet des progrès sans précédent, mais risque de mettre de côté le bien-être global du patient, en réduisant l'individu à ses paramètres biologiques. Cependant, des initiatives émergent pour intégrer les citoyens et patients dans la réflexion sur la santé et la recherche médicale, afin de recentrer la médecine sur des valeurs humaines et éviter un glissement vers une «technologisation» de la santé. C'est le cas du projet ECOS financé par la Fondation Leenaards, un espace de concertation sur la santé personnalisée piloté par Alain Kaufmann, directeur du ColLaboratoire de l'Université de Lausanne.

Une vision fragmentée

ECOS a réuni des chercheurs, citoyens et jeunes médecins généralistes en formation, pour tenter de définir une approche commune de la santé personnalisée. Dans les faits, il a révélé des visions divergentes: les chercheurs voient la santé personnalisée comme une avancée primordiale centrée sur les données moléculaires et la génomique, une médecine de précision et d'avenir. Par contre, les médecins généralistes relèguent la technologie et la génomique en bas de leurs priorités, les jugeant difficiles à traduire dans leur pratique quotidienne. «Ils se demandent ce qui est réellement praticable dans cette complexité technologique alors que, selon eux, certains patients ne suivent déjà pas une recommandation aussi simple qu'une prescription d'aspirine», souligne Alain Kaufmann.

Les citoyens, de leur côté, abordent la santé de façon plus holistique, intégrant les dimensions mentale, émotionnelle et spirituelle. Cette approche, qualifiée de «médecine intégrative», combine médecine conventionnelle et thérapies complémentaires. Une enquête effectuée en Suisse romande en 2022 par le Col-Laboratoire, FORS et la Fondation Leenaards montre que 79% des personnes sont en faveur d'une approche intégrative des soins. «La recherche médicale doit évoluer pour intégrer les approches basées sur des preuves et les sciences sociales participatives pour tenir compte de ces besoins», commente-t-il.

Une recherche d'équilibre

Face aux enjeux de la médecine personnalisée, les initiatives citoyennes apparaissent essentielles pour faire entendre une vision de la santé plus en phase avec les attentes des personnes concernées. ECOS, parmi d'autres initiatives, a permis de créer un lien entre citoyens et cliniciens, posant ainsi les bases d'une nouvelle manière de collaborer. «Grâce au soutien de la Fondation Leenaards, le projet a donné naissance à une communauté de pratique autour de la santé intégrative, et a notamment contribué à lancer la Revue de santé intégrative, éditée par Médecine et Hygiène, ou encore le jeu de cartes PANORAMA, développé avec des citoyens et des professionnels de santé pour orienter les patients dans le vaste paysage des soins. Ce jeu conçu avec des citoyens a fait suite à l'enquête montrant que plus de 80% des personnes interrogées souhaitaient avoir affaire à une personne capable de les orienter dans les parcours de soins conventionnels et complémentaires», continue Alain Kaufmann.

La demande d'une approche intégrative de la santé personnalisée n'exclut pas la médecine de précision, celle du tout technologique, mais appelle à une coordination entre les soins conventionnels et les pratiques complémentaires. Cette aspiration à une santé inclusive nécessite une coopération active entre citoyens et professionnels. «Il faut que des mouvements citoyens s'organisent pour collaborer avec les professionnels de santé. On ne peut pas attendre que les institutions changent toutes seules», conclut Alain Kaufmann. **Y. B.**

Les dernières avancées marquantes

La médecine personnalisée promettait de tout guérir. Quels sont aujourd'hui les secteurs médicaux où cette approche sur mesure fait réellement la différence?

La médecine personnalisée, annoncée comme une révolution, affiche aujourd'hui des résultats concrets. En Suisse, la Swiss Personalized Health Network (SPHN) concentre désormais ses efforts sur quatre priorités: l'oncologie, la pédiatrie, les soins intensifs et, plus surprenant, la médecine inutile. L'objectif de cette dernière est d'«identifier les examens et les traitements dont l'efficacité reste limitée, pour réduire les coûts et améliorer la pertinence et la qualité des soins», précise Antoine Geissbühler, membre du Comité directeur de la SPHN.

L'oncologie est sans conteste la discipline la plus avancée en la matière. Grâce aux progrès en thérapies cellulaires et en immunothérapie, les traitements renforcent le système immunitaire des patients afin qu'il puisse combattre le cancer de façon ciblée. «Avec les thérapies cellulaires, ce sont le plus souvent les propres cellules du patient qui sont nécessaires, ce qui représente le traitement personnalisé par excellence, le patient apportant une partie de son médicament», explique Nicolas Mach, oncologue aux HUG, «et les thérapies ciblées utilisent le profil génétique des tumeurs pour identifier les mutations spécifiques et sélectionner les traitements les plus adaptés».

Génétique et génomique comme clés

Les soins intensifs génèrent énormément de données, car les patients y sont analysés sous tous les angles. La médecine personnalisée aide à y voir plus clair en intégrant l'ensemble des données traditionnelles et des nouvelles technologies. Par exemple, les tests génétiques de détection des maladies génétiques ou rares peuvent être cruciaux. «Ces tests sont utiles pour les personnes qui sont aux soins intensifs pour des causes non identifiées, notamment en pédiatrie. Ils permettent souvent de poser un diagnostic et d'appliquer un traitement. Même s'il n'en existe pas, l'analyse peut aider à la prise de décisions, comme l'arrêt des soins», complète Jacques Fellay, expert en génomique au CHUV et à l'EPFL.

Mais les applications de la médecine personnalisée s'étendent au-delà des axes de développement de la SPHN. La pharmacogénomique en est un bel exemple. «Nous ne savons pas toujours prescrire le bon médicament au bon moment et, pour cela, la génomique ouvre des perspectives importantes», souligne Jacques Fellay. Elle permet, par exemple, d'ajuster les doses de médicaments aux profils génétiques des patients, ce qui réduit les effets secondaires. Cette méthode se révèle particulièrement utile dans le traitement des troubles psychiatriques et des maladies cardiovasculaires.

Utilisée encore majoritairement au stade de la recherche, la médecine personnalisée continue d'avancer et de transformer les pratiques médicales. **Y. B.**

LU – Wiedereinstieg Pflege: «Berufs- und Lebenserfahrung sind gefragt»

 Luzerner Zeitung | 22.11.2024

Nina Vogler war während acht Jahren nicht in der Pflege tätig. Sie hat den sinnstiftenden Beruf vermisst und wollte mit Menschen mit Demenz arbeiten. Der Wiedereinstieg ist ihr zusammen mit der Familie und der Arbeitgeberin gelungen.

Text: Matthias Rem, Bild: Izedin Arnautovic

«Als Kind wusste ich schon, dass ich eine sinnstiftende Tätigkeit ausüben möchte. Ich war in unterschiedlichen Bereichen tätig und nachdem die Kinder etwas grösser waren, habe ich mich mit 37 Jahren für die Ausbildung in der Pflege entschieden. Die Abwechslung und die Zusammenarbeit mit Menschen haben mir sehr zugesagt», sagt Wiedereinsteigerin Nina Vogler. Mit der Geburt der Enkelkinder hat sie während acht Jahren nicht mehr in der Pflege gearbeitet. Vor dem Wiedereinstieg als Pflegefachfrau hatte sie Respekt, beispielsweise aufgrund der fortgeschrittenen Digitalisierung in der Pflege.

Auf Arbeitgeberin zugehen

Nina Vogler, diplomierte Pflegefachfrau, fasste den Mut und ging im Jahr 2021 auf Cécile Hüsken, Leitung Pflege und Betreuung im Sunneziel Meggen, zu. Rückblickend sagt sie dazu: «Dieser Schritt war sehr wichtig für mich. Von meiner Familie und der Arbeitgeberin wurde ich sehr gut unterstützt und begleitet. So konnte ich in einer einjährigen Weiterbildung mein Wissen auffrischen und erweitern. Im Team profitieren wir von den unterschiedlichen Berufs- und Lebenserfahrungen. Diese Erfahrungen sind gefragt und geschätzt von Bewohnenden, Angehörigen und im Team.»

Mehr Erfahrungen online

Auf wiedereinsteigen.ch geben unterschiedliche Fachpersonen in der Pflege einen Einblick in ihren Weg und wo sie arbeiten. Auch sind rund 40 Arbeitgeberinnen innerhalb der gesamten Zentralschweiz zu finden, welche eine spezifische Ansprechperson zum Wiedereinstieg haben. Diese stellen individuell passende Begleitung zur Verfügung und bieten die Möglichkeit, das Wissen aufzufrischen. «Bewerbungen sind natürlich in allen 250 Alters- und Pflegezentren, Spitälern und Spitex-Organisationen der Zentralschweiz willkommen», sagt Jutta Klein, Co-Leiterin XUND.

Breit abgestützt

Die Kampagne wiedereinsteigen.ch ist unter der besonderen Trägerschaft der Gesundheitsverbände Curaviva Zentralschweiz – Bildung, Curaviva Weiterbildung, Spitex Zentralschweiz, Spitäler Zentralschweiz, SBK Zentralschweiz, XUND OdA sowie den sechs Kantonen Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug entstanden. «Die Zusammenarbeit der Arbeitgebenden- und Arbeitnehmendenvertretenden sowie aller Zentralschweizer Kantone zeigt, welche Bedeutung den Wiedereinsteigenden zukommt», führt Jutta Klein weiter aus. XUND hat zudem ein Beratungsangebot für diejenigen, die gerne ein persönliches Gespräch rund um die Laufbahn führen möchten.



Nina Voger, dipl. Pflegefachfrau Sunneziel Meggen, macht Mut für den Wiedereinstieg.

PHARMA

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Les génériques jugés trop chers

 La Liberté | 20.11.2024

Monsieur Prix a constaté le caractère excessif des prix pratiqués en Suisse pour les 20 substances actives dont le brevet a expiré et qui génère un chiffre d'affaires important. Les génériques les moins chers coûtent deux fois plus que dans les 15 pays de comparaison.

Les médicaments originaux dont les brevets ont expiré ne coûtaient en moyenne que 62% du prix suisse dans les pays de comparaison, écrit le Surveillant des prix Stefan Meierhans dans sa lettre d'information publiée mardi.

Le générique le moins cher était disponible à l'étranger pour 39% du prix suisse. Au Royaume-Uni, on ne payait en moyenne que 16% du prix helvétique. **ATS**

PHARMA


[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Überhöhte Preise für Generika

 Tages-Anzeiger | 20.11.2024

Preisüberwacher - Beim Auslandvergleich von 20 patentabgelaufenen und umsatzstarken Wirkstoffen hat Preisüberwacher Stefan Meierhans stark überhöhte Schweizer Preise festgestellt. Die günstigsten Generika waren demnach mehr als doppelt so teuer wie in den 15 Vergleichsländern. Die Originalmedikamente mit abgelaufenen Patenten kosteten dort im Durchschnitt 62 Prozent des Schweizer Preises, wie Meierhans gestern in seinem Newsletter mitteilte. Das jeweils günstigste Generikum war im Ausland für 39 Prozent des Schweizer Preises erhältlich. Selbst im teuersten Vergleichsland Spanien kostete das günstigste Generikum 27 Prozent weniger. **(SDA)**

ZH – Das Zürcher Parlament will den Ärztemangel mit einer «drastischen Erhöhung» der Studienplätze bekämpfen

 [nzz.ch](https://www.nzz.ch) | 18.11.2024

Der Regierungsrat muss prüfen, wie bis 2028 zusätzliche 500 Plätze im Medizinstudium geschaffen werden könnten. Im Vergleich zu heute entspräche das mehr als einer Verdoppelung.

Jan Hudec

Privat hat Josef Widler das Problem schon gelöst. Der 70-jährige Mitte-Kantonsrat hat für seine Hausarztpraxis eine Nachfolgerin gefunden – seine Tochter. Für viele Praxen und Spitäler ist genau dies heute aber schwierig geworden, denn in der ganzen Schweiz fehlt der Ärztenachwuchs. Deshalb will Widler die Sache nun auf breiterer Ebene anpacken.

Die Gründe für das Problem sind rasch benannt: Es werden zu wenige Ärztinnen und Ärzte ausgebildet. Zudem verlassen viele schon kurz nach oder gar während der Ausbildung den Beruf. Momentan schliessen die Spitäler und Praxen die Lücke mit ausländischen Medizinern. Fast vierzig Prozent der hiesigen Ärzte haben ein ausländisches Diplom.

Es ist aber fraglich, ob dies eine nachhaltige Strategie ist. Denn die umliegenden Länder haben die gleichen Probleme. Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr Personen in einem Alter sind, indem sie häufiger medizinische Behandlungen brauchen. Zugleich kommen weniger junge Menschen nach, die sich um sie kümmern könnten.

Und in der Schweiz dürfte sich die Situation bald zuspitzen. Die Ärzte der Babyboomer-Generation gehen in Pension, und die jungen Mediziner wollen vermehrt Teilzeit arbeiten. Um dem entgegenzuwirken, gibt es zwei Strategien: mehr eigene Ärztinnen und Ärzte ausbilden – und dafür sorgen, dass sie im Job bleiben.

Parteien von SVP bis SP unterstützen die Idee

Widler fordert, beides zu tun. Dazu hat er zwei Vorstösse im Parlament eingereicht. Einer davon war am Montag im Kantonsrat erfolgreich. Das dringliche Postulat verlangt vom Regierungsrat, zu berechnen, wie viel es kosten würde und was sonst nötig wäre, um bis 2028 500 zusätzliche Studienplätze zu schaffen.

Denn Interessenten für das Medizinstudium gäbe es genug. 2022 hätten sich 6147 Personen um 2172 Studienplätze beworben, schreibt Widler in seinem Vorstoss. Fast 4000 Personen seien also abgewiesen worden, weil es an Studienplätzen mangle. «Unter den Abgewiesenen sind über 500 Bewerberinnen und Bewerber, die die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Abschluss des Studiums erfüllen und den Arztberuf erfolgreich ausüben könnten», heisst es im Text weiter.

Um dem Ärztemangel entgegenzuwirken, sei es unumgänglich, die Zahl der Ausbildungsplätze drastisch zu erhöhen – heute bietet die Universität Zürich knapp 400 Studienplätze an. Es gelte, sofort aktiv zu

werden, denn vom Studienbeginn bis zum Abschluss der Facharztausbildung brauchen die angehenden Mediziner zwölf Jahre.

Widler konnte für seine Idee den ganzen Kantonsrat gewinnen, Parlamentarier von SVP bis SP unterzeichneten das Postulat mit. Am Montag wurde das Geschäft denn auch diskussionslos an den Regierungsrat überwiesen. Dieser hatte zuvor bereits mitgeteilt, dass er bereit sei, das Postulat entgegenzunehmen. Bis in einem Jahr muss die Regierung nun Antworten liefern. Wenn die Sache erst einmal mit einem Preisschild versehen ist, dürfte das Thema im Parlament kontroverser diskutiert werden.

Pflegepraktikum soll obligatorisch werden

[Widlers zweiter Streich](#) ist eine Motion, die ein verbindliches Pflegepraktikum für angehende Medizinstudenten fordert. Junge Ärztinnen und Ärzte sollen dadurch frühzeitig einen Einblick in den Berufsalltag erhalten. Dies soll verhindern, dass sich der Nachwuchs ein falsches Bild macht und schliesslich desillusioniert aus dem Job aussteigt. Die Motion wird im Kantonsrat noch behandelt. Neben der Mitte unterstützen aber auch FDP, GLP und SP, die gemeinsam eine Mehrheit im Parlament bilden, das Vorhaben.

Den jungen Ärzten wären indes andere Massnahmen wichtiger, namentlich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. In diesem Bereich konnte der Zürcher Verband der Assistenz- und Oberärzte am Montag einen Erfolg bekanntgeben. Man habe sich mit dem Unispital Zürich darauf geeinigt, die wöchentliche Soll-Arbeitszeit für Assistenzärzte in den kommenden vier Jahren schrittweise von 50 auf 46 Stunden pro Woche zu senken. Von den 46 Stunden sollen 4 für Weiterbildung reserviert sein.