

Inhaltsverzeichnis

H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Angehende Ärztinnen und Ärzte kämpfen mit dem Berufseinstieg

 Radio SRF 4 News | 21.06.2026

Thomas Straubhaar: «Viele in der Pflege können nicht Nein sagen» - Interview

 Medinside (de) | 20.06.2026

Physioswiss startet Tarifoffensive in 26 Kantonen

 Medinside (de) | 17.06.2026

Primes 2027 dans le flou

 La Liberté | 20.06.2026

Ein Ziel, zwei Lager: Der Kampf um die Zukunft der Physiotherapie

 Medinside (de) | 19.06.2026

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Was EFAS nicht löst – und warum Entscheidungsgremien sie lieber ignorieren - Gastbeitrag von Dominik Moser

 Medinside (de) | 22.06.2026

Die Radiologie lastet immer schwerer auf dem Gesundheitswesen

 srf.ch | 20.06.2026

Bundesrat bündelt Daten zu übertragbaren Krankheiten auf digitaler Plattform

 netzwoche.ch | 16.06.2026

Aktion auf Bundesplatz: Physios blasen zum Angriff

 SRF 1 | 16.06.2026

Le nouveau système de tarification Tardoc multiplie les rendez-vous médicaux des patients

 rts.ch | 21.06.2026

Spitäler zahlen Millionen für gescheitertes Projekt

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.06.2026

So will der Bundesrat die Medikamentenversorgung stärken

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 20.06.2026

Pour Elisabeth Baume-Schneider, les salaires de certains radiologues sont "difficilement acceptables"

 RTS 1 | 19.06.2026

PHARMA

Ces médicaments à 200 millions par an inquiètent les assureurs suisses

 watson.ch (fr) | 22.06.2026

Les erreurs médicamenteuses restent fréquentes

 24 heures | 16.06.2026

KANTONAL / REGIONAL

VD – Les institutions vaudoises absorbent les coupes budgétaires de 2026, mais l'avenir inquiète

medviu

Medviu AG, +41 71 330 03 75, contact@medviu.ch, www.medviu.ch

Verwendung zum Eigengebrauch gemäss Art. 19 URG. Die Aufnahme in betriebsinterne Presse- bzw. Medienspiegel ist gegenüber der ProLitteris (www.prolitteris.ch) zu vergüten.

NE – La CSS ajoute Neuchâtel à sa liste de réseaux de soins intégrés

 Medinside (fr) | 19.06.2026

NE – Integrierte Gesundheitsversorgung im Kanton Neuenburg

 HZ Insurance | 19.06.2026

SPITÄLER

NE – Beleidigungen und Sexismus: Es brodelt in Neuenburgs OP-Sälen

 srf.ch | 20.06.2026

SH – Millionenpolster für den Spitalneubau

 Schaffhauser Nachrichten | 16.06.2026

ZH – Spital Wetzikon erhält mehr Zeit für Verkaufsverhandlungen

 Linth-Zeitung | 16.06.2026

PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

Zentralschweiz - Triaplast mit kleinem Gewinn

 Zuger Zeitung | 16.06.2026

KRANKENKASSEN

prio.swiss-Chefin Saskia Schenker: «Immer mehr erhalten die Abnehmspritze» - Interview

 CH Media national | 16.06.2026

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Angehende Ärztinnen und Ärzte kämpfen mit dem Berufseinstieg

 Radio SRF 4 News | 21.06.2026

Trotz Ärztemangel sorgen sich Medizinstudenten und angehende Ärztinnen, den Einstieg ins Berufsleben nicht zu schaffen. Denn aus ihrer Sicht gibt es zu wenige passende Weiterbildungsstellen in den Spitälern. Auf dieses Problem ist nun auch die Politik aufmerksam geworden.

 [Audio starten, Dauer: 04:44](#)

Thomas Straubhaar: «Viele in der Pflege können nicht Nein sagen» - Interview

 Medinside (de) | 20.06.2026

Der Multi-Spitalverwaltungsrat Thomas Straubhaar über die Pflegeinitiative, den Fachkräftemangel und die Frage, weshalb das «Bülacher Modell» nicht auch in Sarnen eingeführt wird.

Claude Chatelain

Herr Straubhaar, finden Sie es richtig, dass die Pflegeinitiative nicht umgesetzt wird?

Thomas Straubhaar: Grundsätzlich sind Verfassungsaufträge umzusetzen. Aber ich finde es falsch, operative Details und Arbeitsbedingungen für eine bestimmte Berufsgruppe schweizweit gesetzlich, für alle genau gleich, ohne Berücksichtigung von Bedürfnissen der Betriebe und der Mitarbeitenden festzulegen.

Also finden sie es richtig, dass die Initiative nicht umgesetzt wird.

Mit den Anliegen bin ich zu einem guten Teil einverstanden. Aber man muss schauen, auf welcher politischen Ebene welche Regelungen eingeführt werden: auf Bundes- oder auf kantonaler Ebene oder im Unternehmen selbst. Man kann doch nicht in Genf oder zum Beispiel in Sarnen die gleichen Arbeitsbedingungen erwarten.

Mit anderen Worten: kein Handlungsbedarf in der Pflege. So weiterfahren.

Überhaupt nicht. Wie gesagt, die Stossrichtung der Initiative ist richtig; die Umsetzung mit einem schweizweit einheitlichen Berufsgesetz ist jedoch falsch. Der Fachkräftemangel ist eine Tatsache. Die Spitäler sind gefordert, bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen, sonst laufen ihnen die Leute davon.

Was heisst das?

Bessere Arbeitsbedingungen heisst, viele gezielte und bedürfnisgerechte Massnahmen im Unternehmen umzusetzen, die kaum kosten werden. Aber einige werden natürlich zusätzliche Kosten verursachen. Und diese Kosten müssen durch höhere Tarife abgegolten werden.

Thomas Straubhaar war in den Nullerjahren stellvertretender Spitalamtsvorsteher im Kanton Bern. Nach einem Engagement in der Berner Klinik Sonnenhof folgten Stationen unter anderem als selbständiger CEO a.i. beziehungsweise Geschäftsführer im Spital Bülach, in der Klinik Lengg in Zürich, der Klinik Siloah in Gümligen und der Reha-Gruppe Zuzach Care.

Nun ist der 68-jährige Spitalratspräsident des Kantonsspital Obwalden (bis Ende Juni), Verwaltungsratspräsident des Spitals Bülach und seit zwei Jahren auch bei der Spital STS AG in Thun. Im Spitalzentrum Biel und in der Forel-Klinik ist er Mitglied des Verwaltungsrates.

Zur Finanzierung kommen wir noch. Zuerst zu den Arbeitsbedingungen. Der Nationalrat wollte nichts davon wissen, die maximale Höchstarbeitszeit von 50 auf 45 Stunden zu reduzieren.

Das ist auch richtig so. Die maximale Höchstarbeitszeit ist auch nicht das Problem. Im Gegenteil: Warum soll der Gesetzgeber verbieten, dass eine Pflegefachkraft im Winter mehr arbeitet, um im Sommer zwei Monate Ferien einzuziehen?

Was hat das mit der maximalen Höchstarbeitszeit zu tun?

Es gibt Pflegefachkräfte, die wollen über die normale Wochenarbeitszeit von 42 Stunden hinaus arbeiten und Überstunden ansammeln, damit sie länger Ferien machen können. Warum soll der Gesetzgeber das verbieten? Das müssen Arbeitgeber und Arbeitnehmer miteinander vereinbaren. Wir brauchen mehr Flexibilität, die den Bedürfnissen der heutigen Generation gerecht werden.

Was heisst denn für Sie bessere Arbeitsbedingungen? Man sagt ja immer, an den Löhnen liege es nicht, sondern am Stress.

Ein Problem ist vielfach, dass aufgrund von Krankheit oder zusätzlicher Arbeit mehr Pflegende arbeiten müssen, um den Pflegedarf abzudecken. Dann wird herumtelefoniert, um Mitarbeitende zu einer zusätzlichen Schicht zu motivieren. Das ist äusserst unbeliebt, weil viele in der Pflege schlecht Nein sagen können, sie ihr Team nicht im Stich lassen wollen, obschon sie bereits andere Verpflichtungen haben. Das führt unter anderem zu Stresssituationen.

Also sind wir beim «Bülacher Modell» (siehe Kasten)

Genau. Es ist ein Ansatz, diese Situation zu verbessern. Das Modell besteht aus vier Stufen: «Fix», «Flex Day», «Flex» und «Super Flex». Flexibilität in der Dienstplanung und Spontaneität werden mit Zulagen belohnt. Die Stufe Fix hat einen Grundlohn, feste Arbeitszeiten, keine Nachtdienste. Und wer Fix wählt, muss nicht befürchten, an Freitagen behelligt zu werden.

Bülacher Modell im Überblick

	FIX	FLEX DAY	FLEX	SUPERFLEX
	Feste Arbeitszeiten	Feste Arbeitszeiten	Reguläre Dienstplanung	Flexible Planung
	Keine Nachtdienste	Keine Nachtdienste	Nachtdienste	Nachtdienste
		Mind. 12x Einspringen oder Dienst abtauschen pro Jahr	Mind. 12x Einspringen oder Dienst abtauschen pro Jahr	Mind. 18x Einspringen oder Dienst abtauschen pro Jahr
	Grundlohn	Grundlohn	Grundlohn	Grundlohn
		Zulage: 100 Franken pro Monat	Zulage: 200 Franken pro Monat	Sofortzahlung Zusatzstunden
				Zulage: 350 Franken pro Monat

Und? Hat es sich bewährt?

Das Modell wird nun seit drei Jahren angewandt. Die Fluktuation ist von 17.6 auf 5.7 Prozent gefallen, die Absenzquote sank von 5.13 auf 3.69 Prozent. Zudem haben wir massivst weniger Einsätze von Temporärmitarbeitenden. Die Zahl sank von 856 auf lediglich noch 4 Einsätze im Jahr.

Welche Stufe ist die beliebteste?

Das kann man so generell nicht sagen. Mitarbeitende wählen die Stufe, welche gerade am besten zu ihrer persönlichen Lebenssituation passt. Personen mit Bedarf an hoher Planungssicherheit wählen «Fix».

Mitarbeitende, die sehr flexibel sind und auch einspringen wollen, auch um mehr Geld zu verdienen, wählen «Superflex». Die Verteilung ist etwa ein Viertel im «Fix», die Hälfte in den Flex Stufen und ein Viertel im «Superflex».

Warum führen Sie das Bülacher Modell nicht auch im Kantonsspital Obwalden ein?

Jedes Spital ist anders, deshalb bin ich ja auch gegen schweizweit einheitliche Lösungen. Das Bülacher-Modell ist eine spannende und erfolgreiche Lösung, die auf die spezifischen Rahmenbedingungen des Spitals Bülach zugeschnitten wurde. Es gibt aber keine Patentlösung, die andere Spitäler einfach kopieren können.

Was ist denn beim Kantonsspital Obwalden in Sarnen anders?

Das Kantonsspital Obwalden verfügt über andere strukturelle Voraussetzungen. Als regional verankertes Spital profitiert es von einer hohen Identifikation seiner Mitarbeitenden mit dem Betrieb sowie von etablierten, bereits seit längerer Zeit eingeführten flexiblen Arbeitszeitmodellen. Zudem ermöglicht die überschaubare Grösse eine direkte und individuelle Personalführung. Die Spitalverantwortlichen prüfen jedoch laufend, welche Ansätze die Attraktivität als Arbeitgeber verbessern und seitens der Mitarbeitenden gewünscht werden.

Der Spitalverband lehnt eine generelle Pflicht zum Verhandeln von Gesamtarbeitsverträgen ab. Wie stehen Sie dazu?

Wir haben im Kanton Bern gute Erfahrungen mit einem GAV, der seit über 25 Jahren im Kraft ist, gemacht. Die Zürcher Spitäler haben keinen GAV; doch das Beispiel Bülach zeigt, dass es ohne auch geht. Wir setzen uns mit den Anliegen und Bedürfnissen der Mitarbeitenden intensiv auseinander – das gehört meiner Meinung nach zu den ureigensten Führungsaufgaben.

Bessere Arbeitsbedingungen heisst höhere Kosten. Wie soll das finanziert werden?

Wir brauchen bessere Arbeitsbedingungen. Man kann mit der Generation Z nicht gleich verfahren wie mit älteren Semestern. Wir als Unternehmen müssen uns anpassen. Aber viele Massnahmen gehen nicht mit höheren Kosten einher. Trotzdem, 70 Prozent der Kosten sind Personalkosten. Wenn Massnahmen zu Mehrkosten führen, müssen diese über eine höhere Baserate ausgeglichen werden. Ich sehe nicht ein, weshalb unser bereits komplexes System allfällig mit einer Spezialfinanzierung noch komplexer gemacht werden soll.

Die Baserate betrifft nur den stationären Bereich. Das Problem liegt aber im stark wachsenden und defizitären ambulanten Bereich.

Der ambulante Bereich wird über Taxpunkte und Taxpunktwerte abgegolten. Hier müssen insbesondere die Leistungen der MPA und der Pflege korrekt und endlich dem Aufwand entsprechend abgegolten werden.

Eine höhere Baserate heisst höhere Krankenkassenprämien.

Ja, das ist politisch gewollt. 61 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer haben der Pflegeinitiative zugestimmt. Sie wussten sehr wohl, dass das mit höheren Kosten einhergeht.

«Jetzt muss der Ständerat ran»

Die Pflegeinitiative wurde am 28. November 2021 mit einem deutlichen Ja-Anteil von 61 Prozent angenommen. In der Verfassung steht nun unter anderem: «Der Bund erlässt im Rahmen seiner Zuständigkeiten Ausführungsbestimmungen über anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen für die in der Pflege tätigen Personen.»

Am 21. Mai 2025 legte der Bundesrat dem Parlament die Botschaft zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor. Der Nationalrat lehnte in der Frühjahrssession 2026 die Vorschläge des Nationalrats zu grossen Teilen ab. Medinside berichtete [hier](#) darüber.

[Yvonne Ribl, Geschäftsführerin des SBK](#), sagte darauf auf Medinside: «Jetzt muss der Ständerat ran. Wir fordern alle Mitglieder im Zweitrat auf, den Volkswillen zu respektieren. Dazu braucht es substanzielle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen für die Pflege.»

Am 1. September 2026 wird sich die vorberatende Kommission des Ständerats damit befassen.

Physioswiss startet Tarifoffensive in 26 Kantonen

 [Medinside \(de\)](#) | Physioswiss | 17.06.2026

Damit ist die nächste Front im Physiotherapie-Tarifstreit eröffnet. Der Slogan: «100% geben. 70% bekommen. Finden Sie das gerecht?»

Physioswiss hat 26 Petitionen in 26 Kantonen gestartet: Der Verband fordert damit landesweit eine «adäquate und faire Vergütung». Die Petitionen richten sich an die kantonalen Gesundheitsdirektionen. Ihr Ziel: Die Taxpunktwerte sollen steigen.

Im Hintergrund steht, dass das KVG-Tarifsystem in der Physiotherapie per Anfang 2027 angepasst werden soll. Der Entwurf, den H+, Prioswiss und Physioswiss beim Bundesrat zur Bewilligung einreichen, modernisiert das System und das Prinzip – doch er stiess nach Bekanntgabe der Details auf erheblichen Widerstand: Viele Physiobetriebe sahen Schwächen, etwa bei der Vergütung der Erstbehandlung, des administrativen Aufwands oder der mobilen Betreuung.

Unter Führung der Physiounternehmen-Organisation SwissODP lief zuvor bereits eine andere Protestpetition, die bislang über 17'000 Unterschriften sammelte. Die Forderung dort: ein Tarif, der pro Physiotherapeutin oder Physiotherapeut einen Bruttoumsatz von 140 Franken pro Stunde ermöglicht.

Physioswiss betonte von Anfang an, dass der entscheidende Hebel nicht beim System liegt – sondern dass es nun darum geht, die Taxpunktwerte zu erhöhen. Die neue Struktur bilde die physiotherapeutischen Leistungen sachgerechter und zeitgemässer ab als das alte System. Sie schaffe die Grundlage für die nächsten Schritte.

«Endlich gerecht»

Und darum geht es nun. Seit mittlerweile fast dreissig Jahren hinken die Tarife in der Physiotherapie der Inflation hinterher. Mit der Kampagne «100% geben. 70% bekommen. Finden Sie das gerecht?» macht Physioswiss auf die Diskrepanz aufmerksam. Auf dem Bundesplatz veranschaulichte an diesem Dienstag eine um dreissig Prozent verkürzte Physiotherapie-Liege die Botschaft der Kampagne.

Mit den Einkaufsgemeinschaften der Krankenkassen konnte zuvor keine Einigung erzielt werden; deshalb hat Physioswiss nun Anträge an alle kantonalen Gesundheitsdirektoren gestellt.

«Die Physiotherapie wird für die Gesundheitsversorgung immer wichtiger. Damit sie auch künftig für alle zugänglich bleibt, braucht es Vergütungen, die den Leistungen endlich gerecht werden», sagt Physioswiss-Präsidentin Mirjam Stauffer. Faire Tarife seien Voraussetzung für eine gesicherte Versorgung der Bevölkerung.

Primes 2027 dans le flou

 La Liberté | 20.06.2026

Le passage au tarif ambulatoire Tardoc retarde les factures et complique le calcul des primes-maladie

Sophie Gremaud

Santé - Tant attendu, le remplacement du tarif médical Tarmed, jugé obsolète, par le nouveau système Tardoc et les forfaits ambulatoires s'accompagne de quelques effets secondaires indésirables. Cette réforme – appliquée depuis le 1er janvier 2026 à l'ensemble des soins ambulatoires – entraîne des retards de facturation.

Or, c'est entre autres sur ces factures que les assureurs se basent pour calculer les primes de l'année suivante. Si une partie d'entre elles tarde à arriver, c'est un élément important de l'équation qui fait défaut. Dès lors, faut-il craindre que les primes-maladie 2027 ne soient fixées à l'aveugle? Eléments de réponse.

1 - Plusieurs mois de retard

L'abandon de Tarmed poursuivait un double objectif: moderniser et simplifier les processus. Mais avant que le paquebot des prestations ambulatoires n'atteigne son rythme de croisière, encore faut-il réussir à le mettre dans la bonne direction.

Contactées par La Liberté, la Société vaudoise de médecine, la Société de médecine du canton de Fribourg ainsi que la FMH se veulent rassurantes: dans les cabinets privés, la transition vers le nouveau système tarifaire ambulatoire s'est, dans l'ensemble, bien déroulée. En réalité, les retards observés se concentrent surtout dans les services ambulatoires des hôpitaux.

«Une enquête menée fin avril auprès des membres de H+ montre que la mise en œuvre du nouveau système tarifaire ambulatoire a largement démarré, mais que son fonctionnement n'est pas encore stable dans de nombreux établissements», confirme Dorit Djelid, porte-parole de la faïtière des hôpitaux H+. Si environ les trois quarts des établissements interrogés ont transmis leurs premières factures aux assureurs, la majorité ne peut toutefois traiter complètement qu'une minorité des cas ambulatoires.

Dans le détail, la situation varie fortement d'un établissement à l'autre. L'HFR évoque un retard d'environ trois mois dans la facturation ambulatoire par rapport aux années précédentes. Au CHUV, la situation est plus marquée encore: l'hôpital indiquait à la mi-juin ne pas avoir encore débuté la facturation des prestations ambulatoires 2026. L'établissement prévoit un démarrage dans le courant de l'été, avec un rattrapage progressif d'ici à l'automne, précisant qu'un changement interne de logiciel administratif et de facturation est venu s'ajouter aux difficultés liées à la transition vers Tardoc.

2 - Un changement de système complexe

«Les causes des retards de facturation ne tiennent pas à un seul facteur, mais à la complexité globale du changement de système», souligne Dorit Djelid. En quelques mois, hôpitaux et cabinets ont dû adapter leurs logiciels et leurs procédures à un système entièrement nouveau. Or, certains outils informatiques n'étaient pas encore pleinement opérationnels, voire encore «immatures», au moment de l'entrée en vigueur de la réforme.

A cela s'ajoutent, selon les acteurs du terrain, des changements de règles de facturation «de dernière minute», des divergences d'interprétations entre assureurs, fournisseurs de prestations et éditeurs de logiciels, ainsi qu'un renforcement des exigences en matière de contrôle des factures par les assureurs. Autant d'éléments qui ont fait tousser la mécanique administrative.

3 - Un calcul et des inconnues

Outre les tensions de trésorerie qu'elle engendre dans certains hôpitaux – contraints de poursuivre leurs prestations sans pouvoir les facturer normalement (lire ci-dessous) –, la situation pourrait aussi se répercuter sur le porte-monnaie des assurés.

La détermination des primes d'assurance-maladie pour l'année suivante relève en effet d'un calcul complexe, à plusieurs inconnues. «Les assureurs fixent leurs primes en estimant les coûts de santé de l'année à venir. Ils prennent en compte les dépenses médicales attendues, le profil de risque de leurs assurés, les frais administratifs ainsi que les réserves nécessaires», explique Christophe Kaempf, au nom de l'association de branche des assureurs-maladie suisses prio.swiss.

Chaque assureur effectue ses propres projections et soumet ses propositions de primes à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) avant le 31 juillet. Celles-ci sont ensuite contrôlées et approuvées par l'autorité fédérale, avant leur publication – tant attendue – à la fin du mois de septembre. «Le rattrapage de la facturation 2026 ne sera vraisemblablement achevé que progressivement d'ici à l'automne, période à laquelle les primes 2027 sont précisément arrêtées. Les assureurs pourraient dès lors ne pas disposer d'un volume de données suffisant pour une image complète», nous confie le CHUV.

4 - Des conséquences sur les primes?

Ce n'est pas la première fois que l'introduction d'une nouvelle structure tarifaire s'accompagne de retards dans la facturation et complique temporairement le calcul des primes. Une situation comparable s'était déjà produite en 2012 lors de l'introduction du tarif hospitalier stationnaire, rappellent les acteurs du secteur. Reste que le passage à Tardoc concerne «une part légèrement plus importante des prestations. Cela accroît l'incertitude quant aux prévisions de coûts pour 2027», reconnaît Reto Hügli, porte-parole de l'OFSP.

Prio.swiss admet également que «l'établissement de primes adéquates est certainement plus complexe cette année», tout en rejetant l'idée d'un «calcul à l'aveugle»: les assureurs-maladie disposent d'une «longue expérience dans le calcul des primes» qui leur permet de «réduire au minimum les effets des différents facteurs d'incertitude».

En l'état, les assurés ne devraient donc pas subir de répercussions directes sur le montant de leurs futures primes-maladie. L'OFSP assure suivre de près l'introduction du nouveau tarif et les incertitudes qui l'entourent, en en faisant un point d'attention particulier dans le contrôle des primes. Comme chaque année, l'office a par ailleurs mandaté une division de l'EPF de Zurich pour établir des prévisions indépendantes des coûts de l'assurance obligatoire des soins.

Les acteurs du domaine rappellent enfin que la réforme a été conçue dans un cadre de neutralité des coûts: la loi exige qu'un changement de modèle tarifaire n'entraîne pas, en soi, de charges supplémentaires pour le système de santé.

L'HFR évoque un retard d'environ trois mois dans la facturation ambulatoire par rapport aux années précédentes

Un trou dans la trésorerie

Les hôpitaux continuent d'assurer leurs prestations ambulatoires normalement, mais sans pouvoir les facturer dans des délais habituels. Avec des répercussions directes sur leur trésorerie.

«Beaucoup d'établissements ne disposent pas de réserves suffisantes pour compenser ces retards de facturation. Cela pèse directement sur leur marge de manœuvre financière et entraîne des coûts supplémentaires lorsqu'ils doivent recourir à des crédits sur les marchés financiers», avertit Dorit Djelid, porte-parole de la faîtière des hôpitaux H+. Celle-ci indique s'engager en faveur de solutions transitoires afin de garantir la stabilité financière des institutions durant cette phase de transition.

L'Hôpital cantonal fribourgeois estime ainsi le manque de liquidités dans le secteur ambulatoire à «au minimum l'équivalent de trois mois d'activité».

Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui traite plus de 950 000 factures par an, dont environ 90% pour des cas ambulatoires, ces retards se traduisent également par «un effet temporaire de trésorerie, appelé à se résorber».

«Le Grand Conseil, dans le cadre du budget 2026, a validé une augmentation du plafond du compte courant du CHUV afin d'absorber ce décalage. Le CHUV a donc pris les dispositions nécessaires pour assurer la continuité de son fonctionnement», a précisé l'établissement vaudois. **SOG**

Ein Ziel, zwei Lager: Der Kampf um die Zukunft der Physiotherapie

 Medinside (de) | 19.06.2026

Die neue Tarifstruktur in der Physiotherapie entwickelt sich zur grössten berufspolitischen Bewährungsprobe seit Jahren. Und 35'000 Unterschriften belegen, welcher Unmut in der Branche herrscht.

Ralph Pöhner

Die Physiotherapie-Branche bietet momentan ein spezielles Schauspiel: die Schlacht der Petitionen. Zwei Unterschriftensammlungen treten quasi gegeneinander an, beide mit dem Ziel, die Lage der Physiotherapie zu verbessern – doch getragen von Organisationen, die das Heu nicht auf der gleichen Bühne haben.

Unterschriften sammelt einerseits Physioswiss mit 26 Petitionen in 26 Kantonen. Ihre Kampagne [«Für faire Physio-Tarife»](#) unterschrieben bislang rund 15'000 Menschen.

Unterschriften sammeln andererseits die «Initiative Physio140» und die Organisation SwissODP: [«Faire Physio-Tarife»](#). Hier werden inzwischen über 20'000 Signaturen vermeldet.

Zwei Seiten, ein Ziel – und ein Zank. Auf diversen Social-Media-Kanälen streitet die Physio-Szene über Versorgungsmängel und ungenügende Tarife. Der Kern: die neue Tarifstruktur. Dabei prasselt viel Kritik auf den entscheidenden Tarifpartner Physioswiss. Der Verband habe in den Verhandlungen mit H+ und Prioswiss zu wenig erreicht; er habe im Prozess die Mitglieder zu wenig involviert; er habe schlecht informiert – und am Ende das enttäuschende Resultat noch als Gewinn zu verkaufen versucht.

«Stell dir einen Anwalt vor. Er verliert deinen Prozess – und tritt danach strahlend vor die Presse: ‚Ein historischer Erfolg. Ein Meilenstein.‘ – Fragen? Nimmt er keine entgegen», [kommentierte eine Praxisinhaberin](#) den Vorgang: «Genau so fühlt es sich gerade an. Ein Ergebnis, bei dem am Ende vor allem die Krankenkassen zufrieden nicken.»

Andererseits mehrten sich die Stimmen, die nach Einigkeit rufen: Nur eine geschlossene Physio-Branche könne jetzt den nötigen Druck aufbauen, um Verbesserungen zu erreichen.

Und dass Physioswiss politisch Druck machen kann, hatte der Verband in früheren Zeiten durchaus bewiesen.

Die Kernfrage: Tarifsystem versus Taxpunktwerte

Aber worum geht es in der Sache? Einig sind sich die Parteien, dass das Tarifsystem erneuert werden muss – und dass die Physiotherapeuten in den letzten dreissig Jahren schleichend schlechter gestellt wurden.

Das neue Tarifsystem, das nach zähen Verhandlungen dem Bundesrat vorgelegt wurde, ändert daran a priori nichts. Denn es musste «kostenneutral» sein, so die Vorgabe. Womit ohnehin klar schien, dass wenig zu holen ist.

Die Vergütungsmethodik wechselt jetzt einfach von pauschalen Therapietarifen zu einem zeitbasierten Einzelleistungstarif. Das alte Modell mit Sitzungspauschalen à 30 Minuten wird durch ein detailliertes Verfahren mit Abrechnung in 5-Minuten-Einheiten ersetzt. Zugleich gibt es neue Positionen, beispielsweise Leistungen in Abwesenheit des Patienten, Robotik-Therapie und Sturzprävention.

Die Kritik entzündet sich daran, dass die Sache wohl kaum «kostenneutral» sein dürfte – sondern dass für viele Physios sogar ein Einnahmeneinbruch vorgespurt wurde. Als konkretes Beispiel nennen enttäuschte Physiotherapeuten, dass eine 30-minütige Behandlung statt mit 48 Taxpunkten künftig mit rund 44 Punkten vergütet werden soll.

«Ein Grossteil der Physiotherapeut:innen fährt mit der neuen Struktur neutral oder besser.» — Stellungnahme von Physioswiss.

Zudem, so die Befürchtung, schafft das Tarifabkommen mehr bürokratische Belastungen. Auf der anderen Seite liessen sich administrative Tätigkeiten künftig schlechter verrechnen (es sei denn, sie würden durch die Physiotherapeuten selbst ausgeführt, was die Effizienz beschädigen würde).

Dennoch: «Ein Grossteil der Physiotherapeut:innen fährt mit der neuen Struktur neutral oder besser», resümiert Physioswiss.

Vor allem setzt der Verband jetzt auf die nächste Stufe: die Taxpunktwerte. Die Taxpunkte sind das eine, deren Frankenwert ist das andere – und dieser wird in den Kantonen festgelegt. Hier soll nun massiv Druck aufgebaut werden, damit deutliche Erhöhungen beschlossen werden. Deshalb auch die 26 kantonalen Petitionen für «faire Physio-Tarife». Physioswiss erwartet, dass die Gesundheitsdepartemente die Unterfinanzierung ihrer Leistungen anerkennen und reagieren.

- [Wenn Mehrarbeit als Kostenneutralität verkauft wird. Für denselben Lohn sollen wir pro Jahr 188 Stunden mehr arbeiten.](#) Eine Beispielrechnung zur geplanten KVG-Tarifstruktur.

Die «Initiative Physio140» und die Unternehmensorganisation SwissODP erachten dies als zu optimistisch. Sie fordern zwar ebenfalls höhere Taxpunktwerte, sehen darin aber keinen Ersatz für eine missglückte Tarifstruktur. «Wir teilen die Analyse, dass die Physiotherapie unterfinanziert ist. Wir unterscheiden uns jedoch bei der Frage, wie dieses Problem gelöst werden kann», sagt «Physio140»-Mitinitiantin Alexandra Helbling; sie ist CEO der Physiozentrum-Gruppe: «Die entscheidende Stellschraube ist nicht nur der Taxpunktwert, sondern die Tarifstruktur selbst.»

Dahinter steht denn auch, dass das geplante Tarifmodell gerade die effizienten und grösseren Praxen benachteiligen könnte. Die Situation moderner Physio-Betriebe sei im neuen System ungenügend abgebildet, so die Gegenposition; zeitgemässe Angebote wie Physiotherapie@Home kommen unter die Räder.

«In vielen Kantonen wurden in der Vergangenheit Taxpunktwerte angepasst, etwa für ärztliche Leistungen; das geschah aus denselben Gründen, wie wir sie geltend machen.» — Stellungnahme von Physioswiss

Selbst wenn sich Physioswiss in den Kantonen durchsetzen könnte und zweistellige Tarifierhöhungen erreichen würde, gliche dies «für einige Praxen bestenfalls die Defizite der neuen Struktur aus», rechnet SwissODP vor: «Überdurchschnittlich aufwändig arbeitende Praxen verlieren durch die kostenneutrale Umverteilung stärker und erreichen selbst mit einer solchen Erhöhung das heutige Niveau nicht.»

Sowieso sei nicht zu erwarten, dass alle 26 Kantone brav die Taxpunktwerte erhöhen. «Dort, wo es nicht gelingt, befürchten wir regionale Versorgungslücken – tiefere Löhne, weniger Mittel für Infrastruktur und Weiterbildung sowie längere Wartezeiten für Patientinnen und Patienten.»

Was tun also bei Kantonen, die abblocken? «Es wird weitergekämpft», lautet die Antwort von Physioswiss: Aufgrund der Datengrundlage «sind wir zuversichtlich, dass die Kantone die Bedeutung der Physiotherapie für eine gute Gesundheitsversorgung anerkennen.» Und: «In vielen Kantonen wurden in der Vergangenheit Taxpunktwerte angepasst, so etwa für ärztliche Leistungen; das geschah aus denselben Gründen, wie wir sie geltend machen.»

Der Hintergrund: Wer vertritt die Branche?

Der Streit um die Sache spiegelt auch einen branchenpolitischen Bruch. Es geht um die Frage, wie sehr die Berufsvertretung Physioswiss 2026 noch die mannigfaltigen Interessen bündeln kann – von selbstständigen wie angestellten Physiotherapeuten, von Praxen aller Grössenklassen.

Per LinkedIn machte SwissODP vor wenigen Tagen das Schisma deutlich: [«Interessenvertreter oder Systembewahrer?»](#), so der Titel; im Text hiess es: «Vielleicht ist der Tarif gar nicht das eigentliche Problem, sondern nur sein sichtbarstes Symptom. Im Kern geht es um etwas anderes. Es geht um Repräsentation. Tausende Physio-Unternehmerinnen und -Unternehmer haben die Inhalte der neuen Struktur erst kennengelernt, nachdem sie bereits 2 Monate vorher zur Genehmigung eingereicht wurde. Wie konnte das passieren? Wenn die Distanz zwischen Führung und Basis zu gross wird, wird Veränderung früher oder später unvermeidlich. Die Frage ist nicht mehr, ob diese Debatte stattfindet – sondern wer sie führt.»

Die Initiative Physio140 will nun eine landesweite Umfrage unter Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten starten. Sie soll erheben, «ob Bedarf für alternative Formen berufspolitischer Vertretung besteht», so die Mitteilung. «Wir halten uns derzeit alle Optionen offen», sagt Alexandra Helbling.

«Was macht ein ambitionierter Verein nach einer Serie verheerender Niederlagen, um sich im letzten Moment vor dem Abstieg zu retten? Er entlässt den Trainer.»

Noch sind die Grössenverhältnisse recht klar: Physioswiss, gegründet 1919, vereint 13'000 Mitglieder und bewies bei der Grossdemo 2023, dass es die Berufsleute kraftvoll um sich scharen kann. SwissODP vertritt eher die unternehmerische Seite und bündelt gut 170 Praxen mit knapp 1900 Angestellten sowie 1200 Physios.

Aber es gärt halt auch Physioswiss-intern. Viele Mitglieder kritisieren die Verbandsleitung in den sozialen Medien offen; ein ehemaliger Regional-Vizepräsident [rief gar zum Rücktritt](#) von Physioswiss-Präsidentin Mirjam Stauffer und Geschäftsführer Osman Bešić auf: «Was macht ein ambitionierter Verein nach einer Serie verheerender Niederlagen, um sich im letzten Moment vor dem Abstieg zu retten? Er entlässt den Trainer, und wenn nötig, wechselt er auch die Vereinsführung aus. Genau das ist meine Forderung.»

Umso mehr rufen andere Stimmen zur Einigkeit auf. Der Vorstand des Berner Kantonalverbands veröffentlichte [eine Stellungnahme](#) mit dem vielsagenden Titel «Unus ex pluribus – Einheit durch Vielfalt». Die Physios sollten sich an der Ärzteschaft orientieren, stand darin: Unter dem Dach der FMH fänden sich viele verschiedenste Fachrichtungen mit divergierenden wirtschaftlichen Interessen – «und dennoch: Wenn es um berufspolitische Forderungen geht, treten sie vereint auf. Schulter an Schulter. In Zürich wie in Lausanne wie in Lugano. Es ist kein Wunder, dass sie gehört werden.»

Das Endgame: Was ist realistisch?

Einheit oder Bruch: Entscheidend dafür wird wohl, welches Tarifpaket ganz am Ende geschnürt ist.

Fragt man nach dem «Endgame», so skizziert SwissODP drei denkbare Szenarien. Erstens könnten die Tarifpartner die Struktur noch vor Inkraftsetzung korrigieren. Zweitens – so eine Hoffnung – könnten BAG

oder der Bundesrat vor der Genehmigung noch Anpassungen vornehmen. Eine dritte Variante wäre, dass das neue Modell zwar wie vorgesehen 2027 startet – aber mit der Auflage, dass die Schwächen über die Tarifgremien rasch korrigiert werden. Und dass das Ganze zugleich mit höheren Taxpunktwerten ergänzt wird.

Physioswiss setzt demgegenüber auf das laufende kantonale Verfahren und auf politischen Druck. Der Verband will erreichen, dass die Taxpunktwerte in den Kantonen deutlich steigen: «Da vertreten wir alle unsere Mitglieder», so Verbandssprecher Florian Kurz.

Es gibt tatsächlich eine entscheidende Gemeinsamkeit: Mit über 35'000 Unterschriften innert weniger Tagen belegen die rivalisierenden Petitionen und Aktionen, welch grosser Unmut in der Branche herrscht. Einhellig.

Podcast – Hinter der Schlagzeile. Folge 1: Die neue Tarifstruktur in der Physiotherapie

Datum
19.06.2026

Ab 2027 soll in der Physiotherapie ein neuer Zeittarif gelten. Schon jetzt sorgt der Vertrag für heftige Kritik. Im Podcast «Medinside – Hinter der Schlagzeile» erklären wir, worum es geht – und warum sich viele Therapeutinnen und Therapeuten benachteiligt fühlen.

Medinside

[Audio starten, Dauer: 04:48](#)

Was EFAS nicht löst – und warum Entscheidungsgremien sie lieber ignorieren - Gastbeitrag von Dominik Moser

 [Medinside \(de\)](#) | 22.06.2026

EFAS ist beschlossen – doch viele der heikelsten Fragen sind bis heute ungelöst. Welche Spitalbauten bald zum Problem werden könnten, warum Gemeinden Einfluss verlieren und wo neue Machtzentren entstehen könnten.

Dominik Moser

Seit dem 24. November 2024 ist klar: EFAS kommt. Ab 2028 gilt ein einheitlicher Finanzierungsschlüssel für ambulante und stationäre Leistungen, ab 2032 auch für die Langzeitpflege.

Was seither passiert: Tariforganisationen werden geplant, Verordnungen kommen in die Vernehmlassung, Steuergruppen nehmen ihre Arbeit auf. Dabei entsteht eine Tendenz, die ich im Gesundheitswesen immer wieder beobachte: Man beschäftigt sich mit dem, was die Reform explizit vorschreibt. Was sie nicht regelt, bleibt liegen.

Drei Fragen beschäftigen mich. Keine davon beantwortet EFAS.

Abschreibungen heute, Probleme morgen

Ein Spitalbau, der 2026 in Betrieb geht, wird 2050 noch auf der Bilanz stehen. Abschreibungsdauern für Spitalgebäude liegen bei bis zu 33 Jahren.

EFAS schafft erstmals einen gemeinsamen Finanzierungsanreiz für Kantone und Versicherer, Leistungen ambulant statt stationär zu erbringen. Das ist eine direkte strukturelle Konsequenz des einheitlichen Schlüssels. Keine Prognose. Ambulante Zentren, Tageskliniken, integrierte Versorgungsmodelle werden ab 2028 strukturell begünstigt.

Ein Verwaltungsrat, der heute einem Investitionsvorhaben in stationäre Bettenkapazitäten zustimmt, ohne eine klare Antwort auf die ambulante Substitutionslogik zu haben, genehmigt Kapital, das in zehn Jahren möglicherweise nicht mehr zur Nachfragekurve passt.

«Gesund schrumpfen» ist die Standardantwort, wenn man das zu spät erkennt. In der Praxis ist es selten eine Option. Abschreibungen laufen weiter. Eignerstrategie und Leistungsaufträge verpflichten. Personalkosten binden. Gebäude stehen. Die Bilanz ist die Bilanz.

Finanzlücken schaffen Chancen

Abschreibungsdruck bei sinkender Auslastung oder stagnierenden Tarifen erzeugt eine strukturelle Finanzlücke. Für viele Institutionen ist das eine Krisensituation. Für andere ein Einstiegspunkt: EFAS macht integrierte Gesundheitsverbunde aus Spitälern, Spitem-Organisationen, Praxen und Pflegezentren

finanziell attraktiver als je zuvor – und schafft damit auch Raum für strukturelle Konsolidierung. Die Frage ist nicht, ob solche Verbünde entstehen. Sie ist, wer sie initiiert und gestaltet.

Die Gemeinden ohne Hebel

Heute ist die Gemeinde Kostenträgerin, Auftraggeberin und teils Eigentümerin im Langzeitbereich. Der Steuerungsmechanismus sind Budget, nötigenfalls Restfinanzierung und Defizitgarantie sowie Leistungsaufträge, wenn Lücken entstehen.

Ab 2032 zahlen Gemeinden nicht mehr direkt. Der Kantonsbeitrag fliesst über die Gemeinsame Einrichtung KVG. Das Finanzierungsinstrument, das der Gemeinde tatsächlich Einfluss gegeben hat, ist weg.

In meiner Vernehmlassungsantwort bringe ich genau das ein: Die Verordnungen regeln die Finanzierungsarchitektur, lassen aber offen, wie Gemeinden ihre Verantwortung vor Ort künftig ausüben. Wer definiert den Versorgungsauftrag, wenn nicht mehr das Gemeindebudget die Aushandlungsmasse ist? Das ist keine Kritik an der Reform. Es ist eine Strukturaufgabe, die bisher niemand systematisch übernimmt.

Was jetzt zählt

Gemeinden, die ihre Rolle nicht neu definieren, werden Strukturen erben, die sie nicht mehr steuern können. Verwaltungsräte, die Investitionsentscheide ohne ambulante Substitutionsanalyse fällen, schreiben das Problem in die Bilanz. Pflegeorganisationen, die die neue Kostenrechnungs- und Datenpflicht als Bürokratie behandeln, sitzen 2031 ohne fundierte Datenbasis am Verhandlungstisch.

Das sind keine Katastrophenszenarien. Es sind Governance-Fehlentscheidungen, die sich im Rückspiegel erklären lassen und in der Gegenwart vermeidbar wären.

Die Vernehmlassung zu den EFAS-Ausführungsverordnungen läuft bis 8. Juli 2026. Es ist die letzte Möglichkeit, diese offenen Fragen in den Gesetzgebungsprozess einzubringen.

Dr. [Dominik Moser](#) ist Gesundheitsökonom, Interim Executive und Verwaltungsrat im Gesundheitswesen. Er forscht über Gesundheitssysteme an der School of Medicine der Universität St.Gallen.

Die Radiologie lastet immer schwerer auf dem Gesundheitswesen

 [srf.ch](https://www.srf.ch) | 20.06.2026

Datenleck gibt Einblick

Die Kosten der medizinischen Bildgebung steigen schneller als jene des ganzen Gesundheitssystems. Ein Grund dafür sind hohe Gewinne der Leistungserbringer.

Tybalt Félix & Valentin Tombez / RTS

CT, MRI, Röntgen: Die Verfahren zur Bildgebung in der Medizin versprechen den in dieser Sparte tätigen Ärztinnen und Ärzten komfortable Gehälter. Gemäss gehackten Daten der Radiologiegruppe 3R, die dem Westschweizer Radio und Fernsehen (RTS) vorliegen (vgl. Box), sind Grundvergütungen für Radiologen von mindestens 300'000 Franken brutto für ein Vollzeitpensum in vielen Radiologiezentren üblich.

Was sagt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu solchen Löhnen? Schliesslich werden sie ja über die obligatorischen Krankenkassenprämien finanziert. «Die Löhne der Ärzte sind auf Bundesebene nicht reglementiert und fallen folglich nicht in die Zuständigkeit des BAG», antwortet dessen Sprecherin.

Die gehackten Daten der Gruppe 3R

Am 30. April 2026 wurde die Radiologiegruppe 3R zum zweiten Mal innerhalb von etwas mehr als einem Jahr gehackt. Der Diebstahl betraf mehrere zehntausend Dokumente, mehr als 50 Gigabyte an Daten. Sie enthalten nicht nur Informationen über die Gruppe, sondern auch über einige ihrer Konkurrenten. Die Dateien wurden einige Wochen später im Darknet veröffentlicht, sind nach wie vor online zugänglich und wurden RTS von einer Drittperson zur Verfügung gestellt.

Die RTS hat beschlossen, diese Dokumente zu analysieren, da sie Informationen von öffentlichem Interesse enthalten. Sie ermöglichen es zum ersten Mal, gewisse Geldflüsse im Schweizer Gesundheitssystem, das im Wesentlichen durch die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung finanziert wird, sehr präzise zu dokumentieren.

Diese Arbeit wurde im Bemühen durchgeführt, die betroffenen Personen zu schützen. Informationen, die es ermöglichen, Patienten, Mitarbeiterinnen oder kleine Einheiten zu identifizieren, wurden anonymisiert.

Trotz hoher Kosten für die Entlohnung ihres Spitzenpersonals bleiben den Radiologie-Zentren solide Gewinne. Gemäss der von RTS analysierten Fälle, können diese schnell 5 Prozent des Umsatzes erreichen, und mit den Jahren wird es immer mehr. Weniger als 5 Jahre nach ihrer Eröffnung verzeichnete eine Praxis in der Region Mittelland 2024 einen Umsatz von 3,2 Millionen Franken. Ihr Reingewinn betrug damals 150'000 Franken (4,7 Prozent), nach Abzug der getätigten Investitionen, insbesondere für die kostspielige Radiologie-Ausrüstung.

Das Video von RTS zu den Geschäftspraktiken in der Radiologie:

 [Video starten, Dauer: 02:57](#)

Bei älteren Praxen liegt die Gewinnmarge deutlich höher. 2025 erzielte eine Gruppe im Nordwesten der Schweiz 5,4 Millionen Gewinn, was 47 Prozent ihres Umsatzes entsprach.

BAG: Gesetz verbietet Gewinne nicht

Sind Gewinne in dieser Höhe gerechtfertigt? «Das Krankenversicherungsgesetz verbietet den Leistungserbringern nicht, Gewinne zu erzielen», erklärt das BAG und fügt hinzu, dass «die Tarife gemäss den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit festgelegt werden müssen und auf den Kosten einer effizienten Leistungserbringung zu basieren haben». Anders ist das bei den Krankenversicherern: Ihnen ist es untersagt, Gewinne zu erzielen.

«Dieses System ist vollkommen verrückt geworden», lautet der Kommentar des Neuenburger SP-Ständerats Baptiste Hurni zu diesen Zahlen. «Ein riesiges Geschäft, bei dem sich Leute – entschuldigen Sie den Ausdruck – schamlos am Kuchen bedienen.»

Für den Walliser Mitte-Nationalrat Benjamin Roduit bestätigen diese Zahlen die Notwendigkeit, «Fachgebiet für Fachgebiet zu sehen, was tatsächlich investiert wurde» und was die effektiven Kosten jedes medizinischen Eingriffs seien.

Ein wachsender Anteil der Gesundheitskosten

Wegen der hohen Kosten in der Radiologie hat die Eidgenössische Finanzkontrolle schon 2025 den Mahnfinger erhoben. In einem Bericht schätzte sie, dass die medizinische Bildgebung die obligatorische Krankenversicherung mit 2,1 Milliarden Franken belaste. Und sie stellte fest, dass diese Kosten zwischen 2019 und 2023 durchschnittlich um 5,3 Prozent pro Jahr zugenommen hatten, deutlich mehr als die des gesamten Gesundheitswesens.

Die Finanzkontrolle kam damals zum Schluss, dass die Tarife der Untersuchungen überhöht seien. Inzwischen sind diese im Rahmen des neuen Tardoc-Tarifsystems, das Anfang dieses Jahres in Kraft trat, revidiert worden. Noch ist nicht abzuschätzen, welche Auswirkung diese Reform auf die Kosten der Radiologie haben wird.

Mitarbeit: Michaël Maccabez & Philéas Authier / RTS

Bundesrat bündelt Daten zu übertragbaren Krankheiten auf digitaler Plattform

 netzwoche.ch | 16.06.2026

Der Bundesrat will eine digitale Plattform zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten aufbauen. Darauf sollen epidemiologische Informationen zusammengeführt und ausgewertet werden. Das Projekt, das Teil des Programms Digisanté ist, soll 45,3 Millionen Franken kosten.

Tobias Seefeld

Der Bundesrat hat das Projekt NASURE (National Surveillance and Response) gestartet. Es umfasst eine digitale Plattform, die alle Melde- und Überwachungssysteme für übertragbare Krankheiten zusammenführen soll, wie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mitteilt. Das Ziel sei, den Datenaustausch zwischen Gesundheitsinstitutionen und Behörden vollständig zu standardisieren und zu automatisieren.

Während der Covid-Pandemie vereinheitlichte das BAG laut Mitteilung aufgrund des dringlichen Bedarfs das entsprechende Meldesystem. Mit NASURE gehe man nun noch einen Schritt weiter, indem man alle aktuellen Systeme im Bereich übertragbarer Krankheiten neu aufsetze und zusammenführe. Künftig würden etwa Spitäler und Labore alle relevanten Daten an das BAG übermitteln, das diese dann analysiere und aufbereite. So profitieren gemäss Mitteilung schliesslich der Bund, die Kantone und weitere Akteure des Gesundheitswesens von den Daten, sodass Bedrohungen früher erkannt und Krankheitsausbrüche effektiver bekämpft werden können.

Bis Ende 2028 sollen die Grundfunktionalitäten der NASURE-Plattform stehen, wie das BAG schreibt. Der Fokus liege auf Modulen für das obligatorische Meldewesen, aber auch bestehende, überholte Systeme würden schrittweise digitalisiert, modernisiert und in NASURE integriert. In der zweiten Projektphase bis Ende 2034 kommen dann zusätzliche Funktionen dazu, etwa die Integration von Daten aus dem Abwassermonitoring und weiteren Quellen, wie es in der Mitteilung heisst.

Für das Projekt NASURE seien Kosten von 45,3 Millionen Franken geplant. Das Geld stammt gemäss BAG aus dem Topf im Umfang von 392 Millionen Franken, [den das Parlament 2024 für das Programm Digisanté genehmigt hat](#). Dieses soll die digitale Transformation des Schweizer Gesundheitswesens vorantreiben. Abgesehen von NASURE gehören laut Mitteilung auch der Gesundheitsdatenraum Schweiz (Swiss HDS) und das Microdatacenter (MDC) zu den Kernprojekten von Digisanté.

Aktion auf Bundesplatz: Physios blasen zum Angriff

 SRF 1 | 16.06.2026

Seit Jahren setzt sich der Physioverband für höhere Tarife ein – bis jetzt erfolglos. Nun blasen Physio-Therapeutinnen und -Therapeuten zum Angriff: Mit einer Aktion auf dem Bundesplatz und knapp 30 Petitionen in allen Kantonen. Intern gibt es Kritik, denn in der Physiobranche ziehen nicht alle am gleichen Strang.

 [Video starten, Dauer: 02:32](#)

Le nouveau système de tarification Tardoc multiplie les rendez-vous médicaux des patients

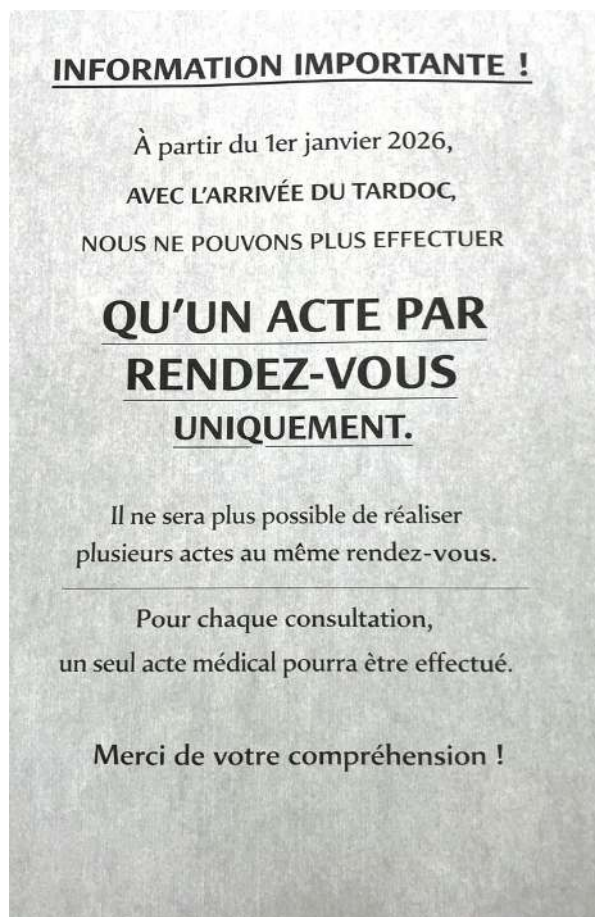
 [rts.ch](https://www.rts.ch) | 21.06.2026

"Un acte médical, un rendez-vous" ou "une consultation = un motif principal", c'est ce qu'on peut lire sur des affiches présentes dans les salles d'attentes de certains dermatologues. Les spécialistes pointent du doigt le Tardoc, le nouveau système de tarification des soins médicaux. Mais de l'autre côté de la consultation, la patientèle paie avec son temps, son argent et parfois sa santé, comme en témoignent les auditeurs et auditrices d'On en parle.

Sujet radio: Frédérique Volery et Bastien von Wyss, Adaptation web: Myriam Semaani

Le Tardoc, nouveau système de tarification des soins médicaux, est entré en vigueur en janvier 2026. Des auditeurs et auditrices d'On en parle ont signalé des changements de pratiques chez certains dermatologues, ophtalmologues ou encore gastro-entérologues. Des témoignages qui confirment ce qu'On en parle avait découvert: certains multiplient les consultations alors que cela ne devrait pas être le cas, car contraire à la loi. Tant la LAMAL (art.32) que la LPMéd (art.40) précisent en effet qu'un traitement ne peut pas être déterminé en fonction de ce qu'il rapporte.

Pour rappel, avec le Tardoc, certaines prestations ne sont plus facturées individuellement, mais regroupées et facturées au moyen de forfaits, notamment pour les traitements ambulatoires comme une arthroscopie ou une opération de la cataracte. Ce nouveau forfait serait parfois moins rémunérateur que ce qui était proposé par le précédent système Tarmed, si bien que certains spécialistes font revenir leurs patients plusieurs fois pour s'y retrouver financièrement. De leur point de vue, sinon, ils et elles travailleraient "gratuitement".



Une affiche dans un cabinet de dermatologie suite à l'entrée en vigueur du TARDOC. [RTS - Une auditrice d'On en parle]

"J'aimerais préciser que je ne sais pas pourquoi mes collègues ont écrit ces affiches. Le Tardoc et les forfaits n'empêchent pas de grouper nos pratiques", commente Olivier Gaide, professeur et dermatologue au CHUV à Lausanne et président de la Société Suisse de Dermatologie et Vénéréologie. Il assure qu'au sein de son équipe, sa pratique n'a pas changé après l'entrée en vigueur du Tardoc. "Je ne pense vraiment pas que le contenu de ces affiches concerne l'ensemble des dermatologues", précise-t-il à On en parle.

La patientèle, grande perdante de ce phénomène

Le secteur de la dermatologie n'est pas le seul concerné. Une auditrice a dû multiplier les allers-retours chez l'ophtalmologue pour sa mère âgée de 94 ans. "Ma maman souffre d'une macula avancée et je dois l'amener la semaine prochaine pour une infiltration dans l'œil. Trois semaines plus tard, elle aura un nouveau rendez-vous pour une consultation de quinze minutes afin de constater si la première infiltration a eu de l'effet. Si c'est le cas, elle doit revenir le lendemain pour une nouvelle infiltration. J'ai bien sûr demandé de prévoir la deuxième infiltration à la suite du contrôle. La réponse a été que le système n'autorisait plus la facturation de deux actes médicaux consécutifs."

Mon chirurgien m'a prescrit des infiltrations dans les hanches, donc les deux hanches le même jour. Le centre d'imagerie où je suis allé n'a pas voulu le faire à cause de cette tarification. J'ai dû y aller deux fois. Le temps entre les deux rendez-vous est long, les douleurs sont réelles. - Serge, auditeur d'On en parle

Christophe Kaempf, porte-parole de Prio. Swiss, l'association des assureurs-maladie, a reçu des témoignages similaires de la part d'assurés. "Cela pose un problème de déontologie dans la pratique médicale, de non-respect des règles tarifaires et plus grave encore, un non-respect de la LAMAL qui dit que chaque prestation qui est effectuée par un médecin doit être efficace, adéquate et économique [...] Si nous observons qu'il y a une systématique, nous allons évidemment demander des remboursements de la part des médecins qui n'auraient pas respecté les règles tarifaires."

Que conseiller aux patients et patientes qui se retrouveraient dans le même cas? "Il faut prendre contact avec la clinique et demander quelle est la raison médicale qui implique que ces examens soient réalisés sur deux jours différents", répond Christophe Kaempf. Sylvie Duc Brossard partage cet avis: "Je conseillerai aussi vraiment de rediscuter avec le médecin, peut-être par la secrétaire, de demander les raisons."

Les rendez-vous médicaux génèrent beaucoup de stress et de complications du fait des déplacements, ou simplement de devoir s'organiser pour trouver quelqu'un qui puisse nous véhiculer deux fois. Alors qu'auparavant en un déplacement, tout était réglé. Je me demande où est la place du patient dans ce système. - Une auditrice d'On en parle

Des risques financiers et pour la santé

Dans le cas d'une double intervention séparée en deux rendez-vous, par exemple une gastroscopie et coloscopie, les patients et patientes devront subir deux anesthésies. "On prend des risques sur la santé, en effet. Et puis, cela prend du temps à la personne", ajoute Sylvie Duc Brossard.

La patientèle ayant une franchise élevée fait aussi les frais de cette pratique. Revenir deux fois signifie assumer les coûts de deux rendez-vous. "Lorsque les gens m'appellent, ils me disent qu'ils doivent payer eux-mêmes. On peut annoncer à l'assurance qu'il y a un problème dans la facturation, mais en général, elle ne va pas faire grand-chose. En effet, je pense qu'on augmente les coûts facturés aux assurances, en plus de faire payer la personne."

Le Tardoc parfois inadapté au terrain, les patientes et patients oubliés

La Société suisse de dermatologie a publié une lettre à l'attention des patients et patientes le 2 février 2026. Elle y dénonce les forfaits du Tardoc, qui ne refléteraient pas correctement la réalité médicale. Olivier Gaide l'explique: "Les forfaits ont été basés sur des données qui ont été principalement sorties des hôpitaux, qui n'ont généralement pas de cabinet de dermatologue et ne sont pas des centres universitaires. Quasiment aucune donnée n'a été sortie des dermatologues installés en ville [...] parfois, ces forfaits peuvent amener le médecin non pas à moins gagner, mais carrément à perdre. Il y a un risque de biaiser l'activité et que des spécialistes se disent 'je perds tellement sur cette intervention que j'arrête de la faire.'"

Les patients et patientes sont les grands oubliés du système Tardoc. Ils et elles n'ont pas été consultés lors de la création du système ni lors des négociations. Sylvie Duc Brossard, responsable Romandie de l'Organisation suisse des patients, déplore cette absence. "Je ne pense pas que nous ayons la prétention ou la capacité d'établir des tarifs. Par contre, nous pourrions demander que les tarifs soient compréhensibles et veiller à ce que les prestations soient en accord avec les besoins des patients et patientes, ainsi que de leurs proches qui les accompagnent. Il y a un grand manquement."

Olivier Gaide partage cet avis. "Nous avons été très surpris que l'OAAT, l'organisme qui s'occupe de fixer les tarifs, ait une quadri-partie entre les hôpitaux, les assureurs, la FMH et l'Office fédéral de la santé. Les patients, qui sont pourtant en fait en première ligne, étaient absents."

Le nouveau système de tarifications de soins TARDOC

▶ RTS La 1ère | 15.06.2026

Le Tardoc prévoit des tarifs plus précis et plus transparents que son prédécesseur. Il est accompagné d'un système de forfaits pour la médecine ambulatoire et doit permettre de mieux rémunérer la médecine de premier recours, les médecins généralistes, les pédiatres et psychiatres au détriment de la médecine spécialisée. Un rééquilibrage approuvé par la Fédération suisse des médecins, les hôpitaux suisses et les assurances maladies.

Les seuls grands absents de cette mise en œuvre du Tardoc sont les patients et patientes.

Trois spécialistes répondent à vos questions:

- Sylvie Duc Brossard, responsable Romandie de l'Organisation suisse des patients;
- Olivier Gaide, professeur et dermatologue au CHUV à Lausanne et président de la Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie;
- Christophe Kaempf, porte-parole de Prio.Swiss, l'association des assureurs-maladie suisses.

🔊 [Commencer l'audio, durée: 41:30](#)

Spitäler zahlen Millionen für gescheitertes Projekt

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.06.2026

Die digitale Patientenakte wird künstlich am Leben erhalten – doch nun üben sich Gesundheitsinstitutionen in zivilem Ungehorsam

Jan Hudec

Was haben die Behörden nicht alles versprochen. Schnellere Diagnosen, weniger Behandlungsfehler, den Aufbruch in die digitale Zukunft des Gesundheitswesens – das alles werde das elektronische Patientendossier (EPD) bringen. Es sollte alle wichtigen Gesundheitsdaten eines Patienten an einem Ort bündeln und von Spitälern, Heimen oder Ärzten genutzt werden können.

Vor bald zwanzig Jahren wurde das Projekt lanciert. Doch vom einstigen Enthusiasmus ist nichts übrig geblieben. In Spitälern spricht man von einem nutzlosen Datenfriedhof. Anstatt das EPD interaktiv zu nutzen, zum Beispiel um Rezepte auszustellen, kann man darin nur PDF ablegen. Es ist das digitale Pendant zum Bundesordner. So klein der Zuspruch bei den Institutionen ist, so klein ist er auch in der Bevölkerung. Seit 2022 können Patienten ein EPD eröffnen, nicht einmal 140 000 Personen in der Schweiz haben das bisher getan – das sind rund 1,5 Prozent der Bevölkerung.

Dass man bei diesem Projekt nicht mehr weiterwursteln kann wie seit Jahren, hat man auch beim Bund eingesehen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat letzten November bekanntgegeben, dass es eine «grundlegende Neuausrichtung» brauche und die alte Lösung durch eine neue abgelöst werden solle: das elektronische Gesundheitsdossier.

Das bedeutet, dass mit der Entwicklung des alten EPD Millionen von Franken in den Sand gesetzt wurden. Aber das ist nur der eine Teil der Geschichte. Die absurde Pointe ist, dass Spitäler und Heime weiterhin jedes Jahr Millionen in dieses nun auch von offizieller Seite als gescheitert deklarierte Projekt investieren müssen. Und das in einer Zeit, in der Politiker landauf, landab die hohen Gesundheitskosten kritisieren. Im Kanton Zürich proben die Gesundheitsinstitutionen nun den Aufstand, und auch die Zürcher Gesundheitsdirektion hat kürzlich scharfe Kritik in Richtung Bund geschickt.

40 000 Franken pro Patient

Dass die Spitäler und Heime weiterhin Geld bezahlen müssen, hat mit Bundesvorgaben zu tun. Die Institutionen sind verpflichtet, sich einer sogenannten Stammgemeinschaft anzuschliessen. Diese stellt die technische Plattform für das EPD bereit, der Anschluss daran ist nicht ganz billig. Ein mittelgrosses Spital wie jenes in Uster zum Beispiel bezahlt jedes Jahr 80 000 Franken für die Anschlussgebühren, hinzu kommt der interne Aufwand für den Betrieb des Systems.

Dem steht ein verschwindend kleiner Nutzen gegenüber. Seit der Einführung im Jahr 2020 haben bei ihnen im Spital nur gerade ein Dutzend Patienten das EPD genutzt, sagt der CEO Martin Werthmüller. «Rechnen Sie sich einmal aus, was das pro Patient kostet.» Es sind etwa 40 000 Franken pro Patient. Und auch bei

medviu Medviu AG, +41 71 330 03 75, contact@medviu.ch, www.medviu.ch

Verwendung zum Eigengebrauch gemäss Art. 19 URG. Die Aufnahme in betriebsinterne Presse- bzw. Medienspiegel ist gegenüber der ProLitteris (www.prolitteris.ch) zu vergüten.

diesen Patienten bringt das Patientendossier wenig. Das liegt nicht nur an den technischen Limitierungen des Systems, sondern auch daran, dass sie nur einen Teil ihrer Daten in ihr Dossier hochladen. «Am Ende hat man dann doch keinen Überblick über die Gesundheitsdaten des Patienten», sagt Werthmüller.

Er beurteilt digitale Lösungen nicht grundsätzlich negativ. «Wenn man es richtig machen würde, dann würden sowohl Patienten als auch Spitäler profitieren.» Zum Beispiel, wenn ein Patient bewusstlos im Notfall eingeliefert wird und die Ärzte mit einem Blick in die elektronische Akte feststellen könnten, welche Erkrankungen oder Allergien der Patient hat oder welche Medikamente er nimmt. Zugleich könnte im Gesundheitswesen Geld gespart werden. Heute müssten viele Untersuchungen doppelt gemacht werden, sagt Werthmüller, weil der Zugriff auf die Daten fehle. Er hofft deshalb darauf, dass der Bund im zweiten Anlauf eine bessere Lösung vorlegt. «Länder wie Dänemark zeigen, wie es geht.»

Gemäss dem Verband der Zürcher Krankenhäuser kostet das EPD die Spitäler im Kanton pro Jahr insgesamt 2 Millionen Franken. Nicht nur sie müssen das Patientendossier anbieten, sondern auch die Alters- und Pflegeheime. Bei diesen belaufen sich die Gesamtkosten im Kanton Zürich auf rund eine Million Franken.

Vorgabe des Bundesrechts

Was das im Alltag bedeutet, weiss Markus Schaaf, der Geschäftsführer des Zentrums Rämismühle im Tösstal. Die Einführung sei sehr aufwendig gewesen: Mitarbeitende hätten geschult und die IT-Infrastruktur angepasst werden müssen. Zudem betrügen die jährlichen Betriebskosten 6500 Franken. Und das alles für nichts: «Seit der Einführung haben wir das EPD kein einziges Mal gebraucht – kein einziges Mal!» Der Austausch mit Ärzten, Spitälern und Apotheken funktioniere weiterhin über die etablierten Kanäle. Weder ihre Partner noch ihre Bewohner hätten je den Wunsch geäussert, das EPD zu nutzen.

Das elektronische Patientendossier nennt Schaaf deshalb «ein Paradebeispiel für gut gemeinte, aber realitätsferne Digitalisierung – teuer im Aufbau, aufwendig im Betrieb und wirkungslos im Alltag». Er könne nur schwer nachvollziehen, warum dieses System verpflichtend betrieben werden müsse.

Schaaf ist nicht nur Leiter eines Alterszentrums, sondern auch Kantonsrat der EVP. In dieser Funktion hat er vor einigen Monaten eine kritische Anfrage beim Zürcher Regierungsrat eingereicht. Er wollte unter anderem wissen, wie es mit der Anschlusspflicht weitergehen soll.

Inzwischen liegt die Antwort vor. Die Zürcher Gesundheitsdirektion zeigt darin Verständnis für die Kritik von Spitälern und Heimen. Das EPD sei umständlich in der Handhabung und bringe nur einen geringen Mehrwert im Alltag. Dass sich diese Situation verbessere, sei nicht zu erwarten, da das alte durch ein neues System abgelöst werden soll – allerdings frühestens 2030. «Während dieser jahrelangen Übergangsphase wird das bestehende EPD nicht gefördert oder verbessert.»

Der Regierungsrat könne nachvollziehen, dass die Anschlussgebühren «zunehmend auf Vorbehalte stossen». Der Gesundheitsdirektion seien aber die Hände gebunden. Die Anschlusspflicht sei eine Vorgabe des Bundesrechts. Die Gesundheitsdirektion appelliert aber an die Stammgemeinschaften, «ihre Gebührenstruktur zu überdenken und den Leistungserbringern entgegenzukommen». Zudem müsse der Bundesrat rasch Klarheit schaffen betreffend die Anschlusspflicht.

Das BAG schreibt auf Anfrage der NZZ, dass die Anschlusspflicht nur durch einen Parlamentsentscheid aufgehoben werden könne. Beim BAG ist man aber der Ansicht, dass die Pflicht wichtig bleibt. Der praktische Nutzen des elektronischen Patientendossiers sei nur gegeben, wenn möglichst viele Spitäler und weitere Leistungserbringer das EPD anböten. Zudem könnten die Daten sowie auch die technischen Schnittstellen für das künftige elektronische Gesundheitsdossier genutzt werden.

Der Kanton Zürich hingegen erwartet vom Bund «substanzielle Fortschritte», wie er in der Antwort auf die parlamentarische Anfrage schreibt. Anfang 2027 werde die Gesundheitsdirektion die Situation erneut beurteilen. Blieben die Fortschritte aus, werde sie «die kantonale Durchsetzung der Anschlusspflicht evaluieren». Eine kaum verhohlene Drohung, künftig darauf zu verzichten. Auf Anfrage der NZZ schreibt

die Gesundheitsdirektion, es lasse sich «eine weitere Durchsetzung der Anschlusspflicht aus unserer Sicht nicht mehr über längere Zeit mit gutem Gewissen rechtfertigen».

Heime kündigen Verträge

Den Heimen gibt die Gesundheitsdirektion sogar noch einen deutlichen Wink: Sie verzichte bei diesen schon heute «bewusst auf Kontrollen». Die Heime scheinen den Hinweis verstanden zu haben. Das geht aus einem Schreiben des Verbands Artiset an dessen Mitglieder hervor. Darin heisst es, einige Heime würden ihre Verträge auf Ende Jahr kündigen und die neue Situationsbeurteilung der Gesundheitsdirektion abwarten.

Auch bei den Spitälern sind Vertragskündigungen inzwischen ein Thema, wie der Verband der Zürcher Krankenhäuser bestätigt. Beim Spital Uster will man sich dazu nicht explizit äussern. Die Verwaltungsratspräsidentin Sacha Geier sagt aber, man befinde sich mit der eigenen Stammgemeinschaft, der Post Sanela Health AG, in Gesprächen. Man wolle bereit sein für den Fall, dass die Gesundheitsdirektion ab kommendem Jahr darauf verzichte, die Anschlusspflicht durchzusetzen.

Sowohl Behörden als auch Institutionen scheinen gewillt zu sein, Widerstand zu leisten. Wie der Bund darauf reagieren wird, ist unklar. Auf eine entsprechende Frage gab das BAG keine Antwort.



Nur wenige haben ein elektronisches Patientendossier eröffnet. Und es wird in Spitälern kaum genutzt. Illustration Anja Lemcke / NZZ

So will der Bundesrat die Medikamentenversorgung stärken

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 20.06.2026

Gesundheit - Mit der bis Mitte Oktober in die Vernehmlassung geschickten Revision des Heilmittelgesetzes will der Bundesrat das Schweizer Gesundheitssystem flexibler und krisenresistenter machen.

Hans-Caspar Kellenberger

Ziel des Bundesrats ist es, mit der Revision die Versorgung mit Arzneimitteln bei Engpässen weiter zu verbessern. Vor allem günstige Medikamente, die im Alltag unentbehrlich sind, können in bestehenden Mangellagen nicht oder nur schwer verfügbar sein oder ersetzt werden. Dazu gehören etwa Antibiotika oder Arzneimittel gegen chronische Erkrankungen, etwa im Falle von Parkinson, bei Epilepsie oder bei psychischen Krankheiten.

Verbot von Versandhandel soll aufgehoben werden

Heute ist der Versand von Medikamenten in der Schweiz grundsätzlich verboten. Die Kantone können Apotheken den Versand aber bewilligen. Nun soll das Verbot grundsätzlich aufgehoben werden. Auch Drogerien könnten damit neu ins Versandgeschäft einsteigen. Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente der Kategorie D könnten so künftig per Post und ohne ärztliches Rezept abgegeben werden. Die Fachberatung und der sichere Transport bleiben laut dem Bundesrat garantiert. Eine Bewilligung des Versandhandels durch die kantonalen Behörden wird zudem weiterhin erforderlich sein.

Apotheken dürfen im Notfall selbst produzieren

Öffentliche Apotheken, Spitalapotheken und die Armeeapotheke sollen wichtige Medikamente bei einer Mangellage künftig vermehrt selbst herstellen dürfen. Dies soll auch für noch nicht zugelassene Arzneimittel gelten.

Import bei Mangellage soll erleichtert werden

Der Import von im Ausland zugelassenen Medikamenten wird bei Engpässen stark erleichtert. So sollen Grossisten und Importeure bei einer drohenden oder bestehenden Mangellage Arzneimittel, die in der Schweiz nicht zugelassen sind, ersatzweise befristet einführen und in Verkehr bringen können. Arzneimittel, die in anderen Ländern einer vergleichbaren Arzneimittelkontrolle unterstehen, sollen zudem vereinfacht zugelassen werden können.

Einzelabgabe von Medikamenten soll möglich sein

Man braucht für eine Therapie sieben Tabletten, muss aber eine Packung mit 20 Stück kaufen. Damit soll bald Schluss sein. Im Fokus stehen dabei laut dem Bundesrat vor allem Antibiotika. Eine Abgabe von einzelnen Tabletten oder sonstigen Einheiten soll neu möglich sein, wenn Packungen für eine bestimmte Behandlung zu gross sind. Mit der Einzelabgabe durch Apotheken und Arztpraxen könne vermieden werden, dass Kapseln oder Tabletten nach einer Behandlung übrigbleiben und anschliessend weggeworfen werden. Das schont die Umwelt. Auch fördert eine Einzelabgabe die korrekte Einnahme und hilft so im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen.

Chiropraktiker sollen Rezepte ausstellen dürfen

Chiropraktikerinnen und Chiropraktiker besitzen zwar einen Universitätsabschluss, dürfen laut dem Heilmittelgesetz aber keine klassischen Rezepte ausstellen. Dies will der Bundesrat korrigieren. Ihre Rezepte werden den ärztlichen Verordnungen gleichgestellt.

Aufsichtsabgabe auf Medizinprodukte soll eingeführt werden

Ob Herzschrittmacher, Prothesen oder einfache Pflaster: Die Überwachung von Medizinprodukten durch das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic wurde bisher vom Bund, respektive den Steuerzahlenden finanziert. Mit der neuen Datenbank Swissdamed, die alle Produkte erfasst, sollen die Hersteller und Importeure künftig eine Aufsichtsabgabe zahlen. Laut dem Bundesrat entlastet dies die Bundeskasse und macht die Aufsicht finanziell unabhängiger.

Weitere Revision im Parlament hängig

Im Rahmen einer weiteren Revisionsvorlage soll eine Pflicht für die elektronische Verschreibung und Einlösung von Arztrezepten eingeführt werden. Das Gesundheitswesen soll damit einen weiteren Schritt in Richtung Digitalisierung machen. Auch das Ziel dieser Revision ist eine höhere Medikamentensicherheit. Gesundheitsfachpersonen sollen neu verpflichtet werden, Verschreibungen ausschliesslich elektronisch vorzunehmen. Das gilt sowohl für Rezepte als auch für Medikationspläne. Damit soll das Risiko falscher Medikamentenabgaben reduziert werden. Die Vorlage ist zurzeit im Parlament hängig.

Der Ständerat will im Rahmen dieser anderen Revision auch die Aufhebung des Verbots für den Versandhandel für rezeptfreie Medikamente bereits vorziehen. Die Vorlage muss wegen einiger Differenzen allerdings nochmals in den Nationalrat.

Pour Elisabeth Baume-Schneider, les salaires de certains radiologues sont "difficilement acceptables"

▶ RTS 1 | 19.06.2026

La conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider a critiqué vendredi dans Forum les salaires élevés et les bonus versés à certains radiologues en Suisse romande, après des révélations de la RTS. Elle appelle à un examen approfondi de ces pratiques, qu'elle juge contraires aux principes de la LAMal.

Propos recueillis par Valentin Emery

Article web: Jérémie Favre

Elisabeth Baume-Schneider, cheffe du Département fédéral de l'intérieur (DFI), s'est exprimée dans l'émission Forum sur les révélations concernant les salaires de certains radiologues du groupe 3R, leader de l'imagerie médicale en Suisse romande. Selon une enquête de la RTS, ces professionnels perçoivent entre 300'000 et 600'000 francs par an, bonus compris, grâce aux primes d'assurance maladie.

"Ces données sont vraiment extrêmement intéressantes, pour autant qu'elles s'avèrent justes pour la majorité des situations", a déclaré la Jurassienne. "C'est difficilement acceptable, surtout en ce qui concerne la question des bonus."

La conseillère fédérale a souligné les risques que posent de tels incitatifs financiers. "S'il y a des incitatifs à effectuer plus d'examens, on est totalement en décalage avec la volonté même de la LAMal et de la maîtrise des coûts", a-t-elle affirmé. Elle a également rappelé que la Fédération des médecins suisses (FMH) s'était déjà désolidarisée de ces pratiques.

"On voit que ce n'est pas légal"

Elisabeth Baume-Schneider a encore insisté sur la nécessité d'un suivi rigoureux de ces pratiques. "L'OFSP va regarder ce qu'il en est, tout comme les caisses maladie. Ce n'est pas une responsabilité diluée. Il faut prendre ces données et analyser ce qu'elles signifient", a-t-elle expliqué.

Rappelant des cas similaires dans d'autres secteurs, comme celui des laboratoires qui versaient des primes à certains médecins, elle a été catégorique: "On voit que ce n'est pas légal. Je pense qu'il faut qu'on soit clair sur ces questions de bonus et de primes: ça ne fonctionne pas comme ça et surtout, ça ne peut pas fonctionner quand c'est la LAMal qui paye."

Pour la conseillère fédérale, la transparence est essentielle afin de garantir une gestion équitable et conforme aux objectifs de maîtrise des coûts. "Il faudra suivre cela de très près, parce qu'il y a effectivement quelque chose de choquant", a-t-elle conclu.

La décision du Parlement sur l'AVS saluée

Dans Forum, Elisabeth Baume-Schneider a aussi salué la décision du Parlement fédéral sur le financement de la 13e rente AVS par la TVA. "C'est un signal clair sur la nécessité de financer cette rente et un pas déterminant pour assurer la pérennité du fonds AVS", a déclaré la Jurassienne.

La Jurassienne souligne néanmoins que ce n'est qu'un premier pas. "La réforme AVS 30-40 est en consultation. Nous devons encore analyser les retours des cantons, des associations et des partenaires sociaux", a-t-elle précisé. Une approche globale sera nécessaire pour garantir un financement durable.

Interrogée sur une éventuelle hausse significative de la TVA, Elisabeth Baume-Schneider a tempéré: "On doit savoir raison garder. Les biens de première nécessité, comme l'alimentation et les médicaments, ne sont pas concernés, de même que les loyers ou les primes d'assurance." Elle a également rappelé que la population aura le dernier mot lors d'une votation.

En cas de rejet par les citoyens, la conseillère fédérale admet que la situation serait délicate. "Cela nous obligerait à envisager d'autres modalités de financement. Mais je ne peux pas imaginer que la population refuse de financer une rente à laquelle elle est attachée", a-t-elle affirmé.

 [Commencer la vidéo, durée: 02:36](#)

Pour Elisabeth Baume-Schneider, les salaires de certains radiologues sont "difficilement acceptables"

Datum
19.06.2026
Sendung
Forum
Dauer
Startzeit

[Commencer la vidéo, durée: 09:19](#)

Ces médicaments à 200 millions par an inquiètent les assureurs suisses

 [watson.ch \(fr\)](#) | 22.06.2026

Avec 200 millions de francs par an, Wegovy et Mounjaro, conçus pour lutter contre l'obésité, figurent parmi les médicaments les plus coûteux du pays. Leur coût devrait également exploser cette année. Leur avenir est en discussion.

Pascal Michel / ch media

Les piqûres minceur Wegovy, de Novo Nordisk, et Mounjaro, d'Eli Lilly, sont de véritables best-sellers en Suisse. Cette année, elles devraient rejoindre le peloton des médicaments générant le plus de chiffre d'affaires. La faîtière des caisses maladie, Prioswiss, a déjà chiffré le coût de l'ensemble de ces soins à base de sémaglutide à environ 200 millions de francs par an.

Les piqûres minceur coûtent ainsi davantage que le médicament jusqu'ici le plus vendu en Suisse, l'anticancéreux Keytruda, dont les coûts annuels dépassent 180 millions de francs.

Un second comparatif montre à quel point le poids de ces coûts est lourd. Ces seuls 200 millions de francs annulent déjà plus de la moitié des économies que la Confédération espère réaliser grâce à des rabais. Ceux-ci devraient rapporter 350 millions de francs par an, soit l'équivalent de 1% des primes.

«Et les coûts continuent d'augmenter», affirme Saskia Schenker, directrice de Prioswiss. Les différentes caisses partagent ce constat. La CSS indique que la hausse des coûts des piqûres minceur a atteint 113% l'an dernier. Pour l'année en cours, elle s'attend à une nouvelle progression de 80%.

L'autorisation temporaire arrive bientôt à échéance

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) avait anticipé des coûts considérables. Il n'a donc inscrit les deux soins amaigrissants que de manière temporaire sur la liste des spécialités. Les médicaments figurant sur cette liste sont remboursés par l'assurance de base, et les délais arrivent bientôt à échéance. En février 2027 pour Wegovy et en décembre 2027 pour Mounjaro.

La Confédération a opté pour cette procédure «parce qu'au moment de l'admission, une réduction significative du poids avait certes pu être démontrée, mais que des incertitudes considérables subsistaient en parallèle», explique un porte-parole de l'OFSP. Cela concernerait en particulier l'efficacité à long terme de ces médicaments, la question de la durée des traitements, l'évolution des patients après l'arrêt de la thérapie ainsi que les conséquences en termes de coûts.

Cela signifie que les fabricants doivent déposer une nouvelle demande avant l'expiration des délais. L'OFSP examinera alors à nouveau les critères d'efficacité, d'adéquation et donc de caractère économique. C'est à ce moment-là que se décidera si les [médicaments](#) continueront d'être pris en charge par les caisses maladie. Le porte-parole de l'OFSP précise:

«Des coûts élevés n'excluent pas une prise en charge. Ce qui compte, c'est de savoir si les coûts se trouvent, dans le cadre de l'examen du

medviu

Medviu AG, +41 71 330 03 75, contact@medviu.ch, www.medviu.ch

Verwendung zum Eigengebrauch gemäss Art. 19 URG. Die Aufnahme in betriebsinterne Presse- bzw. Medienspiegel ist gegenüber der ProLitteris (www.prolitteris.ch) zu vergüten.

caractère économique, dans un rapport adéquat avec le bénéfice thérapeutique démontré.»

Des restrictions sont en discussion

Dans le cadre de ce processus, la Confédération dispose d'un autre levier pour freiner l'explosion des coûts. Elle peut maintenir les piqûres minceur sur la liste tout en restreignant leur accès.

La Confédération peut, par exemple, décider que seuls certains médecins spécialistes seront autorisés à délivrer le médicament. Elle peut limiter les quantités ou la durée du traitement. Ou encore durcir les critères de début et d'arrêt du traitement.

Ce sont précisément de telles mesures que réclament désormais les caisses maladie pour les piqûres minceur. Helsana, le plus grand assureur du pays, indique:

«Au vu des coûts élevés et de la demande dynamique, il paraît globalement judicieux de réexaminer les directives existantes et, si nécessaire, de les préciser davantage.»

Actuellement, les caisses doivent prendre en charge la piqûre pour les patients présentant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30, ou à partir d'un IMC de 27 en présence d'au moins une [maladie](#) associée liée au poids.

Selon Helsana, ces directives pourraient être renforcées. L'assureur voit des pistes supplémentaires dans la limitation de la durée ou de la quantité du traitement, ou encore dans des contrôles d'efficacité contraignants prévoyant l'arrêt de la thérapie en cas d'absence de résultat. Globalement, il est important, lors du réexamen, d'évaluer le bénéfice à long terme par rapport aux coûts, indique un porte-parole.

La Swica salue elle aussi les projets de restrictions, tout en soulignant que ces dernières devraient également être contrôlées en permanence par les caisses, ce qui représenterait une charge de travail considérable.

De nouvelles données pour de nouvelles admissions

Les fabricants ne souhaitent pas dire s'ils ont déjà déposé une nouvelle demande. «Nous sommes en contact avec l'OFSP», résume un porte-parole de la filiale suisse d'Eli Lilly, fabricant du Mounjaro. L'entreprise est convaincue de continuer à remplir les critères. Les données disponibles seraient même devenues encore meilleures. «Lors de la réévaluation, nous l'attesterons avec les données correspondantes.»

Le groupe américain Eli Lilly met en garde contre l'instauration de nouvelles restrictions, «sans quoi des patients qui pourraient bénéficier de la thérapie en seraient exclus». L'obésité serait une maladie chronique, récurrente et évolutive, à l'origine de plus de 200 maladies secondaires possibles, dont des maladies cardiaques et des cancers. Le porte-parole d'Eli Lilly poursuit:

«Un traitement efficace allège le système de santé. Un accès trop restreint, en revanche, fait manquer la possibilité de traiter plus tôt, c'est-à-dire au moment où la prévention est la plus efficace.»

Novo Nordisk entend lui aussi soumettre de nouvelles données destinées à justifier une nouvelle admission.

PHARMA

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Les erreurs médicamenteuses restent fréquentes

 24 heures | 16.06.2026

Santé suisse - Le manque de personnel et le stress poussent les soignants à commettre des erreurs médicamenteuses, rapporte «Blick». C'est le constat d'une enquête menée auprès de plus de 1000 professionnels de la santé par la Fondation sécurité des patients Suisse, pour le compte de la Commission fédérale de la qualité, qui annonce la mise en place d'un programme visant à définir des normes uniformes pour l'emploi des médicaments en Suisse. Les retours des pharmacies, des services de soins, des Urgences et des cabinets médicaux convergent: les erreurs surviennent surtout en période de pression, quand la communication fait défaut. Confondre les médicaments figure parmi les méprises les plus fréquentes. Ces incidents relèvent généralement de failles organisationnelles plutôt que de fautes individuelles et les pénuries de médicaments aggravent la situation. **(CBE)**

Gleichentags erschienen in

- Tribune de Genève

VD – Les institutions vaudoises absorbent les coupes budgétaires de 2026, mais l'avenir inquiète

 [rts.ch](https://www.rts.ch) | 19.06.2026

Près de six mois après l'entrée en vigueur du budget vaudois 2026, la plupart des institutions subventionnées ont évité les licenciements. Plusieurs ont toutefois dû geler des embauches et puiser dans leurs réserves. Le plus dur reste à venir, selon les acteurs concernés.

Juliette Jeannet

Le canton de Vaud a imposé 243 millions d'économies dans son budget 2026. Plus de la moitié de ces coupes touchent les subventions aux institutions publiques: Université de Lausanne, établissements médico-sociaux (EMS) ou hôpitaux par exemple.

Fin 2025, des milliers de Vaudois descendaient dans la rue pour protester contre ces mesures d'économie.

Des licenciements évités, mais des postes gelés

La majorité des structures contactées n'ont pas procédé à des licenciements ces derniers mois. Elles ont néanmoins dû renoncer à renouveler certains postes.

Unisanté a ainsi supprimé une demi-douzaine de postes (sur 990 collaboratrices et collaborateurs). À l'Université de Lausanne, toutes les facultés, au nombre de sept, sont concernées par un gel des embauches.

Les institutions ont trouvé diverses solutions pour absorber les économies demandées. Certaines puisent dans leurs réserves. D'autres assument un budget déficitaire ou repoussent des investissements. Plusieurs projets, notamment dans le domaine informatique, doivent être mis à l'arrêt.

C'est le cas à l'AVASAD, qui gère notamment les soins à domicile, contrainte de repousser la mise en place d'un logiciel de gestion des candidatures.

Ces stratégies permettent de limiter l'impact sur les prestations à la population et les conditions de travail. Du moins pour cette année.

La recherche et les soins sous pression

Les institutions ne considèrent pas ces coupes comme indolores. L'Université de Lausanne en témoigne: la recherche est touchée, avec des centres interdisciplinaires sur le sport et l'éthique qui subissent des restrictions, par exemple. Le développement d'un pôle lausannois d'Intelligence artificiel en santé –

medviu Medviu AG, +41 71 330 03 75, contact@medviu.ch, www.medviu.ch

Verwendung zum Eigengebrauch gemäss Art. 19 URG. Die Aufnahme in betriebsinterne Presse- bzw. Medienspiegel ist gegenüber der ProLitteris (www.prolitteris.ch) zu vergüten.

l'équivalent de sept nouveaux postes – a été interrompu. L'institution est par ailleurs aussi touchée par des coupes au niveau fédéral.

Dans les EMS, la situation est également tendue. Un directeur d'établissement accueillant une centaine de résidents explique avoir moins de marge pour remplacer les absences.

Il prévoit désormais un remplaçant par jour au lieu de deux. Les équipes de dix soignants doivent régulièrement tourner à neuf. Le risque d'épuisement des équipes augmente. Les formations des soignants et soignantes doivent également être revues à la baisse.

En dehors des économies, les charges continuent par ailleurs de grimper. L'énergie et les infrastructures informatiques pèsent de plus en plus lourd dans les budgets.

L'inquiétude porte sur le long terme

Le canton a été clair sur sa stratégie. Le redressement budgétaire ne fait que commencer. Cette perspective inquiète les institutions. Pour la plupart, il serait impossible de continuer à épargner les prestations et les emplois si les coupes augmentent.

Le budget vaudois pour 2027 sera présenté à la fin de l'été. Les institutions pourront alors élaborer leur plan d'action pour l'année prochaine.

Des coupes revues à la baisse

Dans certains domaines, les coupes budgétaires prévues pour 2026 avaient été revues à la baisse dans le courant de l'année 2025, en amont de la présentation du budget. C'était le cas pour les EMS, le maintien à domicile mais particulièrement pour les hôpitaux périphériques. Ceux-ci devaient initialement économiser 20 millions de francs. Après leur mobilisation, la coupe finale s'est limitée à 5 millions.

NE – La CSS ajoute Neuchâtel à sa liste de réseaux de soins intégrés

 Medinside (fr) | 19.06.2026

Après Morges, le Jura, Bienne, Lucerne, ou encore le Tessin, la caisse maladie s'associe au Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) et au Réseau de soins neuchâtelois.

Après plusieurs partenariats conclus avec des établissements des cantons d'Appenzell, du Jura, de Lucerne, ainsi qu'à Bienne, Morges ou encore au Tessin, la caisse maladie **CSS** poursuit l'extension de son modèle de soins intégrés. L'assureur a annoncé ce vendredi le lancement d'une nouvelle collaboration dans le canton de Neuchâtel, en partenariat avec le **Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe)** et le **Réseau de soins neuchâtelois (RSN)**.

Disponible dès la mi-juillet, l'offre réunira les équipes du RHNe, les quelque 160 médecins de famille et pédiatres membres du RSN ainsi qu'une dizaine de cabinets médicaux affiliés. D'autres cabinets devraient rejoindre le dispositif dans les prochains mois.

Sans révolutionner la formule, le réseau neuchâtelois entend appliquer les principes qui guident déjà les autres partenariats de la CSS: mieux coordonner prestataires et structures, fluidifier la circulation des informations et renforcer l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques ou complexes.

Coordinateurs et coordinatrices de santé

L'ensemble des acteurs du système de santé est appelé à participer à cet effort: médecins de famille, spécialistes, équipes hospitalières, thérapeutes, pharmaciens et services d'aide à domicile. Le volet prévention devra notamment permettre aux patients de bénéficier de programmes de «coaching», précisent les trois partenaires dans un [communiqué](#).

Autre initiative: la création d'un rôle de coordinateur ou coordinatrice de santé, assuré par des professionnels infirmiers. Ces derniers accompagneront des patients atteints de maladies chroniques ou complexes, afin de coordonner les traitements entre les différents prestataires, de faciliter les transitions entre les structures de soins et d'assurer un suivi après une hospitalisation.

Les partenaires espèrent ainsi limiter les doublons, réduire les réhospitalisations évitables et diminuer le recours inutile aux services d'urgence.

Un nouveau projet pour le RHNe

Cette alliance s'inscrit également dans une dynamique de coopération plus large entre plusieurs établissements hospitaliers romands. L'année dernière, le RHNe s'était associé à l'Hôpital du Jura, au Centre hospitalier Bienne, aux Établissements hospitaliers du Nord vaudois et à l'Ensemble Hospitalier de

la Côte pour créer, avec la CSS, le «Réseau Bleu», un partenariat destiné à couvrir un bassin d'environ un million d'habitants.

Le lancement de ce nouveau réseau intervient alors que le RHNe traverse une période particulièrement chargée. En janvier dernier, l'établissement anticipait un déficit de 12,4 millions de francs sur son budget 2026. De quoi s'interroger sur sa capacité à mener plusieurs chantiers d'envergure simultanément. Les partenaires présentent toutefois ce nouveau réseau comme une «déclinaison concrète des options stratégiques» du RHNe.

Il vient ainsi s'ajouter à une série de dossiers déjà sur la table, dont la réflexion sur une éventuelle concentration des soins aigus sur un seul site à Neuchâtel, l'intégration des activités du groupe santé Volta ainsi que le chantier du futur Pôle de santé de Monruz. **jh**

NE – Integrierte Gesundheitsversorgung im Kanton Neuenburg

 HZ Insurance | 19.06.2026

Neuartiges Gesundheitsangebot

Das Spitalnetzwerk (RHNe) und das Gesundheitsnetzwerk (RSN) für integrierte Versorgung lanciert zusammen mit der CSS Gruppe ein neuartiges Gesundheitsangebot für die Bevölkerung von Neuenburg.

- **RHNe, RSN und CSS lancieren ein integriertes Gesundheitsangebot für Neuenburg**
- **Das Modell bietet koordinierte, personalisierte Betreuung und fördert Prävention und Effizienz**
- **Ab Juli 2026 starten zehn Hausarztpraxen, weitere Partner können sich anschliessen**

Diese Art der Versorgung stellt die zu behandelnde Person in den Mittelpunkt und sieht eine verstärkte Koordination zwischen den Praktizierenden vor. Konkret bedeutet dies eine personalisierte Betreuung für bestimmte chronisch oder komplex erkrankte Patientinnen und Patienten, neue Präventionsmassnahmen und den elektronischen Informationsaustausch zwischen den Partnern im Gesundheitswesen. Dieser Ansatz soll auch die Qualität der Leistungen, die Verwaltung der medizinischen Ressourcen und die Kostenkontrolle optimieren. Das Ziel dieser Innovation ist es, die gesamte Region an diesen Vorteilen teilhaben zu lassen, wie es in einer Medienmitteilung heisst.

Herausforderungen mit einem neuen Versorgungsmodell bewältigen

Eine integrierte Versorgung ermöglicht Effizienzgewinne auf kantonaler Ebene. Dies gerade weil alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, das heisst Hausarzt, Facharzt, Spitalteam, Therapeut, Apotheker und Spitex, zusammenarbeiten. Mit der Integration einher geht der reibungslose Austausch medizinischer Informationen zwischen Fachperson und Gesundheitseinrichtung. Auch die Prävention als Baustein der Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung; OKP) wird in der integrierten Versorgung miteinbezogen, ein System also, das stark auf Heilung und Genesung ausgerichtet ist. Ein sichereres und effizienteres Medikamentenmanagement wird dieses Angebot ergänzen.

Dieser integrierte Ansatz erhöht die Qualität, fördert den verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen und verbessert die Kostenkontrolle. Es handelt sich um die konkrete Umsetzung der strategischen Leitlinien des [RHNe](#), der medizinischen Praxis des [RSN](#) und des Engagements der [CSS](#). Die Partnerschaft fügt sich zudem in das 2025 ins Leben gerufene [«Réseau Bleu»](#) ein. Ein freiwilliger Zusammenschluss autonomer Spitalpartner in der Romandie.

Verstärkte Koordination vor Ort

RHNe ist der wichtigste Akteur im Gesundheitswesen des Kantons Neuenburg. Das Spitalnetzwerk umfasst zwei Akutspitäler, zwei Rehabilitationszentren, ein zertifiziertes Palliativzentrum sowie spezialisierte ambulante Einrichtungen. Die enge Zusammenarbeit mit Réso.ne und dessen vier medizinischen Zentren stärkt die Ausrichtung auf die Allgemeinmedizin. RSN, das mit 160 Mitgliedern grösste Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten in der Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde, wird seine Zusammenarbeit mit dem Spitalnetzwerk RHNe schrittweise ausbauen.

Die CSS, die sich seit vielen Jahren für die integrierte Versorgung einsetzt, bringt ihr Know-how beim Aufbau dieser Partnerschaft ein und unterstützt die Einführung neuer Lösungen zur Verbesserung der Patientenversorgung.

Start ab Mitte Juli 2026

Ab Mitte Juli 2026 werden rund zehn Hausarztpraxen an den angebotenen Leistungen mitwirken. Weitere Praxen werden sich in den kommenden Monaten dem Angebot anschliessen. Die Initiative steht weiteren Partnern offen. (pd/hzi/pg)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

NE – Beleidigungen und Sexismus: Es brodelt in Neuenburgs OP-Sälen

 srf.ch | 20.06.2026

Belästigungsfälle

Eine Untersuchung über das Arbeitsklima in den Spitälern des Kantons Neuenburg bringt desolate Zustände ans Licht. Beschimpfungen und sexistische Ausfälle sind an der Tagesordnung.

Ludovic Rocchi / RTS

Schreie, Beschimpfungen, Erniedrigungen und Tränen gehören in den Operationssälen des Neuenburger Spitalnetzwerks (RHNe) offenbar zum Alltag. Dies geht aus einer bisher vertraulichen Untersuchung hervor, die vor über einem Jahr durchgeführt wurde und die jetzt dem Westschweizer Radio und Fernsehen (RTS) vorliegt.

Zum Bericht gehört auch eine schwarze Liste, die separat an die Führungsorgane des RHNe übermittelt wurde. Darauf befinden sich rund dreissig Namen, unter anderem jene leitender Ärzte, Oberärzte und Klinikchefs.

Alles über den Bericht im Video (mit deutschen Untertiteln)

 [Video starten, Dauer: 02:22](#)

Die Durchführung der Untersuchung war im Frühling 2025 angekündigt worden, ebenso ein «Programm für Korrekturmassnahmen». Zum Ausmass und zur Art der Probleme gab es damals jedoch keine genaueren Angaben.

Der jetzige Bericht ist ernüchternd: Nach der Anhörung von rund 100 der 300 Angestellten, die den Operationssälen zugeteilt sind, sieht der Bericht «ein schädliches Arbeitsklima, in dem verbale und zwischenmenschliche Gewalt üblich ist». Nur eine Minderheit der Befragten zeigt sich mit dem Arbeitsklima zufrieden.

«Abscheulich», «beleidigend» oder «herabwürdigend»

Am besten ist das Klima noch in La Chaux-de-Fonds – am schlimmsten in Neuenburg, konkreter im Spital Pourtalès. Dort sind drei der bekanntesten Chirurgen des RHNe beschäftigt – und sie stehen auch an der Spitze der schwarzen Liste. Das heisst, ihre Namen wurden von den Befragten am häufigsten genannt im Zusammenhang mit Verhalten, das als belästigend und sexistisch empfunden wurde. Es fallen Beschreibungen wie «abscheulich», «beleidigend» oder «herabwürdigend».

Die Beschuldigten scheinen zudem unantastbar zu sein. «Es wird sich nichts ändern, denn sie bringen dem Spital viel Umsatz und stehen der Direktion nahe», sagt eine mit den Verhältnissen betraute Person gegenüber RTS, die anonym bleiben will. Mehrere Beschwerden über das Verhalten von Kadermitgliedern sollen in den vergangenen Jahren ohne Folge geblieben sein. Auch gebe es Angst vor Repression.

Verbale Belästigung an erster Stelle

Gemäss dem Bericht stellen verbale Belästigungen das Hauptproblem dar. Zwischen einigen Kadermitgliedern und den Pflgeteams soll es heftige Spannungen geben. Teilweise grüsse man sich nicht mehr. Es wird von einem «allgemeinen Mangel an Wertschätzung» berichtet. Der Leidensdruck am Arbeitsplatz sei gross, Fälle von Burn-out und Kündigungen seien die Folge davon.

Auch sexuelle Belästigung wird im Bericht immer wieder genannt. 30 Prozent der Befragten sollen davon betroffen sein. Die Bevorzugung von jungen und hübschen Frauen sei Realität. «Wenn Sie etwas mollig und in den Wechseljahren sind, werden Sie beiseitegeschoben und schlecht behandelt», sagte eine Zeugin. Oft werde das weibliche Personal auch mit «cocotte» (Schätzchen) angesprochen. Neuzugänge würden als «Jungfrauen» bezeichnet.

Nur ein Teil der beschuldigten Chirurgen sieht dieses Verhalten als problematisch an. Andere finden, dass «es auch mal erlaubt sein müsse, zu lachen». Die Verantwortung über Leben und Tod am Operationstisch führe zu einer gewissen Abstumpfung.

Was die Spitaldirektion zu den Vorwürfen sagt

Die Direktion des Spitalnetzwerks Neuenburg (RHNe) hat dem gesamten Personal eine «Verhaltens-Charta» zukommen lassen. Darin wird eine «Nulltoleranz gegenüber jeglicher Form von Belästigung» vorgeschrieben.

Auf Anfrage von RTS präzisiert die Direktion, weitere Massnahmen seien ergriffen worden oder befänden sich in Vorbereitung. «Man kann den Wandel einer so stark verankerten Kultur nicht von heute auf morgen vollziehen», sagt Philippe Eckert, der Präsident des Verwaltungsrats.

Auf den im Untersuchungsbericht erhobenen Vorwurf, die am stärksten beschuldigten Kadermitglieder müssten keine Konsequenzen befürchten, entgegnet Eckert: Es habe sich nicht um eine Disziplinaruntersuchung gehandelt. Aber er habe sich persönlich engagiert, um die Verantwortlichen zurechtzuweisen. «Verbesserungsziele wurden festgelegt und eine Nachverfolgung ist sichergestellt», berichtete Eckert. «Falls nötig werden wir weitere Massnahmen ergreifen.»

SH – Millionenpolster für den Spitalneubau

 Schaffhauser Nachrichten | 16.06.2026

Der Kantonsrat stopft zwei Töpfe für den Spitalneubau und den Finanzausgleich. Doch viele Stimmen warnen nun vor dem Ende der üppigen Jahre.

Tobias Bolli

Wo ist das Problem? Auf den ersten Blick hat der Kanton Schaffhausen im vergangenen Jahr gut gewirtschaftet. Das Ergebnis der Staatsrechnung 2025 schliesst im grünen Bereich – und das bereits zum elften Mal in Folge. Nach der Einlage von 92,9 Millionen Franken in zwei grosse Reservetöpfe bleiben unter dem Strich immer noch 14,9 Millionen Franken übrig. Alles in bester Ordnung also?

Der Kantonsrat nahm das Ergebnis am Montag unter die Lupe und glaubte hier und da ein paar Schönheitsfehler, mitunter sogar ein paar Tolggen zu erkennen. SVP-Kantonsrat Walter Hotz warnte als Präsident der Geschäftsprüfungskommission, welche der Verwaltung und der Regierung auf die Finger schaut, vor allzu viel Enthusiasmus. Tatsächlich ist ein grosser Teil des erfreulichen Abschlusses auf Sondereffekte zurückzuführen.

Aller guten Dinge waren drei: Der Kanton profitierte von einer ungewöhnlich hohen Dividende der Axpo (52,7 Millionen Franken), einer unerwartet grosszügigen Ausschüttung der Schweizerischen Nationalbank (19,4 Millionen Franken) sowie von einer satten Gewinnausschüttung der Schaffhauser Kantonalbank (41,4 Millionen Franken). Hätten alle diese «Zustüpfen» gefehlt, wäre der Kanton vor der allfälligen Stopfung von Reservetöpfen leicht ins Minus gerutscht.

«Diese Sondereffekte sind weder planbar noch beliebig wiederholbar», warnte Hotz. «Die finanzpolitischen Herausforderungen sind damit nicht gelöst, die strukturellen Belastungen steigen.» So kündigten sich Mehrausgaben im Gesundheitswesen und durch den Finanzausgleich an, der Schaffhausen wegen seiner guten finanziellen Lage verpflichtet, andere Kantone in den kommenden Jahren mit Zahlungen unter die Arme zu greifen. Auch seien höhere Sozialabgaben zu befürchten.

Vor diesem Hintergrund sprach sich die GPK für die Bildung der beiden von der Regierung beantragten Reservetöpfe aus – 70 Millionen Franken für den gerade begonnenen Spitalneubau sowie 22,9 Millionen Franken zur Abfederung der bevorstehenden Zahlungen an die weniger prosperierenden Kantone. Das sei nichts als vorausschauend und verantwortungsvoll, meinte Hotz.

Komfortable Reserve

Über die Jahre hat der Kanton einen bemerkenswerten Berg an Eigenkapital zusammengetragen. Er beträgt nun insgesamt (Reservetöpfe eingerechnet) 865 Millionen Franken, davon sind rund 343 Millionen frei verfügbar. Das Eigenkapital sei indes «kein Freipass für neue Begehrlichkeiten», sondern «die Sicherheitsreserve unseres Kantons für künftige Schwierigkeiten und kommende Generationen», so Hotz als Sprachrohr der GPK.

Die FDP-Mitte-Fraktion sieht den Kanton mit seinem Kapitalberg in einer erfreulichen Lage. «Insbesondere verglichen mit anderen Kantonen steht Schaffhausen solide da», freute sich Mitte-Kantonsrätin Theresia Derksen. Zum Vergleich: Obschon der Thurgau mehr als dreimal so viele Einwohner hat, ist das Eigenkapital des Kantons mit rund 900 Millionen Franken kaum höher als in Schaffhausen. Das frei verfügbare Eigenkapital ist im Thurgau zudem deutlich tiefer.

Kritik am Asylbudget

SVP-Kantonsrat Erich Schudel lobte zwar die «sehr erfreuliche Einnahmenseite», zeigte sich aber besorgt über die Ausgabenseite. Bei den Personalausgaben für den Asylbereich liefen die Kosten «beinahe aus dem Ruder», wobei die Arbeitslosenzahlen bei Schutzsuchenden mit Status S trotz bemerkenswerter Anstrengungen des Kantons unter dem schweizweiten Schnitt lägen. Bedenklich sei zudem ein zunehmendes Defizit bei den Heimen, das vom Kanton zur Hälfte gedeckt wird. Angesichts dieser Absicherung scheine bei manchen Heimen der Anreiz zu fehlen, eine ausgeglichene Rechnung anzustreben. Verschiedentlich wurde zudem auf die nicht mehr uneingeschränkt sprudelnden Unternehmenssteuern hingewiesen, die wesentlich zur positiven finanziellen Lage beigetragen haben und in der Stadt und im Kanton zuletzt nach einer Reihe an Rekordjahren etwas zurückgegangen sind.

Negativ vermerkt wurde zudem die hierzulande vergleichsweise tiefe Umsetzungsquote. Der Kanton hat 2025 nur rund 37 Prozent der budgetierten Nettoinvestitionen umgesetzt, während die Stadt sogar mehr investiert hat als geplant. Baudirektor Martin Kessler führte das hauptsächlich auf «Fremdeinflüsse» zurück, etwa Klagen oder Beschwerden, die geplante Bauprojekte ausbremsen würden.

Zuletzt genehmigte der Kantonsrat die beiden beantragten Reservetöpfe fast einstimmig – 70 Millionen Franken für den Spitalneubau sowie 22,9 Millionen Franken für den Finanzausgleich. Die 70 Millionen Franken entsprechen der Einlage ins Eigenkapital der Spitäler Schaffhausen, welche die Stimmbevölkerung zusammen mit einem Darlehen von maximal 60 Millionen Franken im November genehmigt hat. Zudem wurde die Auflösung einer Reserve zur Absicherung gegen die Schwankung von Unternehmenssteuern beschlossen, nachdem diese das Ende ihrer festgelegten Laufdauer erreicht hatte.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

ZH – Spital Wetzikon erhält mehr Zeit für Verkaufsverhandlungen

 Linth-Zeitung | GZO Spital Wetzikon | 16.06.2026

Die definitive Nachlassstundung der GZO AG Spital Wetzikon wird um sechs Monate bis zum 19. Dezember 2026 verlängert. In dieser Zeit kann das Spital ein vorliegendes Kaufangebot prüfen. Das Nachlassgericht hat die definitive Nachlassstundung der GZO AG letztmals um sechs Monate verlängert, wie der Sachverwalter am Montag mitteilte. Die Voraussetzungen für eine definitive Nachlassstundung seien «weiterhin gegeben».

Der Spitalbetrieb funktioniert laut Sachwalter und Nachlassgericht weiterhin stabil und kann seine laufenden Verpflichtungen erfüllen. Über den Stand der Verkaufsverhandlungen und die verschobene Gläubigerversammlung werde zu einem späteren Zeitpunkt informiert. Das Spital Wetzikon erhielt Mitte April ein Übernahmeangebot. Dieses ist an mehrere Bedingungen geknüpft, darunter die Sicherung der kantonalen Leistungsaufträge. Kommt der Verkauf zustande, könnten die Gläubiger von besseren Konditionen profitieren. **(sda)**



Bild: Keystone

Zentralschweiz - Triaplus mit kleinem Gewinn

 Zuger Zeitung | Triaplus AG | 16.06.2026

Gesundheit - Die Triaplus AG, das Psychiatriekonkordat der Kantone Uri, Schwyz und Zug, hat das Geschäftsjahr 2025 mit einem Gewinn von 7000 Franken abgeschlossen. Gleichzeitig sei die Nachfrage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten in den Konkordatskantonen weiter gestiegen, wie das Unternehmen mitteilt. Trotz höherer Fallzahlen hätten eine tiefere Bettenauslastung, hohe Investitionen sowie zusätzlicher Personalbedarf das Ergebnis belastet.

Für 2026 plant Triaplus einen Ausbau des Angebots im Kanton Zug. In Baar werde das testpsychologische Zentrum für Erwachsene erweitert, um dem steigenden Bedarf an Abklärungen etwa bei ADHS oder Autismus zu begegnen. Zudem soll die Klinik Zugersee in Oberwil ab August die Elektrokonvulsionstherapie vor Ort anbieten.

An der Generalversammlung wurde Daniel Villiger zum neuen Verwaltungsratsmitglied gewählt. Er folgt auf Daniel Grunder, der nach rund neun Jahren zurücktritt. (rh)

prio.swiss-Chefin Saskia Schenker: «Immer mehr erhalten die Abnehmspritze» - Interview

 CH Media national | 16.06.2026

Prioswiss-Chefin Saskia Schenker kritisiert den Ausbau der Grundversicherung, die kantonale Spitalplanung sowie den drohenden Marschhalt bei den Medikamenten.

Anna Wanner und Florence Vuichard

Vor rund einem Jahr hat Saskia Schenker den Chefposten beim neuen Krankenkassenverband Prioswiss übernommen. Sie will die Krankenversicherer wieder verstärkt «als Vertreter der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler» positionieren.

Nach dem Prämienschock ist vor dem Prämienschock. Wie hoch wird er für 2027?

Saskia Schenker: Gemäss neusten Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit steigen die Gesundheitskosten um 4,5 bis 5 Prozent.

Dann dürften auch die Prämien um so viel steigen?

Die Prämien folgen grundsätzlich den Kosten, dennoch dürfen wir die beiden Entwicklungen nicht gleichsetzen. Zudem gibt es noch viele Unbekannte. So fehlen derzeit die Daten aus dem ambulanten Spitalbereich.

Noch immer?

Ja. Es gibt viele Spitäler, die noch immer nicht vollständig abrechnen können. Die Situation verbessert sich allmählich. Viele Spitäler verschicken nun Testrechnungen.

Ist das nicht ein Armutszeugnis für die Spitäler?

Gemäss den Spitälern vor allem für ihre Softwarelieferanten. Die mangelnde Datenlage hat negative Folgen für das ganze System. Gerade bei der Einführung einer neuen Tarifstruktur ist ein funktionierendes Monitoring zentral, damit wir sehen, wie die Tarifstruktur wirkt.

Trotz vieler Kostendämpfungspakete steigen die Gesundheitskosten ungebremst weiter. Warum?

In den vergangenen Jahren haben Parlament sowie das Bundesamt für Gesundheit den Leistungskatalog laufend erweitert. Wir müssen als Gesellschaft die Diskussion führen, ob wirklich immer mehr Leistungen in die Grundversicherung aufgenommen werden sollen, die dann alle gemeinsam via die Prämien finanzieren müssen.

An was denken Sie konkret?

Nehmen wir als Beispiel die Sturzpräventionsprogramme in der Physiotherapie für Menschen über 65 Jahre. Dabei werden zu Hause Massnahmen zur Verhinderung von Stürzen umgesetzt. Da kann man sich durchaus fragen: Gehört das in die Grundversicherung oder nicht? Anderes Beispiel: Vor einigen Jahren

wurden gewisse podologische Leistungen aufgenommen. Es gibt immer gute Argumente dafür, das ist mir klar. Die Frage ist, wo die Grenzen sind.

Das sind kleine Posten.

Ja, aber es sind viele. Jeder einzelne Entscheid erscheint klein, aber in der Summe entsteht ein erheblicher Kosteneffekt. Es sind oft kleine und schnell getroffene Entscheide, die in der Summe sehr viel ausmachen.

Können Sie beziffern, wie hoch dieser Effekt ist?

Nein, noch nicht. Wir versuchen das derzeit auf die Prämienentwicklung herunterzubrechen und verlangen von der Politik und dem Bundesamt gegenüber der Öffentlichkeit mehr Transparenz bei solchen Entscheiden. Ein weiteres Beispiel sind die Abnehmspritzen, die unter bestimmten Voraussetzungen von der Grundversicherung bezahlt werden. Allein im vergangenen Jahr beliefen sich die Kosten für Semaglutid-Präparate – also Wegovy und andere Medikamente mit demselben Wirkstoff – auf rund 200 Millionen Franken. Und die Kosten steigen weiter.

Sind Sie dagegen, dass die Spritzen von der Grundversicherung bezahlt werden?

Wenn jemand adipös, also krankhaft übergewichtig ist und dadurch schwere Folgeerkrankungen drohen, kann eine Abnehmspritze eine wichtige therapeutische Massnahme sein – und ist berechtigt für die Grundversicherung. Im Moment sehen wir vor allem eine starke Zunahme der Personen, die die Voraussetzungen erfüllen. Die Behandlung wird heute relativ rasch eingesetzt, was zusätzlich eine Sogwirkung entfaltet.

Aber es gibt doch Einschränkungen bei der Abgabe?

Wir sehen dennoch eine massive Entwicklung. Immer mehr Interessierte erhalten die Abnehmspritze so verschrieben, dass sie von der Grundversicherung übernommen werden muss. Ein Beispiel dafür ist die Voraussetzung, dass eine Diabetes-Vorstufe vorliegen muss. Ab einem gewissen Alter zeigen viele Menschen entsprechende Anzeichen, was die Abgrenzung anspruchsvoll macht.

Sie sagen also, die Ärzte finden einen Weg, die Abnehmspritzen zu verschreiben?

Ich spreche hier nicht von Missbrauch. Das System ist grundsätzlich so aufgebaut, dass der Weg über die Grundversicherung gefunden wird. Für die Versicherer ist das schwierig.

Die grosszügige Auslegung?

Gerade die Abgabe von Wegovy und ähnlichen Medikamenten müssen wir sehr genau beobachten. Die Abgabe ist aktuell auf drei Jahre befristet. Es gibt aber Ärzte, die sagen, man müsse die Medikamente lebenslang einnehmen. Das muss medizinisch beurteilt werden. Wir erwarten nun vom Bund eine klare Auslegeordnung, wie das weitergehen soll. Fällt die Befristung, zahlt die Bevölkerung unbegrenzt – und zwar für immer mehr Menschen. Und da stellt sich die Frage: Ist das im Sinne des Erfinders? Bei Wegovy und Co. erleben wir erstmals seit Langem wieder eine interessante gesellschaftliche Diskussion darüber, was eine Sozialversicherung bezahlen soll und wo ihre Grenzen sind.

Diese Diskussion müssen wir auch bei der Angehörigenpflege führen.

Ja, da sehen wir ein starkes Wachstum. Bei der Spitex sind es plus 12 Prozent. Und die Angehörigenpflege ist neben der Alterung der Gesellschaft ein wesentlicher Treiber. Pflegende Angehörige leisten einen wichtigen Beitrag, jedoch benötigt es in diesem Bereich mehr Regulierung und klarere Definitionen. Sonst nimmt die Entwicklung ein Ausmass an, das für die obligatorische Grundversicherung nicht mehr tragbar ist.

Was in der Grundversicherung ist, fliegt nie mehr raus?

Das stimmt. Deshalb wollen wir die Verfahren stärken, mit denen Leistungen im Leistungskatalog auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Erfüllen Leistungen die Kriterien nicht mehr, müssen wir sie streichen können. Hier haben wir viel Aufholbedarf.

Werden die Krankenkassen angriffbarer?

In erster Linie bringen wir uns im Sinne der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler und einer zielgerichteten Versorgung ein. Aber ja, wir haben Beschwerden gegen gewisse kantonale Spitalplanungen eingereicht, jüngst gegen die Spitalplanung im Kanton Schwyz. Für die Kantone ist das natürlich nicht angenehm. Wir bilden ein Gegengewicht zu den Leistungserbringern, die regelmässig mit Beschwerden drohen, wenn ihnen Leistungen oder Aufträge entzogen werden, weil sie die Kriterien nicht mehr erfüllen.

Jüngst haben die Kantone ihre Spitäler aber eher aus- statt abgebaut.

Es geht nicht darum, den Menschen etwas wegzunehmen. Es geht darum, die Qualität zu verbessern. Heute werden in der Schweiz noch immer zu viele Behandlungen an Standorten durchgeführt, die zu geringe Fallzahlen haben. Die Wissenschaft zeigt klar, dass tiefe Fallzahlen häufig mit schlechterer Behandlungsqualität verbunden sind.

Ein Thema sind auch die Medikamentenpreise. Die Politik krebst bei den Rabatten für umsatzstarke Arzneien wieder zurück. Zu Recht?

Nein. Das Kostendämpfungspaket enthält fünf Massnahmen. Vier sollen den Zugang für die Pharma und ihre innovativen Medikamente verbessern, eine betrifft die Kosten: Für besonders umsatzstarke Medikamente sollen die Hersteller Rabatte gewähren. Das ist ein Parlamentsbeschluss und muss umgesetzt werden, darauf beharren wir. Über die konkrete Ausgestaltung können wir diskutieren. Wobei diese Rabattmodelle bei umsatzstarken Medikamenten sowieso erst greifen, wenn ein grosser Teil der Forschungs- und Entwicklungskosten refinanziert ist. Die Einstiegspreise können weiterhin so hoch bleiben wie bis anhin. Das ist ein wirtschaftlich sinnvolles Instrument.

Lässt es sich aufschieben?

Ein Verzögern lehnen wir ab. Die Politik wird der Bevölkerung kaum erklären können, weshalb eine Kostendämpfung von 350 Millionen Franken nicht umgesetzt werden soll.

Macht die Pharma also ein Theater für nichts?

Alle haben stets gute Argumente, warum Leistungen nicht gekürzt und Preise nicht gedrückt werden sollen.

Wir reden seit 20 Jahren über Massnahmen gegen steigende Prämien. Die einzigen, die ergriffen wurden, sind Senkungen bei den Medikamentenpreisen.

Bei den Medikamenten kann der Bund eigenständig handeln, weil es administrierte Preise sind. Fakt ist auch, dass die Preise für neue Medikamente heute viel höher sind als noch vor ein paar Jahren. Die Pharma ist sicher nicht die einzige Branche, die zur Kostendämpfung beiträgt. Der Bundesrat hat auch schon beim Arzttarif eingegriffen oder bei den Laboranalysen. Und auch die Versicherer sehen sich konstant in der Pflicht.

Was ist denn ihr Beitrag?

Neben der Finanzierbarkeit und einer guten Versorgung kümmern wir uns um die Rechnungskontrolle. Jährlich laufen rund 150 Millionen Rechnungen digital durch das System. Dadurch verhindern die Krankenversicherer Zahlungen von rund 4 Milliarden Franken, die sonst aufgrund fehlerhafter oder ungerechtfertigter Rechnungen geleistet würden.

Liberale Ökonomin

Saskia Schenker, 46, ist seit Mai 2025 Direktorin von Prioswiss, dem neuen Krankenkassenverband, der aus dem Zusammenschluss von Santésuisse und Cura futura hervorging. Zuvor leitete die Politologin und Ökonomin, die an der Universität Bern studiert hat, den Arbeitgeberverband der Region Basel. Schenker sass für die FDP bis vor kurzem im Baselbieter Kantonsparlament. (chm)



Saskia Schenker: «Die Krankenversicherer verhindern Zahlungen von rund 4 Milliarden Franken.»Bild: Jeannette Meier Kamer