

## Inhaltsverzeichnis

### H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Zu wenige Weiterbildungsstellen in den Spitälern für angehende Ärzt:innen

 Radio SRF 4 News | 03.07.2026

TARDOC: Le plafonnement des points tarifaires divise le corps médical

 Medienecho | 06.07.2026

Bund will Vergütungen für Ärzte deckeln

 Medienecho | 05.07.2026

### H+ - PFLEGEINITIATIVE / INDIREKTER GEGENVORSCHLAG

FR – Renforcer les soins infirmiers

 La Liberté | 04.07.2026

FR – Fribourg introduit de nouvelles mesures pour les soins infirmiers

 rts.ch | 03.07.2026

FR – Gegen den Frust im Spital: Freiburg rüstet bei Pflegepersonal auf

 Radio SRF 1 | 04.07.2026

### DIVERSES

Lavoro in Svizzera: 300'000 nuovi posti in cinque anni

 rsi.ch | 06.07.2026

«L'échec de La Poste n'est pas celui du DEP» - Interview

 L'Agefi | 03.07.2026

Mehr Studienplätze, neuer Numerus clausus: Universitäten legen Reformplan vor

 Medinside (de) | 02.07.2026

Dieser Datenfriedhof bringt nur Kosten - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.07.2026

### SPITÄLER

Kinderspital: Widerspruch ist erwünscht

 NZZ am Sonntag | 05.07.2026

Hôpitaux et psychiatrie: recettes nettement plus élevées avec moins de personnel

 Medinside (fr) | 02.07.2026

Gli ospedali svizzeri stanno meglio

 Corriere del Ticino | 01.07.2026

ZH, VD – Le CHUV et l'USZ restent les cliniques spécialisées dans le traitement des brûlures graves

 Medinside (fr) | 30.06.2026

ZH, VD – HSM: USZ und CHUV bleiben Spezialkliniken für schwere Verbrennungen

 Medinside (de) | 30.06.2026

Studie: Spitalfinanzen besser, aber noch nicht gut genug

 SRF 1 | 30.06.2026

«Spital zuhause» überzeugt internationale Jury



Medinside (de) | 30.06.2026

Coup de chaud sur les systèmes de soins



Le Temps | 01.07.2026

AG – SP und Grüne kämpfen für die Regionalspitäler



Aargauer Zeitung - Hauptausgabe | 01.07.2026

FR – Ça a chauffé à l'hôpital



La Liberté | 30.06.2026

#### GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

EFAS: Die grosse Führungsaufgabe der nächsten Jahre



Medinside (de) | 04.07.2026

Heftiger Streit: Neuer Physiotarif spaltet die Branche



CH Media national | 06.07.2026

#### KANTONAL / REGIONAL

ZH – Was hier auf dem Müll landen würde, hilft in der Ukraine, Leben zu retten



tagesanzeiger.ch | 02.07.2026

#### PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

BS – Rund 2,6 Millionen Franken Finanzhilfe für Basler Unipsychiatrie



nau.ch | 30.06.2026

#### KRANKENKASSEN

Les patients les plus aisés restent hospitalisés moins longtemps



Medinside (fr) | 30.06.2026

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Zu wenige Weiterbildungsstellen in den Spitälern für angehende Ärzt:innen

 Radio SRF 4 News | 03.07.2026

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, Start: 09:52, Ende: 12:50](#)

# TARDOC: Le plafonnement des points tarifaires divise le corps médical

Les partenaires tarifaires ont fixé une limite au nombre de points facturables – une mesure voulue par le Conseil fédéral pour prévenir les abus.



Medienecho | 06.07.2026

---

Yvonne Gilli: «Cette restriction n'a jamais été notre intention» - Interview



Medinside (fr) | 06.07.2026

---

Un nombre limité de patients? L'association de médecins Mfe relativise les craintes



Medinside (fr) | 03.07.2026

---

Les modalités du plafonnement des points tarifaires Tardoc



Medinside (fr) | 03.07.2026

---

Finir sa journée à midi? Le plafonnement des points tarifaires divise le corps médical



Medinside (fr) | 03.07.2026

---

# Yvonne Gilli: «Cette restriction n'a jamais été notre intention» - Interview

 Medinside (fr) | 06.07.2026

Yvonne Gilli, présidente de la FMH, explique pourquoi l'association des médecins a accepté un plafond quotidien des points tarifaires – et appelle à ne pas céder trop vite aux scénarios catastrophes.

## Ralph Pöhner

*Madame Gilli, il règne un très grand mécontentement parmi vos membres: beaucoup considèrent que le plafond prévu pour les points tarifaires médicaux facturables par jour de travail est dangereux. Pourquoi le comité directeur de la FMH l'a-t-il approuvé?*

Cette frustration est tout à fait compréhensible, et il est vrai que cette réglementation concerne tous les médecins exerçant en ambulatoire. La FMH s'était fermement opposée à une telle limitation du temps de travail au Parlement, mais la loi a finalement été adoptée. Afin d'empêcher le Conseil fédéral d'édicter une ordonnance purement étatique, nous avons dû présenter notre propre concept en collaboration avec les partenaires tarifaires. Il ne s'agissait d'ailleurs pas d'une décision prise uniquement par le comité directeur, mais d'une décision adoptée par les instances démocratiquement légitimées et les délégués tarifaires de toutes les sociétés de discipline médicale. Maintenant que ce concept a été déposé, nous gagnons du temps pour examiner les différentes situations concernées. Il reste en effet possible de redéfinir chaque année la limite maximale.

**Yvonne Gilli**, médecin spécialiste en médecine interne générale, est présidente de la Fédération des médecins suisses (FMH) depuis 2021.

*Vous évoquez les dispositions légales. Une [pétition lancée par des médecins](#) demande désormais que l'on renonce complètement à une telle limite maximale du temps de travail. Est-ce donc tout simplement irréaliste?*

Oui, car la loi a déjà été adoptée. Une suppression totale nécessiterait une réforme législative, et ce que fait le Parlement ne dépend pas de nous. Nous essayons désormais de tirer le meilleur parti possible de la marge de manœuvre dont nous disposons.

*La principale critique porte sur le plafond fixé à 1'577 points tarifaires. N'était-il pas possible de relever cette valeur, c'est-à-dire d'«assouplir» en quelque sorte le plafond prévu par la loi?*

C'était le maximum que nous pouvions obtenir lors des négociations avec l'ensemble des partenaires tarifaires, compte tenu des directives du Conseil fédéral. Mais il ne faut pas pour autant envisager des scénarios catastrophes avant d'en connaître les répercussions précises. Nous avons d'abord besoin de retours d'expérience détaillés pour voir si une activité médicale conforme aux règles entraîne réellement des dépassements. Le Parlement a exigé une limite du temps de travail rémunéré, mais son intention n'a jamais été que les cabinets ferment à midi ou que les patients ne puissent plus être pris en charge.

*Pourtant, des craintes très concrètes circulent actuellement. Premièrement: le plafond de 1'577 points fixé par la loi pourrait limiter à tel point le chiffre d'affaires des cabinets médicaux que les coûts ne seraient plus couverts; cela pourrait même conduire à des fermetures de cabinets. Êtes-vous en mesure d'apaiser les craintes à ce sujet?*

Ni les partenaires tarifaires, ni le Conseil fédéral, ni le Parlement n'ont intérêt, en cette période de pénurie de médecins, à ce que des cabinets disparaissent. Les dispositions légales exigent d'ailleurs que les tarifs soient corrects et économiquement appropriés, et cette nouvelle limitation ne doit pas prévaloir sur les autres dispositions tarifaires. Il faut désormais garder son calme. Les adaptations logicielles nécessaires pour permettre aux médecins de vérifier leur situation individuelle font encore défaut.

*Deuxième crainte: ces plafonds introduisent le concept de budget global dans le système de santé suisse, ce qui reviendrait à instaurer une forme de rationnement par des moyens détournés. Ou, plus concrètement: au final, les médecins rentrent chez eux à midi parce qu'ils ont atteint leur plafond de facturation, alors même que la salle d'attente est pleine. Ces craintes sont-elles justifiées?*

En principe, nous partageons cette préoccupation, car nous avons observé des évolutions similaires dans des pays comme l'Allemagne. En Suisse, nous disposons d'ailleurs déjà d'un budget global, assorti d'une directive du Conseil fédéral stipulant que la croissance des coûts dans le secteur ambulatoire ne doit pas dépasser 4% par an. Nous nous opposons également à cette mesure. La limitation du nombre de points tarifaires constitue désormais une restriction supplémentaire. Malheureusement, il existe une base légale à cet effet que nous n'avons pas pu empêcher. Nous allons désormais négocier, avec beaucoup de rigueur, les modalités détaillées de cette réglementation afin de garantir des tarifs appropriés pour tous.

*De quoi s'agit-il?*

Les partenaires sociaux ont fixé dans le Tardoc un plafond pour les points tarifaires journaliers des médecins exerçant en ambulatoire. C'est ce qu'avait exigé le Conseil fédéral. Entre autres, la somme des points tarifaires correspondant aux prestations médicales facturées à l'assurance de base via Tardoc ne doit pas dépasser 1'577 par jour – en moyenne mensuelle et par médecin traitant. Les traitements d'urgence et le temps consacré à la documentation ne sont pas pris en compte. La réglementation est désormais soumise au Conseil fédéral pour approbation. Elle pourrait entrer en vigueur en janvier 2027.

*La crainte suivante est fondamentale: les professions libérales se voient imposer une limite de chiffre d'affaires fixée par l'État. Assistons-nous définitivement à la fin de la liberté d'entreprise pour les médecins indépendants?*

Non. Nous ne le voulons pas et nous ne l'accepterons pas. Mais il est vrai que les conditions-cadres de l'exercice de la médecine libérale se sont détériorées ces dernières années, en raison d'une administration coûteuse et d'une micro-réglementation toujours plus envahissante. La durée maximale de travail est une autre forme de micro-réglementation contre laquelle nous nous battons, car nous voulons protéger l'activité médicale libérale.

*Une autre critique porte sur le fait que les différentes disciplines seraient traitées de manière inégale: les médecins généralistes, les psychiatres ou les gynécologues pratiquant l'échographie seraient en effet davantage touchés par les durées maximales que les spécialités nécessitant des infrastructures importantes. Cela ne serait pas approprié. Que répondez-vous?*

Il est vrai que les différentes disciplines sont touchées de manière inégale. C'est pourquoi nous souhaitons suivre de près l'évolution de la situation et, pour cela, nous dépendons impérativement des retours d'information des médecins et des organisations professionnelles.

*La FMH a-t-elle suffisamment informé ses membres et ses sociétés de spécialité au préalable? D'une manière générale, on a l'impression que cette publication a pris de nombreux médecins au dépourvu.*

Nous avons fourni des informations très détaillées malgré des délais très serrés. La FMH avait assuré la transparence du processus parlementaire et mis en garde très tôt contre cette loi, même si, au départ, les professionnels concernés n'avaient pas encore pleinement pris conscience de l'impact qu'elle aurait sur eux. De mars à juin, nous avons informé à plusieurs reprises et de manière détaillée les délégués et les instances compétentes.

**«Toutes les parties prenantes à la négociation tarifaire ont intérêt à trouver une solution permettant de fixer des tarifs économiquement**

## justifiés, et ce sans que les médecins soient soumis à des restrictions en matière d'horaires de travail.»

Au final, toutes les instances ont approuvé ce projet à contrecœur, car il nous laisse une certaine liberté d'action et une certaine souplesse pour procéder à des ajustements annuels – contrairement à une ordonnance de l'État. Je le répète: cette restriction n'a jamais été notre intention.

*La FMH s'est fermement opposée, au cours du processus législatif, à de telles limites de temps. Comment en est-on tout de même arrivé là?*

C'est ce qu'a voulu le Conseil des États. La commission s'est appuyée sur des décomptes peu plausibles, dans lesquels 24 heures de travail semblaient avoir été facturées pour une seule et même journée. Nous avons contesté cette décision, en faisant notamment valoir que de telles factures passaient probablement par un numéro collectif et ne provenaient pas d'un seul médecin. Nous avons également souligné que les véritables cas de fraude peuvent être très facilement détectés et sanctionnés par les assureurs. Finalement, la réglementation a été adoptée à une courte majorité. Derrière cela se cache sans doute un mélange de méfiance et d'ignorance.

*Qu'espérez-vous pour la suite du processus jusqu'en 2027? Qu'attendez-vous des autres partenaires tarifaires, de l'association des hôpitaux H+ et de l'association des assureurs Prioswiss?*

Je pars du principe que ni les prestataires – en l'occurrence H+ – ni les assureurs ne souhaitent mettre en péril le partenariat tarifaire. Nous avons tous les trois intérêt à trouver une solution qui permette de fixer des tarifs économiquement viables, et ce sans que les médecins soient limités dans leurs horaires de travail et sans que la prise en charge des patients soit compromise.

- [Finir sa journée à midi? Le plafonnement des points tarifaires divise le corps médical](#)
- [Un nombre limité de patients? L'association de médecins Mfe relativise les craintes](#)
- [Les modalités du plafonnement des points tarifaires Tardoc](#). Le document de la FMH, de H+ et de Prioswiss sur le plafonnement des points tarifaires du volet médical du TARDOC n'existe pour l'heure qu'en allemand. Nous en publions une version française.

# Un nombre limité de patients? L'association de médecins Mfe relativise les craintes

 Medinside (fr) | 03.07.2026

Selon les calculs de Mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, le plafond de prestations médicales facturables ne devrait guère impacter le quotidien des cabinets.

Le plafond prévu pour la facturation des prestations médicales quotidiennes suscite des inquiétudes chez de nombreux praticiens, y compris parmi les médecins généralistes. Les discussions au sein de la profession ont donné lieu à diverses estimations: un médecin exerçant en cabinet de médecine générale pourrait bientôt être confronté à des plafonds de prise en charge significatifs, avec seulement 15 à 25 patients par jour (selon les calculs) avant d'atteindre le « lafond» prévu par la future directive Tardoc.

Pourtant, pour l'association Mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, «cette impression est erronée», précise-t-elle dans une prise de position publiée vendredi soir. «Du point de vue de Mfe, il n'y a actuellement aucune raison de s'inquiéter, car le plafond prévu pour les prestations médicales ne devrait guère avoir d'incidence sur la prise en charge assurée par les médecins de famille et les pédiatres dans leur pratique quotidienne.»

- [Prise de position de mfe Médecins de famille et pédiatres de Suisse](#) (en allemand) concernant le plafond prévu pour l'AL dans le tarif ambulatoire, 3 juillet 2026.

D'après les calculs de mfe, il faudrait fournir des efforts exceptionnels pour atteindre, uniquement grâce aux consultations médicales, le plafond de 1'577 points tarifaires par jour ouvrable prévu dans le projet. Un médecin devrait ainsi consacrer environ douze heures par jour, durant un mois entier, à des consultations en contact direct avec les patients, et ce chaque jour ouvrable.

Ce n'est pas impossible: des charges de travail très élevées peuvent en effet survenir lors de vagues d'infections ou durant certaines journées particulièrement chargées. Il s'agit toutefois ici d'une moyenne calculée sur l'ensemble du mois et par médecin praticien (sur la base du numéro GLN). Or, dans la pratique quotidienne, cette moyenne se situe, «même chez les collègues les plus efficaces, en dessous du plafond prévu».

Conclusion: «Les cabinets de médecine générale et de pédiatrie ne devraient donc guère être affectés par cette nouvelle réglementation.»

Il n'en reste pas moins qu'une révision des données de base aujourd'hui obsolètes apparaît indispensable pour mieux refléter les réalités du travail médical contemporain, et qu'elle nécessitera l'engagement de l'ensemble du corps médical.

Dans le domaine de la médecine générale et de la pédiatrie, les principaux problèmes se situent, selon Mfe, ailleurs: dans le manque de relève, dans la garantie d'une prise en charge de proximité, dans la complexité croissante des cas, dans les tâches de coordination omniprésentes et dans l'alourdissement de la bureaucratie. **rap**

# Les modalités du plafonnement des points tarifaires Tardoc

 Medinside (fr) | 03.07.2026

Le document de la FMH, de H+ et de Prioswiss sur le plafonnement des points tarifaires du volet médical du TARDOC n'existe pour l'heure qu'en allemand. Nous en publions une version française.

Les partenaires tarifaires FMH, H+ et Prioswiss ont publié un document, daté du 2 juin 2026, précisant les modalités de mise en œuvre du plafonnement du nombre de points tarifaires du volet médical du TARDOC pouvant être facturés par jour de travail.

À ce jour, ce document n'est disponible qu'en allemand. Afin de permettre aux acteurs de Suisse romande d'en prendre connaissance dans leur langue de travail, nous publions ci-dessous une traduction française réalisée par nos soins.

Cette traduction est fournie à titre d'information journalistique et documentaire. En cas de divergence d'interprétation, seule la [version originale allemande](#) fait foi.

## Document de la FMH, H+ et Prioswiss

Plafonnement du nombre de points tarifaires du volet médical du TARDOC pouvant être facturés par jour de travail. État au 2 juin 2026.

### 1. Situation initiale

- Selon l'alinéa 6 de la disposition transitoire de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMa) du 21 mars 2025, le Conseil fédéral sera «chargé de modifier la structure tarifaire nationale ambulatoire de manière à ce qu'un plafond soit fixé pour le nombre de points tarifaires pouvant être facturés par jour pour les prestations médicales». Il met en œuvre cette modification après consultation des partenaires tarifaires, au 1er janvier 2026.
- Dans la lettre d'approbation du Conseil fédéral du 30 avril 2025, mais aussi lors des réunions de reporting, l'OFSP a invité les partenaires tarifaires à convenir d'un plafond AL dans la convention relative à la structure tarifaire.
- Après des consultations intensives et un échange constructif, les partenaires tarifaires se sont entendus sur la solution suivante.
- Cette mesure vient compléter les limitations actuelles du système tarifaire, ainsi que les dispositions tarifaires relatives au contrôle du caractère économique des prestations (conformément à l'article 56, alinéa 6, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie).

## 2. Mise en œuvre

- Calcul: dans le modèle de coûts actuel, le barème de coûts par minute est de 2,19 TP/min. En partant du postulat d'une durée de travail de 12 heures par jour, on obtient la formule suivante:  $12 \text{ h} \times 60 \text{ min} \times 2,19 \text{ TP/min} = 1'577 \text{ TP par jour}$ .
- La somme des points tarifaires (TP) facturés par le médecin ne doit pas dépasser le seuil de 1'577 TP (soit 12 heures de travail facturable, ou 10,5 heures dans le cas de la psychiatrie) par jour de travail, sur une période d'un mois. Sont pris en compte les jours de travail effectifs au cours desquels des prestations médicales ont été facturées.
- Ces considérations sont basées sur un barème de coûts de 2,19 TP par minute pour les prestations médicales. En cas de consultation pressante ou d'urgence, le taux horaire est toutefois plus élevé en raison des positions de majoration, et la limite serait donc atteinte plus rapidement. Par conséquent, et afin de ne pas compromettre la prise en charge d'urgence, notamment dans les régions périphériques, les prestations médicales de l'ensemble des positions du chapitre AA.30 (Consultations pressantes et urgentes dans la pratique privée) ne sont pas concernées.
- Le chapitre AA.25 (Rapports médicaux et expertises) est également exclu, les rapports ne constituant pas des prestations médicales directes, étant souvent imposés par des tiers et étant juridiquement requis, leur inclusion conduirait à de mauvaises incitations et à une distorsion de la gestion des soins. La qualité des rapports a un effet positif immédiat sur la qualité des prises en charge. Des mesures qui conduiraient indirectement à une limitation du temps consacré à la rédaction de rapports sont donc absolument à éviter. En effet, l'inclusion des rapports créerait un incitatif inapproprié: les médecins devraient alors éventuellement accorder des priorités entre la prise en charge médicale et la rédaction de rapports, afin de ne pas dépasser le plafond imposé. Cela irait à l'encontre de l'objectif d'une prise en charge adaptée aux besoins.
- La disposition contractuelle repose sur une exigence de la LAMal. En conséquence, les prestations qui ne sont pas facturées à la charge de l'AOS ne sont pas prises en compte. Les prestations fournies dans le cadre des forfaits ambulatoires sont également exclues, la prestation médicale n'y étant pas délimitée de manière distincte sur le plan tarifaire.
- Seules les prestations du médecin exécutant sont prises en compte, et non celles du médecin responsable (basées sur le numéro GLN – Global Location Number – figurant sur la facture).

### 2.1 Positionnement de la disposition

Afin de pouvoir intégrer cette disposition dans le système tarifaire, l'interprétation générale 2 («Prestation médicale (PM)») de l'annexe A2 (sous-titre: «Modalités d'application spécifiques pour le tarif des prestations individuelles») sera complétée.

### 2.2. Formulation pour la mise en œuvre du plafonnement

Al. 1: la somme des points tarifaires pour les prestations médicales (TP-AL) facturées à l'assurance obligatoire des soins (AOS) via le tarif des prestations individuelles TARDOC ne doit pas dépasser, en moyenne et par médecin, la limite de 1577 points tarifaires par jour de travail.

Al. 2: Les prestations des sous-chapitres AA.30 (Consultations pressantes et urgentes dans la pratique privée) et AA.25 (Rapports médicaux et expertises) ne sont pas prises en compte dans le calcul de la limite maximale mentionnée à l'alinéa 1.

## 2.3. Révision

Le plafond doit être adapté en cas de modification du barème de coûts par minute. **jh**

**Traduction française réalisée par la rédaction (J. Picard) sur la base du document allemand publié par la FMH, H+ et Prioswiss («Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils des TARDOC», état au 2 juin 2026). Cette traduction n'a pas de caractère officiel et est publiée exclusivement à des fins d'information. En cas de divergence, le texte allemand original prévaut.**

# Finir sa journée à midi? Le plafonnement des points tarifaires divise le corps médical

 Medinside (fr) | 03.07.2026

Les partenaires tarifaires ont fixé une limite au nombre de points facturables – une mesure voulue par le Conseil fédéral pour prévenir les abus. Les modalités de mise en œuvre suscitent toutefois une vive inquiétude au sein de la profession.

## Ralph Pöhner

Peut-on imposer une durée maximale de travail aux médecins? Et si oui, quelle serait-elle? Ces questions font l'objet d'un vif débat au sein de la profession. L'élément déclencheur: un document intitulé «Limite maximale des points tarifaires facturables par jour de travail pour la partie médicale du TARDOC», publié par la FMH (Fédération des médecins suisses), l'association des hôpitaux H+ et l'association des assureurs PrioSwiss.

Les partenaires y présentent les détails du nouveau système tarifaire, qui doivent désormais être transmis au Conseil fédéral. Le point le plus délicat: la somme des points tarifaires correspondant aux prestations médicales facturées à l'assurance de base via le TARDOC ne doit pas dépasser 1'577 points par jour, en moyenne mensuelle et par médecin. Certains actes, tels que les consultations urgentes ou le temps consacré à la documentation, ne sont pas comptabilisés.

Ce seuil semble inacceptable pour de nombreux médecins. En l'espace de quelques heures, plusieurs centaines d'entre eux se sont organisés au sein d'un groupe WhatsApp, ont signé une [pétition](#) adressée à l'Assemblée fédérale et ont partagé leurs critiques ainsi que leurs projets de mobilisation sur des plateformes telles que LinkedIn. «Une farce», pouvait-on lire, «une catastrophe!», ou encore: «le budget global entre par la petite porte.»

## «Super concept!»

Pourquoi un tel tollé? Beaucoup considèrent qu'une limitation du temps de travail constitue une erreur en soi, puisqu'elle pénaliserait l'efficacité. Mais ce sont surtout les conséquences concrètes – bien que potentielles – pour les cabinets médicaux et les patients qui cristallisent les critiques: le seuil de 1'577 points tarifaires risquerait, dans de nombreux cas et pour de nombreuses spécialités, d'amener les médecins à atteindre leur plafond alors que leur journée de travail serait encore loin d'être terminée. Pour certains, cette situation équivaldrait à une nouvelle forme de «rationnement» des soins médicaux.

Autre crainte: celle d'une menace pour l'existence même des cabinets médicaux. Le plafonnement des prestations médicales freinerait également les prestations techniques et d'infrastructure, qui vont souvent de pair avec celles-ci. Tout cela limiterait considérablement les recettes.

«Un super concept pour améliorer considérablement l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des médecins exerçant en ambulatoire», ironise un propriétaire de cabinet sur LinkedIn. «En tant que médecin généraliste, je terminerai désormais ma journée de travail tous les jours vers 13 heures. Qu'advient-il alors des patients et des services d'urgence? Plus mon problème – la FMH et le Conseil fédéral pourront s'en charger eux-mêmes.»

Selon une autre estimation, un médecin généraliste fermerait son cabinet après avoir vu environ 22 patients lors d'une journée type sous le système TARDOC. «Nous sommes confrontés à une pénurie de médecins généralistes, et ce plafonnement équivaut pratiquement à une interdiction d'exercer», fait-on remarquer dans un commentaire.

«Un plafond du volume de points tarifaires pourrait également s'avérer contre-productif, car les prestataires dont le volume est inférieur à ce seuil pourraient le considérer comme un niveau de référence à atteindre.» — OFSP, avril 2024.

La pétition, qui avait recueilli 4'000 signatures ce vendredi matin, évoque une autre question: «La limitation prévue constitue une atteinte profonde aux soins ambulatoires en Suisse», peut-on y lire. «Les médecins devraient cesser leur activité une fois le plafond journalier fixé par l'administration atteint, alors même que des patients auraient encore besoin d'une prise en charge médicale.»

En outre, le plafond prévu serait appliqué de manière uniforme à toutes les spécialités, malgré des profils de prestations très différents. Il conduirait ainsi «à une inégalité de traitement qui ne se justifie pas objectivement».

Ce qui se passe depuis jeudi rappelle fortement les événements survenus ces dernières semaines dans le domaine de la physiothérapie. Les événements se succèdent selon le même schéma: les prestataires – qu'ils soient physiothérapeutes ou médecins – protestent, estimant que leurs associations professionnelles (Physioswiss ou la FMH) n'ont pas suffisamment défendu leurs intérêts face à H+ et PrioSwiss. Dans les deux cas, un manque d'information est dénoncé.

Et dans les deux cas, ce dilemme résulte de directives gouvernementales imposant certaines restrictions.

## Le dilemme de la FMH

La FMH a entre-temps publié une [note explicative](#) concernant ce plafond, dans laquelle elle précise s'être fermement opposée à cette disposition lors des débats parlementaires. Le Conseil fédéral doit néanmoins mettre en place un tel «plafond pour les points tarifaires facturables par jour de travail pour la partie médicale»; c'est ce que prévoient les dispositions actuelles de la LAMal, adoptées par le Parlement en 2024.

À l'époque, le concept de la «guillotine temporelle» visait à remédier aux lacunes du TARMED; en effet, l'ancien tarif à l'acte permettait de facturer un nombre parfois irréaliste de prestations journalières ou d'heures de travail.

Notons que l'OFSP avait lui-même mis en garde contre les dangers évoqués aujourd'hui par les praticiens: «Dès que les prestataires auront atteint le plafond du volume de points tarifaires par jour ouvrable, ils n'auront plus aucune incitation à continuer de traiter des patients, même si ces traitements s'avéraient nécessaires», écrivait l'office dans un [rapport](#) adressé à la Commission de la santé du Conseil des États. «Un plafond du volume de points tarifaires par jour ouvrable pourrait également s'avérer contre-productif dans la mesure où les prestataires qui se situent en dessous pourraient le considérer comme un niveau de référence à atteindre.»

En résumé, les problèmes du TARMED – barèmes horaires obsolètes, modèles de coûts erronés, surtarification et sous-tarification – ne pouvaient pas être résolus de manière satisfaisante par la mise en place d'un simple plafond journalier. Telle était la conclusion officielle en 2024.

## Était-ce vraiment l'intention du législateur?

La disposition relative au plafond a néanmoins été intégrée aux dispositions transitoires. En tout état de cause, le législateur ne comptait pas uniquement sur la révision du système. Bien que le nouveau modèle tarifaire, l'exigence de neutralité des coûts, le monitoring et les forfaits aient été introduits, un plafond de facturation supplémentaire a finalement été retenu. Cette mesure pourrait aujourd'hui produire des effets inattendus.

Une question se pose alors: aurait-il été possible d'éviter ou d'assouplir la limite maximale fixée par le Conseil fédéral? La FMH aurait-elle réellement pu empêcher l'introduction d'une telle mesure? Les critiques adressées à l'organisation faïtière reposent implicitement sur ce postulat.

Autre interrogation: la FMH, H+ et PrioSwiss ont-ils outrepassé l'intention du législateur lors de l'élaboration de cet accord, notamment en ce qui concerne le seuil de 1'577 points?

La réponse à cette question incombera au Conseil fédéral, si celui-ci devait approuver l'accord. Ce pourrait être l'occasion de faire machine arrière.

Dans leur pétition adressée au Parlement fédéral, les praticiens demandent l'abandon pur et simple de l'instauration d'un plafond quotidien pour les prestations médicales, ainsi qu'une implication obligatoire des sociétés médicales spécialisées et des organisations faïtières dans les décisions de principe en matière de politique tarifaire.

**Traduit de l'allemand par Jehanne Picard**

# Bund will Vergütungen für Ärzte deckeln

Weil der Bund die Vergütung deckeln will, steht nun die FMH im Kreuzfeuer.



Medienecho | 05.07.2026

---

Ärzte laufen Sturm – chillt mal! - Kommentar



SonntagsBlick | 05.07.2026

---

Ärzte laufen Sturm – chillt mal - Kommentar



blick.ch (de) | 05.07.2026

---

Yvonne Gilli: «Diese Limitierung war nie unser Wille» - Interview



Medinside (de) | 04.07.2026

---

Patienten-Limit? Ärzteverband MFE widerspricht kursierenden Befürchtungen



Medinside (de) | 03.07.2026

---

Ärzte laufen Sturm gegen den Verband



Neue Zürcher Zeitung NZZ | 04.07.2026

---

Bund will Vergütungen für Ärzte deckeln



Tages-Anzeiger | 04.07.2026

---

# Ärzte laufen Sturm – chillt mal! - Kommentar

 SonntagsBlick | 05.07.2026

## Deckel für ambulante Behandlungen

**Andreas Schmid, Inlandsredaktor**

Pro Tag sollen Ärztinnen und Ärzte höchstens noch rund 1400 Franken für ambulante Leistungen vergütet erhalten. Dieser Betrag entspricht den Taxpunkten für zwölf Stunden Arbeit, die sie künftig maximal über die Grundversicherung verrechnen können.

Der Ärzteverband FMH, der nationale Spitalverband und jener der Krankenversicherer schlagen dem Bundesrat diese Lösung vor, was in der Ärzteschaft zu einem Aufschrei führt. Trotz Hausärztemangel sollten diese nicht mehr länger als zwölf Stunden pro Tag arbeiten. Wenn Patientinnen und Patienten nach erreichtem Höchsteinsatz kämen, könnten sie nicht mehr behandelt werden.

Auch wenn Notfälle oder ambulante Operationen nicht unter die Regelung fallen, zeigen sich Ärztinnen und Ärzte entrüstet. Weil ihr Arbeitsalltag längst anders aussieht und viele nicht nach zwölf Stunden die Praxis schliessen können.

Von daher ist der Ärger verständlich. Doch den Betroffenen müsste es entgegenkommen, dass ein Vergütungsdeckel definiert wird. Dieser hilft nicht nur, schwarze Schafe mit Abrechnungen für 25-Stunden-Tage zu stoppen, sondern zwingt die Verantwortlichen auch, freundlichere Arbeitsmodelle zu schaffen, mehr Studienplätze für angehende Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen und den Fachkräftemangel wirksam anzugehen.

Dass es in Praxen «normal» ist, mehr als zwölf Stunden pro Tag zu arbeiten, ist ungesund. Wenn die Ärztinnen und Ärzte mehr Freizeit erhalten, kann ihnen das nur guttun und erholend wirken. Also, chillt mal! Die Politik ist gefordert, endlich Rezepte gegen den – so noch zunehmenden – Fachkräftemangel zu finden.

# Ärzte laufen Sturm – chillt mal - Kommentar

 [blick.ch \(de\)](https://www.blick.ch/de) | 05.07.2026

## Deckel für ambulante Behandlungen

Pro Tag sollen Ärzte künftig maximal noch zwölf Stunden für ambulante Leistungen verrechnen können. Sie wehren sich mit aller Macht dagegen.

### Andreas Schmid

Pro Tag sollen Ärztinnen und Ärzte höchstens noch rund 1400 Franken für ambulante Leistungen vergütet erhalten. Dieser Betrag entspricht den Taxpunkten für zwölf Stunden Arbeit, die sie künftig maximal über die Grundversicherung verrechnen können.

Der Ärzteverband FMH, der nationale Spitalverband und jener der Krankenversicherer schlagen dem Bundesrat diese Lösung vor, was in der Ärzteschaft zu einem Aufschrei führt. Trotz Hausärztemangel sollten diese nicht mehr länger als zwölf Stunden pro Tag arbeiten. Wenn Patientinnen und Patienten nach erreichtem Höchsteinsatz kämen, könnten sie nicht mehr behandelt werden.

Auch wenn Notfälle oder ambulante Operationen nicht unter die Regelung fallen, zeigen sich Ärztinnen und Ärzte entrüstet. Weil ihr Arbeitsalltag längst anders aussieht und viele nicht nach zwölf Stunden die Praxis schliessen können.

Von daher ist der Ärger verständlich. Doch den Betroffenen müsste es entgegenkommen, dass ein Vergütungsdeckel definiert wird. Dieser hilft nicht nur, schwarze Schafe mit Abrechnungen für 25-Stunden-Tage zu stoppen, sondern zwingt die Verantwortlichen auch, freundlichere Arbeitsmodelle zu schaffen, mehr Studienplätze für angehende Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen und den Fachkräftemangel wirksam anzugehen.

Dass es in Praxen «normal» ist, mehr als zwölf Stunden pro Tag zu arbeiten, ist ungesund. Wenn die Ärztinnen und Ärzte mehr Freizeit erhalten, kann ihnen das nur guttun und erholend wirken. Also, chillt mal. Die Politik ist gefordert, endlich Rezepte gegen den – so noch zunehmenden – Fachkräftemangel zu finden.

# Yvonne Gilli: «Diese Limitierung war nie unser Wille» - Interview

 Medinside (de) | 04.07.2026

FMH-Präsidentin Yvonne Gilli erklärt, warum die Ärzteverbinding auf die Taxpunkt-Höchstgrenze pro Tag einging – und warnt vor voreiligen Katastrophenszenarien.

## Interview: Ralph Pöhner

*Frau Gilli, es gibt sehr grossen Unmut unter Ihren Mitgliedern: Viele empfinden die geplante Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren ärztlichen Taxpunkte als gefährlich. Wieso hat der FMH-Vorstand ihr zugestimmt?*

Die Frustration ist sehr verständlich, und es stimmt auch, dass diese Regulierung alle ambulant tätigen Ärzte betrifft. Die FMH hatte solch eine Zeitlimite im Parlament dezidiert bekämpft, aber das Gesetz wurde letztendlich verabschiedet. Um zu verhindern, dass der Bundesrat eine rein staatliche Verordnung erlässt, mussten wir mit den Tarifpartnern ein eigenes Konzept vorlegen. Das war im Übrigen kein alleiniger Vorstandsentscheid, sondern wurde von den demokratisch legitimierten Gremien und Tarifdelegierten aller Fachgesellschaften beschlossen. Wenn jetzt dieses Konzept eingereicht ist, gewinnen wir Zeit, um die unterschiedlichen Betroffenheiten zu prüfen. Es gibt ja weiterhin die Möglichkeit, die Höchstgrenze jährlich neu festzulegen.

**Yvonne Gilli** ist seit 2021 Präsidentin der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. Sie ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin.

*Sie erwähnen die gesetzlichen Vorgaben. Nun fordert eine [Petition von Ärzten](#), dass vollständig auf solch eine Arbeitszeit-Höchstgrenze verzichtet werde. Das ist also schlicht unrealistisch?*

Ja, denn das Gesetz ist bereits verabschiedet. Ein vollständiger Verzicht würde eine Gesetzesreform erfordern, und was das Parlament macht, liegt nicht in unseren Händen. Wir versuchen nun, den grösstmöglichen Gestaltungsfreiraum zu nutzen.

*Der Hauptkritikpunkt ist die Obergrenze von 1577 Taxpunkten. Bestand keine Möglichkeit, diesen Wert höher zu setzen – also den gesetzlich vorgeschriebenen Deckel quasi «aufzuweichen»?*

Es war das Maximum, das wir in den Verhandlungen mit allen Tarifpartnern und angesichts der Vorgaben des Bundesrates erreichen konnten. Doch wir sollten jetzt auch keine Katastrophenszenarien malen, bevor wir die genauen Auswirkungen kennen. Wir benötigen zuerst detaillierte Rückmeldungen, um zu sehen, ob eine regelgerechte ärztliche Tätigkeit überhaupt zu Überschreitungen führt. Das Parlament hat eine Limite der vergüteten Arbeitszeit verlangt – aber es ging ihm niemals darum, dass Praxen am Mittag schliessen oder dass Patienten nicht mehr versorgt werden können.

*Dennoch, jetzt kursieren sehr konkrete Befürchtungen. Erstens: Die Umsätze von Arztpraxen könnten durch die 1577-Limite so stark begrenzt werden, dass die Kosten nicht mehr gedeckt sind; am Ende drohen sogar Praxisschliessungen. Können Sie da beruhigen?*

Weder die Tarifpartner noch der Bundesrat noch das Parlament haben ein Interesse daran, dass in der heutigen Zeit des Ärztemangels Praxen verschwinden. Die gesetzlichen Vorgaben verlangen ja auch, dass Tarife betriebswirtschaftlich korrekt und sachgerecht sein müssen; und die neue Limitierung darf andere Tarifierungsbestimmungen nicht übersteuern. Es gilt jetzt, ruhig zu bleiben. Noch fehlen auch die nötigen Software-Anpassungen, damit die Ärzte ihre individuelle Situation überhaupt überprüfen können.

*Zweite Befürchtung: Durch solche Höchstzeiten gelangt die Idee des Globalbudgets ins Schweizer Gesundheitssystem – da kommt die Rationierung durch die Hintertür. Oder konkreter: Am Ende gehen die Ärzte am Mittag nach Hause, weil ihr abrechenbares Maximum erfüllt ist, obwohl das Wartezimmer voll ist. Sind das berechtigte Ängste?*

Im Grundsatz teilen wir diese Sorge, da wir ähnliche Entwicklungen in Ländern wie Deutschland gesehen haben. Wir haben in der Schweiz ja sogar bereits ein Globalbudget – mit der Bundesratsvorgabe, dass das Kostenwachstum im ambulanten Bereich 4 Prozent pro Jahr nicht übersteigen darf. Auch das lehnen wir ab. Die Taxpunktlimitierung ist nun eine weitere Einschränkung. Aber leider gibt es dafür eine Gesetzesgrundlage, die wir nicht verhindern konnten. Wir werden jetzt bei der Detailausgestaltung der Regelung sehr sorgfältig verhandeln, um sachgerechte Tarife für alle sicherzustellen.

**Worum geht es?** Die Tarifpartner formulierten eine Höchstgrenze für die täglichen Taxpunkte der ambulant tätigen Ärzte im Tardoc. Dies verlangte der Bundesrat. Unter anderem darf die Summe der Taxpunkte der ärztlichen Leistung, die für die Grundversicherung via Tardoc abgerechnet wird, 1577 pro Tag nicht überschreiten – im Monatsschnitt und pro ausführendem Arzt. Nicht einberechnet sind Notfallbehandlungen oder der Dokumentationsaufwand. Die Regelung liegt nun dem Bundesrat zur Bewilligung vor. Sie könnte im Januar 2027 in Kraft treten.

→ [Erläuterungen der FMH](#) zur Höchstgrenze der ärztlichen Leistungen im Tardoc.

*Die nächste Befürchtung ist fundamental: Da kommt für einen freien Beruf eine staatliche Umsatzlimite. Erleben wir definitiv das Ende des unternehmerischen Freiraums für selbstständige Ärzte?*

Nein. Das möchten und werden wir nicht hinnehmen. Aber es stimmt, dass sich die Rahmenbedingungen für freiberufliche Ärzte in den letzten Jahren verschlechtert haben – durch kostentreibende Administration und immer mehr Mikroregulierung. Die Höchstarbeitszeit ist eine weitere Mikroregulierung, die wir bekämpfen. Denn wir wollen die freiberufliche ärztliche Tätigkeit schützen.

*Noch ein Kritikpunkt besagt, dass verschiedene Disziplinen ungleich behandelt werden – Hausärzte, Psychiater oder Gynäkologen mit Ultraschall sind von den Höchstzeiten wohl stärker betroffen als infrastrukturlastige Fächer. Das sei nicht sachgerecht. Was entgegnen Sie?*

Es stimmt, dass die verschiedenen Disziplinen ungleich getroffen sind. Darum wollen wir die Details genau beobachten – und dabei sind wir zwingend auf die Rückmeldungen der Ärzte und Fachorganisationen angewiesen.

*Hat die FMH ihre Mitglieder und Fachgesellschaften im Vorfeld genügend informiert? Allgemein hat man das Gefühl, dass die Publikation viele Ärzte wie ein Blitz aus heiterem Himmel traf.*

Wir haben unter grossem Zeitdruck sehr ausführlich informiert. Die FMH hatte den parlamentarischen Prozess transparent gemacht und frühzeitig vor dem Gesetz gewarnt; auch wenn das Bewusstsein für die eigene Betroffenheit anfangs noch fehlte. Von März bis Juni haben wir die Delegierten und die dafür zuständigen Gremien wiederholt und detailliert informiert.

*«Alle Tarifpartner haben ein Interesse an einer Lösung, die betriebswirtschaftlich korrekte Tarife ermöglicht. Und zwar ohne dass Ärztinnen und Ärzte in ihren Arbeitszeiten eingeschränkt werden.»*

Am Ende haben alle Gremien dem Konzept zähneknirschend zugestimmt, da es uns eine gewisse Handlungsfreiheit und Flexibilität für jährliche Anpassungen gibt – im Gegensatz zu einer staatlichen Verordnung. Nochmals: Dass diese Limitierung kommt, war nie unser Wille.

*Die FMH hat sich im Gesetzgebungsprozess entschieden gegen solche Zeitlimiten gewehrt. Wie kam es trotzdem dazu?*

Der Ständerat wollte es so. Die Kommission stützte sich auf unplausible Abrechnungen, bei denen scheinbar 24 Arbeitsstunden an einem einzigen Tag abgerechnet wurden. Wir argumentierten dagegen – zum Beispiel mit dem Hinweis, dass solche Rechnungen wahrscheinlich über eine Sammelnummer laufen und nicht von einem einzigen Arzt stammen. Oder dass echte Betrugsfälle von den Versicherern sehr einfach erkannt und sanktioniert werden können. Am Ende wurde die Regelung knapp beschlossen. Dahinter steht wohl eine Kombination aus Misstrauen und Unwissenheit.

*Was erhoffen Sie sich für den weiteren Prozess bis 2027? Was erwarten Sie von den anderen Tarifpartnern – vom Spitalverband H+ und vom Versichererverband ProSwiss?*

Ich gehe davon aus, dass weder die Leistungserbringer – hier also H+ – noch die Versicherer die Tarifpartnerschaft aufs Spiel setzen wollen. Wir alle drei haben ein Interesse daran, eine Lösung zu finden, die betriebswirtschaftlich korrekte Tarife ermöglicht. Und zwar ohne dass Ärztinnen und Ärzte in ihren Arbeitszeiten eingeschränkt werden. Und ohne dass die Patientenversorgung gefährdet wird.

# Patienten-Limit? Ärzteverband MFE widerspricht kursierenden Befürchtungen

 Medinside (de) | 03.07.2026

Laut Berechnungen von MFE Haus- und Kinderärzte Schweiz dürfte die geplante Höchstarbeitszeit im Tardoc die Grundversorgerpraxen im Alltag wenig treffen.

Die geplante Höchstgrenze für ärztliche Leistungen pro Tag weckte in den letzten Tagen vielerorts Befürchtungen – zumal unter Hausärzten. In den brancheninternen Diskussionen kursierten Berechnungen, wonach eine Ärztin oder ein Arzt in einer Hausarztpraxis bald schon mit spürbaren Behandlungs-Obergrenzen rechnen müsse: 15 bis 25 Patienten pro Tag (je nach Kalkulation) – und dann sei der «Deckel» der geplanten Tardoc-Richtlinie erreicht.

Der Verband MFE der Haus- und Kinderärzte äussert nun aber: «Dieser Eindruck ist falsch», heisst es in einem Statement, das der Interessenverband am Freitagabend veröffentlichte. «Aus Sicht von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz besteht zum aktuellen Zeitpunkt mit dem aktuellen Tarif diesbezüglich kein Anlass zur Sorge, denn die vorgesehene AL-Höchstgrenze dürfte die haus- und kinderärztliche Versorgung im Praxisalltag kaum tangieren.»

[Stellungnahme von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz](#) zur vorgesehenen AL-Höchstgrenze im ambulanten Tarif, 3. Juli 2026.

Um die im Konzept vorgesehene Höchstgrenze von 1'577 Taxpunkten für ärztliche Leistungen pro Arbeitstag allein mit ärztlicher Sprechleistung zu erreichen, wäre ein aussergewöhnlicher Aufwand nötig, so die Kalkulation des MFE. Ein Arzt müsste über einen Monat hinweg täglich rund 12 Stunden reine Konsultation mit Patientenkontakt absolvieren – an jedem einzelnen Arbeitstag.

Unmöglich sei dies nicht: Immerhin könnten bei Infektwellen oder an einzelnen Spitzentagen sehr hohe Arbeitsbelastungen auftreten. Doch es gehe ja um den Durchschnitt über den gesamten Monat pro ausführendem Arzt (GLN-Basis). Und dieser liege im Praxisalltag «selbst bei sehr effizient arbeitenden Kolleginnen und Kollegen unter der vorgesehenen Höchstgrenze».

Das Fazit: «Damit dürften Haus- und Kinderarztpraxen von der neuen Regelung kaum betroffen sein.»

Dennoch, es sei zweifellos wichtig, dass sich die gesamte Ärzteschaft nun für eine Revision der veralteten Datengrundlagen an die heutige Arbeitsrealität einsetzt.

Im Bereich der Haus- und Kinderarztmedizin liegen die grossen Probleme für MFE aber anderswo – beim Nachwuchsmangel, bei der Sicherung einer wohnortsnahen Versorgung, bei der zunehmenden Komplexität der Patienten, bei den grassierenden Koordinationsleistungen, bei der wachsenden Bürokratie. **rap**

# Ärzte laufen Sturm gegen den Verband

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 04.07.2026

Weil der Bund die Vergütung deckeln will, steht nun die FMH im Kreuzfeuer

**Isabelle Wachter**

In der Schweizer Ärzteschaft rumort es. Der Grund ist ein Dokument mit dem sperrigen Titel «Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils des Tardoc». Der Verband der Schweizer Ärzte FMH hatte es seinen Mitgliedern am Donnerstag auf der Website zur Verfügung gestellt. Pikant an der Sache ist, dass ab 2027 nur noch zwölf Stunden für einen Teil der ambulanten ärztlichen Leistungen pro Tag über die Grundversicherung abgerechnet werden sollen. So sieht es das Konzept vor, das die FMH zusammen mit dem Spitalverband H+ und dem Verband der Krankenversicherer Prioswiss dem Bundesrat vorlegen will.

Ärzte machen ihrem Ärger auf den sozialen Netzwerken Luft. Obwohl es zu wenig Hausärzte gebe, dürfe man nicht mehr länger als zwölf Stunden arbeiten. Das sei lächerlich. Mittlerweile hat ein Arzt eine Petition gestartet, in der Hoffnung, das Parlament noch umstimmen zu können. Innert zweier Tage haben mehrere tausend Ärzte unterschrieben.

## Angestaute Frustration

Yvonne Gilli, die FMH-Präsidentin, versucht die aufgebrachtsten Mitglieder auf allen Kanälen zu beschwichtigen – auch in mehreren Whatsapp-Chats, die zum Thema eröffnet wurden. «Hier entlädt sich eine Frustration, die sich bei den Ärzten schon lange angestaut hat», sagt Gilli. Die Arbeitsbedingungen hätten sich in den letzten Jahren stetig verschlechtert. Der Fachkräftemangel treibe die Arbeitszeit sowieso schon in die Höhe. Zudem seien Gelder für mehr Studienplätze gestrichen worden. Das seien nur zwei Beispiele, es gebe viele mehr.

Der Shitstorm ist für die FMH bitter. Schliesslich hat sie die Deckelung der Vergütungen mit Verweis auf die Schwierigkeiten des Berufsstands stets bekämpft. Aber das Parlament zeigte sich von den Argumenten des Verbands unbeeindruckt. Parlamentarier hatten damals Rechnungen präsentiert, auf denen Ärzte unrealistisch hohe Arbeitszeiten aufgeführt hatten. Diesen Missbrauch wollten sie mit dem Gesetz bekämpfen.

Auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) äusserte sich in einem Bericht zum Deckel von Anfang an kritisch. Die Behörde wies darauf hin, dass dies zu Fehlanreizen führen könne. Etwa wenn Ärzte keine Patienten mehr behandelten, sobald die definierte monetäre Grenze erreicht sei. Nun hat der Bundesrat die Ärzte, Spitäler und Krankenkassen dazu aufgerufen, ein Konzept für die Ausarbeitung des Gesetzes vorzulegen. «So können wir zumindest bei der Ausarbeitung des Gesetzes noch mitreden», sagt Gilli. Ohne Konzept der Verbände würde das BAG die Obergrenze festlegen. Es sei davon auszugehen, dass diese für die Ärzteschaft noch schlechter ausfalle. Gilli räumt ein, dass das Dokument missverständlich sei, was zu Fehlinterpretationen geführt habe. Die zwölf Stunden umfassen nur die Abrechnung eines Teils der ärztlichen ambulanten Leistungen. Nicht dazugezählt werden Notfälle, Berichte oder pauschalisierte

Leistungen wie ambulante Operationen. Werden zwölf Stunden abgerechnet, arbeitet ein Arzt also womöglich länger. Bei den maximal verrechenbaren Taxpunkten, die im Dokument genannt werden, sind zudem Vergütungen für Infrastruktur und Personal nicht enthalten. Diese Posten werden über separate Taxpunkte abgerechnet.

## «Sinnvolle Lösung»

Schützenhilfe bekommt die FMH ausgerechnet vom Verband der Krankenversicherer Prioswiss. Das ist bemerkenswert, weil sie oft unterschiedliche Ansichten darüber haben, welches Preisschild eine Behandlung haben muss, damit sie zweckmässig und wirtschaftlich ist.

«Wir finden diese Lösung sinnvoll; es wäre kaum erklärbar, wenn Ärzte jeden Tag mehr als zwölf Stunden Arbeitszeit zulasten der Krankenversicherung abrechnen dürften», sagt Saskia Schenker, Direktorin von Prioswiss. Die Tarifpartner FMH, H+ und Prioswiss hätten die Beschränkungen sehr ernsthaft überprüft und den Alltag der Ärzte berücksichtigt. Als Verband der Krankenversicherer habe man auch kein Interesse daran, dass effiziente Ärzte ihre Leistungen nicht abrechnen könnten.

# Bund will Vergütungen für Ärzte deckeln

 Tages-Anzeiger | 04.07.2026

Höchstens 12 Stunden pro Tag - Ab 2027 wird eine Höchstgrenze eingeführt: Wer ärztliche Leistungen mit einer höheren Arbeitszeit abrechnet, soll nicht mehr alle bezahlt erhalten.

**Iwan Städler**

Es rumort unter den Ärztinnen und Ärzten. Grund dafür ist ein vierseitiges Papier, das seit einigen Tagen die Runde macht. Der Titel: «Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte». Konkret will der Bund ab dem kommenden Jahr die Vergütungen ärztlicher Leistungen deckeln. Mehr als 12 Stunden sollen nicht mehr zulasten der Grundversicherung abgerechnet werden dürfen.

Das lässt die Wogen unter den Medizinerinnen und Mediznern hochgehen – in ihren Chatgruppen, auf Social Media und in besorgten Zuschriften auch an diese Redaktion. Die Deckelung entspreche «einem Defacto-Arbeitsverbot», ärgert sich ein Magen-Darm-Spezialist. Er spricht von einem «Schildbürgerstreich», der zu Versorgungsengpässen führen werde.

Auch andere Mediziner warnen vor gravierenden Auswirkungen. Künftig lohne es sich für einen Arzt nicht mehr, besonders viele Patienten zu behandeln. Entsprechend drohten längere Wartezeiten. «Viele Kolleginnen und Kollegen sind fassungslos und fragen sich, wie eine derart weitreichende Entscheidung zustande kommen konnte», schreibt ein Facharzt in einem E-Mail an diese Redaktion.

## Sorge um Existenz

Per Petition werden die Behörden aufgerufen, auf die Einführung der Obergrenze zu verzichten. «Eine starre Begrenzung gefährdet die wirtschaftliche Existenz zahlreicher Praxen. Personalabbau, Investitionsstopp und Praxisschliessungen wären absehbare Folgen», heisst es darin.

Der Entscheid des Parlaments, einen solchen Deckel einzuführen, fiel freilich schon im März 2025. Damals beschlossen National- und Ständerat nach langem Ringen, die Vergütungen pro Arbeitstag zu begrenzen. Bloss hat dies damals noch keine grossen Wellen geworfen.

Ganz anders jetzt, da die geplante Umsetzung bekannt wird: Ab dem 1. Januar 2027 sollen die Ärztinnen und Ärzte nicht mehr als 1577 Taxpunkte pro Arbeitstag abrechnen dürfen. Dies entspricht einer Arbeitszeit von 12 Stunden und einer täglichen Vergütung von rund 1400 Franken. Was darüberliegt, soll künftig nicht mehr bezahlt werden.

## 26 Stunden abgerechnet

Um die Deckelung zu kontrollieren, müssen die Krankenkassen die abgerechneten Daten bündeln. Nur so können sie feststellen, wie viel ein einzelner Arzt insgesamt abrechnet. Das machen sie freilich bereits heute. So zeigte sich unter anderem, dass ein Neurologe 26 Stunden pro Tag abgerechnet hat, ein Augenarzt 24 Stunden und ein Gefässmediziner 23 Stunden. Mehr als 400 Ärztinnen und Ärzte kamen auf über 12 Stunden pro Tag.

Dafür müssen sie nicht effektiv so lange gearbeitet haben, was bei 26 Stunden pro Tag ohnehin schwierig wäre. Es kann auch sein, dass sie besonders grosszügig abgerechnet haben – grosszügig mit sich selbst. Oder sie arbeiteten sehr effizient und konnten in einer Stunde mehr Leistungen erbringen und abrechnen, als der Tarif eigentlich vorsieht.

## BAG zeigte sich skeptisch

So kam die ständerätliche Gesundheitskommission auf die Idee, einen Deckel einzuführen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hingegen war eher skeptisch und wies darauf hin, so hätten Ärztinnen und Ärzte nach Erreichen der Höchstgrenze keinen Anreiz mehr, Patienten zu behandeln, selbst wenn dies nötig wäre. Auch könne sich die Höchstgrenze als kontraproduktiv erweisen, weil Mediziner, die darunter lägen, «sie als Referenzniveau betrachten könnten», mahnte das BAG in einem Bericht an die Gesundheitskommission.

Der Nationalrat war denn auch gegen einen solchen Deckel. Doch der Ständerat setzte sich in der Einigungskonferenz durch, weshalb er nun umgesetzt wird. Besonders delikat ist dies für die Ärzteverbindung FMH. Sie wehrte sich dezidiert gegen die Höchstgrenze. Doch nun muss sie diese zusammen mit den Tarifpartnern (den Krankenkassen und Spitälern) umsetzen.

Anfang Juni haben sie ihren Vorschlag dem Bundesrat eingereicht. Es ist jenes Papier, das nun derart die Wogen hochgehen lässt. Der FMH ist es aber gelungen, die Deckelung etwas aufzuweichen. So darf ein Arzt an einem Tag durchaus auch mal mehr als 12 Stunden abrechnen. Die Limite muss im Durchschnitt über einen Monat hinweg eingehalten werden.

Auch sind ambulante Pauschalen, administrative Leistungen und Notfallbehandlungen von der Höchstgrenze ausgenommen. So soll verhindert werden, dass ein Arzt eine Patientin aufgrund des Deckels ablehnt, obwohl diese dringend behandelt werden sollte. Nicht betroffen sind auch all jene Leistungen, welche die Zusatzversicherungen betreffen.

Die Höchstgrenze gilt für die einzelnen Ärzte, die ambulant behandeln. Bei einer Gemeinschaftspraxis kann also jede Medizinerin und jeder Mediziner bis zu 12 Stunden pro Arbeitstag abrechnen.

## Lange Wartezeiten als Folge

Bei Spezialärzten, die mit technischen Geräten arbeiteten, sei die Limite von 1577 Taxpunkten aber schon vor 12 Stunden erreicht, sagt der Gefässmediziner Non-Merens Haupt. «In meiner Praxis hätte ich diese Woche aufgrund der Limite an mehreren Tagen bereits gegen 12 Uhr keine weiteren Patienten mehr behandeln können.» Der Vergütungsdeckel werde daher die Versorgung der Bevölkerung spürbar verschlechtern. Bereits heute gebe es in vielen Fachgebieten Wartezeiten von drei bis sechs Monaten, so Haupt, der die Petition gegen die Obergrenze lanciert hat.

Eigentlich hätte der Deckel laut dem Parlamentsbeschluss bereits Anfang 2026 umgesetzt werden sollen, doch nun ist er für 2027 geplant. Der entsprechende Tarifvorschlag liegt gegenwärtig beim Bundesrat zur Genehmigung. Die Landesregierung wird voraussichtlich im Herbst entscheiden, womit die Höchstgrenze am 1. Januar in Kraft treten könnte – dem lautstarken Protest der Ärztinnen und Ärzte zum Trotz.

Der Entscheid des Parlaments, einen solchen Deckel einzuführen, fiel schon im März 2025.

---

# Nur 12 bezahlte Stunden pro Tag: Ärzte in Aufruhr

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Höchstgrenze - Ab 2027 dürfen Ärztinnen und Ärzte ambulante Leistungen nur noch im Umfang von 12 Stunden pro Tag zulasten der Grundversicherung abrechnen. Hintergrund der Massnahme sind Krankenkassendaten, die zeigten, dass einzelne Ärzte bis zu 26 Stunden pro Tag abrechneten. Mehr als 400 kamen auf über 12 Stunden täglich. Der Bundesrat muss den Tarifvorschlag noch genehmigen. Ärzte warnen vor Versorgungsengpässen, die durch diesen Abrechnungsdeckel entstehen könnten. (red)

## Gleichentags erschienen in

- Berner Oberländer
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Der Bund
- Der Landbote
- Thuner Tagblatt
- Zürichsee-Zeitung
- Zürcher Unterländer

# FR – Renforcer les soins infirmiers

 La Liberté | 04.07.2026

Permanences mobiles, indemnités pour les remplacements à court terme: première évaluation des mesures

**Nicole Rüttimann**

Canton de Fribourg - «Nous n'avons pas attendu: plusieurs mesures sont déjà introduites. C'est une première pierre à cet édifice que l'on bâtit ensemble!» Philippe Demierre, conseiller d'Etat en charge de la Santé et des affaires sociales (DSAS), a présenté vendredi à Fribourg une première évaluation des mesures mises en œuvre par le Conseil d'Etat pour concrétiser l'initiative fédérale «Pour des soins infirmiers forts». Accompagné des représentants des hôpitaux publics et d'Alliance Care Fribourg, il a fait le point sur l'avancée des dossiers au niveau cantonal, en particulier le volet de l'initiative concernant les conditions de travail. Avec une évaluation positive des permanences infirmières mobiles (PIM) et de l'introduction dès le 1er juillet d'indemnités pour compenser les missions à court terme du personnel soignant.

Il s'agit de «rendre la charge de travail supportable», selon Sandra Lambelet Moulin, cheffe de projet DSAS. «Assurer une reconnaissance et une valorisation en compensant les inconvénients de la profession.» Le Conseil d'Etat a décidé en 2024 de soutenir financièrement une première mesure: l'instauration d'un service PIM, à l'Hôpital fribourgeois (HFR) et au Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM). Le but? Pallier une partie des absences de courte durée nécessitant un remplacement immédiat. Après plus d'un an, les retours étant «très positifs», le Conseil d'Etat a décidé d'étendre ce dispositif PIM à l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), via 5 EPT introduits dès ce mois.

«Une absence imprévue peut mettre toute une équipe sous pression! La PIM induit une réelle amélioration des conditions de travail», assure Filipe Ferreira Moreira, directeur des soins à l'HFR. Directrice adjointe du département des soins au RFSM, Aurélie Clément-Perritaz tire le même constat: «Nos équipes sont très satisfaites de ces remplacements effectués par des gens compétents connaissant déjà la structure – au contraire des intérimaires. Cela permet d'assurer le maintien de la qualité et la sécurité des soins». Et d'appeler à renforcer ce dispositif.

D'autant que la PIM ne couvre pas tous les besoins ni ne compense totalement les absences. Et les personnes appelées à faire des remplacements en dehors de leur plan de service ne recevaient aucune indemnité. Jusqu'à ce 1er juillet: une compensation est instaurée «à hauteur de 25% du travail fourni lors d'une intervention non planifiée communiquée dans les 7 jours à l'avance. Valable pour tout le personnel des soins et jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions fédérales, elle concerne 1250 EPT, pour un coût de 1,18 million», selon la DSAS.

## Accès à la classe 12

Dès juillet, celle-ci a aussi décidé, au terme d'un long dialogue avec les partenaires, d'ouvrir la classe 12 de salaire aux assistants en soins et santé communautaire (ASSC), selon un cahier des charges adapté. La DSAS soutient également les alumni de la Haute Ecole de santé Fribourg pour la mise en œuvre d'une

ligne téléphonique offrant un appui confidentiel aux infirmiers en début de carrière. Un projet que ses porteurs souhaiteraient étendre au-delà du canton.

Autre projet côté formation, «Intégrations et soins» s'inscrit dans la loi cantonale. Il sera poursuivi au vu de son succès et développé dans la partie germanophone du canton: 11 candidats pour 11 EMS débuteront en août. Le Conseil d'Etat assure aussi un soutien durant la formation via des bourses. Et les acteurs de saluer «l'excellente collaboration» ayant permis ces avancées.

## Réaction syndicale

Dans un communiqué, le SSP Région Fribourg estime cependant que ces mesures ne sont «pas à la hauteur de l'enjeu», à l'exception de l'ouverture de la classe 12 aux ASSC. Le syndicat dénonce des salaires restant «largement insuffisants par rapport aux responsabilités exercées. Et l'octroi de compensations ne concernant qu'une part très limitée de l'activité exercée par les soignants». Le Conseil d'Etat aurait dû «privilégier l'engagement de personnel supplémentaire ou mieux compenser les inconvénients de service», juget-il appelant dans la foulée à «abroger les mesures du PAFE». Des discussions sont en cours en vue de mobilisations dès cet automne, prévient-il.

## «Nos équipes sont très satisfaites de ces remplacements» - Aurélie Clément-Perritaz



Ces mesures, selon le Conseil d'Etat, sont une «première pierre à un édifice construit ensemble». Alain Wicht/photo prétexte

# FR – Fribourg introduit de nouvelles mesures pour les soins infirmiers

 [rts.ch](https://www.rts.ch) | 03.07.2026

Le Conseil d'Etat fribourgeois continue de concrétiser dans le canton l'initiative fédérale pour des soins infirmiers forts acceptée en votation en novembre 2021. Il introduit de nouvelles mesures et dresse une première évaluation positive des permanences infirmières mobiles.

Le point de situation a été effectué vendredi par le président du Conseil d'Etat Philippe Demierre, chargé de la santé et des affaires sociales (DSAS), avec les hôpitaux publics et l'Alliance Care Fribourg. Il s'agit de mieux reconnaître et valoriser la profession, en améliorant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

En automne 2024, l'exécutif a décidé de soutenir financièrement l'Hôpital fribourgeois (HFR) et le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM), en favorisant l'instauration et le développement d'un service de permanences infirmières mobiles (PIM). Celui-ci a formalisé le remplacement partiel des absences inopinées.

## Retours très positifs

Le service a également permis de réduire une potentielle intervention du collaborateur ou de la collaboratrice sans que cela ait été prévu dans son plan de service, soit à diminuer les missions de travail à court terme. L'objectif étant de pallier une partie des absences de courte durée nécessitant un remplacement immédiat.

Après un peu plus d'une année de mise en œuvre des PIM à l'HFR et au RFSM, les retours sur la mesure sont très positifs, ont constaté les intervenants. Les PIM, avec leur dotation de 5 postes en équivalents plein-temps (EPT), sont introduites à l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), à Payerne (VD), depuis ce mois de juillet.

Jusqu'à aujourd'hui, une personne qui remplaçait une autre en dehors du plan de service ne recevait aucune forme d'indemnité. Une nouvelle compensation, temporelle ou financière, instaurée par le Conseil d'Etat, prévoit d'indemniser le personnel mobilisé à court terme à l'HFR et au RFSM.

## Compensation de 25%

Depuis le 1er juillet, une compensation à hauteur de 25% du travail fourni lors de toute intervention non planifiée communiquée dans les 7 jours à l'avance est ainsi octroyée, permettant une réorganisation efficace des absences. La mesure améliore les conditions de travail pour près de 1250 postes EPT.

Cette mesure est instaurée jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions fédérales. Elle touche toutes les professions du domaine infirmier, soit de l'auxiliaire de santé à l'infirmier ou infirmière, hormis les

fonctions uniquement managériales et coûte près de 1,2 million de francs par an.

La DSAS a encore décidé de soutenir financièrement l'organisation des Alumni de la Haute école de santé Fribourg pour instaurer une ligne téléphonique. Celle-ci offre un accompagnement aux infirmières et infirmiers en début de carrière professionnelle, via le partage d'expérience et de conseils en toute neutralité et confidentialité. **ats/gma**

### **Infirmière cantonale**

Depuis juillet toujours, après des discussions avec les partenaires, la DSAS a ouvert la classe salariale 12 aux assistants en soins et santé communautaire (ASSC), selon un cahier des charges adapté. Dans la formation, une première évaluation du projet "intégration et soins" s'est en outre révélée "globalement très positive".

Ainsi, sur 15 personnes formées, 13 ont obtenu leur certificat d'auxiliaire de santé et 8 bénéficient déjà d'un contrat de travail. La DSAS a donc décidé de poursuivre le projet, en le développant sur la partie germanophone du canton. Onze candidats et 11 EMS commenceront leur collaboration en août prochain.

Pour rappel, la loi cantonale sur l'encouragement à la formation dans le domaine des soins est entrée en vigueur au 1er janvier dernier. Par ailleurs, la nouvelle infirmière cantonale, qui a commencé son activité en mai, sera dans ce cadre d'un soutien précieux, souligne encore la DSAS.

---

## **Fribourg introduit de nouvelles mesures pour les soins infirmiers**

**Datum**  
03.07.2026

**Sendung**  
Le Journal horaire

**Dauer**  
**Startzeit**

[Commencer l'audio, durée: 00:26](#)

---

### **Gleichentags erschienen in**

- [swissinfo.ch/fre](https://www.swissinfo.ch/fre)

KANTONAL / REGIONAL

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# FR – Gegen den Frust im Spital: Freiburg rüstet bei Pflegepersonal auf

 Radio SRF 1 | 04.07.2026

Mehr Stipendien, besserer Lohn für Kurzeinsätze: Der Kanton Freiburg unterstützt seine Angestellten in Spitälern und Heimen. Das Ziel: Berufseinsteigende sollen nicht abspringen, das bestehende Personal soll entlastet werden.

 [Audio starten](#), Dauer: 01:50

## FR – Der Freiburger Staatsrat hat dargelegt, wie die Pflegeinitiative umgesetzt werden soll

**Datum**  
03.07.2026  
**Sendung**  
**Dauer**  
**Startzeit**

[Audio starten](#), Start: 03:45, Ende: 08:10

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Lavoro in Svizzera: 300'000 nuovi posti in cinque anni

 [rsi.ch](https://www.rsi.ch) | 06.07.2026

Dopo il boom occupazionale post-pandemia, i segnali di rallentamento si moltiplicano e le aziende sono più caute nelle assunzioni.

Il mercato del lavoro svizzero ha vissuto cinque anni di crescita dopo lo shock della pandemia. Tra il quarto trimestre del 2020 e quello del 2025 sono stati creati circa 300'000 nuovi posti di lavoro. Lo rileva [l'analisi quinquennale con le prospettive per il 2026 pubblicata dall'Ufficio federale di statistica](#).

Oggi in Svizzera lavorano più persone che mai. Secondo la statistica della popolazione attiva, il numero di occupati è salito a 5,4 milioni, con un aumento di oltre il 5% in cinque anni. Un'altra rilevazione, la statistica dell'occupazione basata su sondaggi presso le aziende, registra addirittura una crescita del 7,5%, per un totale di 5,5 milioni di occupati.

## La crescita rallenta

Entrambe le statistiche mostrano però un rallentamento. Il mercato del lavoro ha perso dinamismo e vengono creati meno posti rispetto al periodo immediatamente successivo alla pandemia. Lo confermano anche i dati sui posti vacanti: nel 2022 erano 123'000, a fine 2025 solo 86'000, con una tendenza al ribasso.

I nuovi impieghi sono stati creati per diverse ragioni: l'effetto di recupero dopo il blocco economico, le numerose pensioni della generazione dei baby boomer e la necessità di personale aggiuntivo in diversi settori, tra cui: sanità, assistenza sociale, amministrazione pubblica e scuole.

## Forte aumento della manodopera straniera

Il bisogno di manodopera è stato soddisfatto da molti datori assumendo all'estero. In cinque anni il numero di lavoratori stranieri è aumentato del 15%, raggiungendo i 2 milioni. Nello stesso periodo la manodopera svizzera è cresciuta dello 0,4%, attestandosi a 3,6 milioni.

“L'aumento della manodopera straniera è il risultato di una forte immigrazione”, scrive l'UST. Senza le naturalizzazioni l'effetto sarebbe stato ancora maggiore. Tra il 2020 e il 2024 circa 120'000 lavoratori stranieri hanno ottenuto la cittadinanza svizzera. Senza queste naturalizzazioni, la manodopera straniera sarebbe aumentata del 21,8%, mentre quella svizzera sarebbe diminuita del 2,9%.

Nel quarto trimestre del 2025 il 35,8% della popolazione attiva era straniera, contro il 32,8% di cinque anni prima.

## Salari in crescita

Del mercato del lavoro robusto degli ultimi anni hanno beneficiato anche i lavoratori. Nel 2025 i salari reali in Svizzera sono aumentati dell'1,6%, la crescita maggiore dal 2009. Un fattore determinante è stata la stabilità dei prezzi, con un'inflazione di appena lo 0,2%.

Tradizionalmente il lavoro a tempo parziale è più diffuso tra le donne che tra gli uomini. L'anno scorso il 58% delle donne ha lavorato a tempo parziale, contro il 21% degli uomini. Tuttavia si registra un certo cambiamento: tra gli uomini il part-time è aumentato di 3 punti percentuali in cinque anni.

Secondo l'UST il divario salariale tra donne e uomini si è ridotto. Nel 2024 il salario mediano degli uomini era superiore dell'8,4% rispetto a quello delle donne, contro una differenza del 23,7% nel 1994.

## Il mercato si indebolisce

I dati mensili più recenti indicano che il mercato del lavoro ha superato il picco. A maggio gli uffici regionali di collocamento hanno registrato 140'000 disoccupati, quasi il 10% in più rispetto all'anno precedente.

Le aziende devono fare i conti con le incertezze globali. L'intelligenza artificiale sta trasformando molte professioni e le imprese sono più caute nelle assunzioni. Il boom occupazionale degli ultimi anni sta perdendo smalto.

Secondo i dati dell'Università di Zurigo anche la carenza di manodopera qualificata si è attenuata. Restano richieste figure nei settori sanitario, edile e tecnico, mentre la domanda cala per professioni d'ufficio, informatiche e finanziarie.

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# «L'échec de La Poste n'est pas celui du DEP» - Interview

 L'Agefi | 03.07.2026

Acteur de référence romand du dossier électronique du patient (DEP), Cara est prêt à reprendre les utilisateurs du géant jaune, selon son président Philippe Demierre.

## Nathalie Praz

La Poste a annoncé jeudi dernier qu'elle mettrait fin à son activité liée au dossier électronique du patient (DEP), estimant que son exploitation n'offre plus de perspectives économiques suffisantes. Cette décision ouvre une nouvelle phase de consolidation pour cet outil de cybersanté, alors que la Confédération prépare l'introduction du futur dossier électronique de santé (DES) dès 2030.

Président de Cara, la communauté qui exploite le DEP dans les cantons de Fribourg, Genève, Vaud, Valais et Jura, ainsi que conseiller d'Etat fribourgeois en charge de la Santé, Philippe Demierre nous a répondu par écrit sur les conséquences de ce retrait et les perspectives de la plateforme romande.

*Etiez-vous au courant de ce retrait avant l'annonce officielle la semaine dernière?*

Des rumeurs circulaient depuis plusieurs jours, mais La Poste n'a, à aucun moment, contacté Cara afin d'envisager une solution viable pour leurs utilisateurs. Il est impensable pour nous de les laisser tomber. Ces usagers doivent pouvoir bénéficier d'un service continu durant la transition vers le futur DES.

Nous nous tenons à la disposition des autorités et de La Poste pour accueillir ces utilisateurs et leur garantir une continuité de service immédiate, sur une infrastructure fiable, exploitée et hébergée en Suisse par une société exclusivement soumise au droit suisse. Nous garantissons ainsi que les données de santé restent accessibles et protégées sans interruption conformément aux prescriptions légales en vigueur.

*Dans quelle mesure cette décision vous impacte-t-elle? D'autant que vous avez procédé récemment à un regroupement avec la coopérative des pharmaciens Ofac et sa plateforme Abilis...*

Le retrait de La Poste, couplé à la consolidation de la communauté Cara, concrétise exactement ce que prévoit la future Loi sur le dossier électronique de santé (LDSan). Le Conseil fédéral souhaite une infrastructure unique et la commission de la santé du National propose une communauté de référence aussi unique. Cara, avec ses partenaires, anticipe ces changements depuis plus de 18 mois.

*Comment envisagez-vous l'avenir?*

Dans l'immédiat, nous avons informé la Confédération que nous étions prêts à accueillir les 70.000 utilisateurs de La Poste. Reste à savoir qui entre ces deux acteurs va assumer les coûts de cette migration.

*Est-ce la fin du DEP, prématurément à l'introduction du DES de la Confédération dès 2030, et par ricochet le clap final de votre communauté?*

L'échec de La Poste n'est pas l'échec du DEP. Les cantons membres de l'association Cara et les organisations partenaires de notre communauté sont convaincus que le DEP constitue un outil

indispensable pour optimiser le système de santé, tant au niveau de la qualité de la prise en charge, de la sécurité des soins que de la maîtrise des coûts. Le retrait d'un acteur ne fragilise pas l'ensemble du système. Elle renforce au contraire la légitimité de la solution nationale consolidée proposée par Cara.

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Mehr Studienplätze, neuer Numerus clausus: Universitäten legen Reformplan vor

 Medinside (de) | 02.07.2026

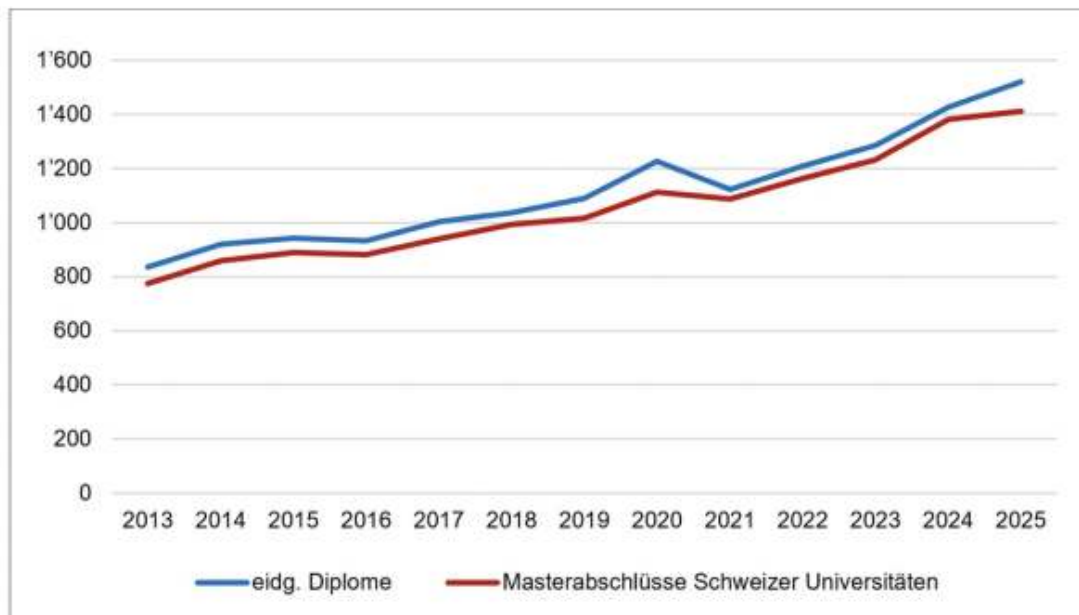
Ein Grundlagenbericht empfiehlt den weiteren Ausbau der Humanmedizin und skizziert, wie die Schweiz den Ärztenachwuchs langfristig sichern könnte.

Die Schweizer Universitäten wollen die Zahl der Medizinstudienplätze weiter erhöhen und das Zulassungsverfahren zum Medizinstudium weiterentwickeln. Zu diesem Schluss kommt Swissuniversities in einem neuen Grundlagenbericht, den der Verband im Auftrag der Schweizerischen Hochschulkonferenz erarbeitet hat.

Zwar konnte die Zahl der Masterabschlüsse dank des Sonderprogramms Humanmedizin von 882 im Jahr 2016 auf 1381 im Jahr 2024 gesteigert werden und übertraf damit das ursprünglich angestrebte Ziel von 1300 Abschlüssen pro Jahr.

Dennoch bleibe die Schweiz weiterhin stark auf im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Angesichts der Pensionierung der geburtenstarken Ärztegeneration sei deshalb ein weiterer Ausbau der Ausbildungskapazitäten notwendig.

**Abbildung 5.5: Abschlüsse in Humanmedizin, 2013–2025**

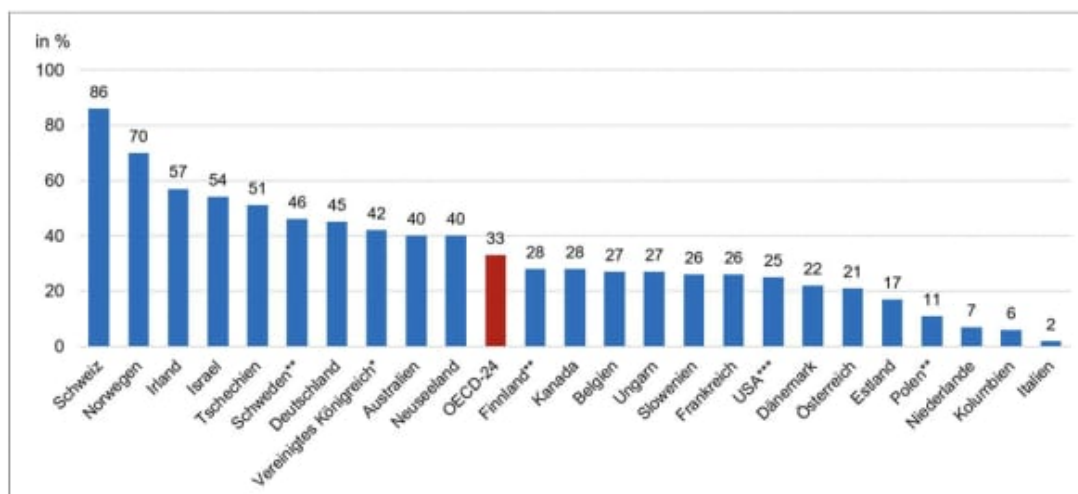


Quellen: Datenbank der Studierenden und Abschlüsse des Schweizerischen Hochschulinformationssystems (SHIS-studex) / Analyse Obsan; Masterabschlüsse 2025 prov. Daten swissuniversities

Nach Berechnungen des Berichts braucht es 680 bis 760 zusätzliche Bachelor- sowie 650 bis 740 Masterstudienplätze, um die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten langfristig zu verringern. Die Universitäten schlagen dafür ein zweites Sonderprogramm Humanmedizin vor. Dieses soll langfristig bis zur Hälfte der ärztlichen Zuwanderung durch Absolventinnen und Absolventen Schweizer Hochschulen ersetzen.

GLP-Nationalrat Patrick Hässig schreibt dazu auf LinkedIn: «Wenn wir in der Schweiz Menschen haben, die Medizin studieren möchten, soll es nicht mehr an fehlenden Ausbildungsplätzen scheitern.» Ziel sei es, das inländische Fachkräftepotenzial besser zu fördern – «auch in der Pflege».

**Abbildung 5.4: Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten am Wachstum der ärztlichen Beschäftigten, in den Ländern der OECD 2010–2023**



Quelle: OECD, Health Statistic 2025, Seite 199

Anmerkungen: \* 2023 nur England/Wales, \*\* neuestes Jahr 2022 \*\*\* Neues Jahr 2024

Die Kosten des Programms werden auf rund 150 Millionen Franken geschätzt. Grundlage ist eine einmalige Anschubfinanzierung von rund 200'000 Franken pro neu geschaffenem Studienplatz – analog zum ersten Sonderprogramm Humanmedizin.

Als grössten Engpass bezeichnen die Autoren die klinischen Ausbildungsplätze. Für deren Ausbau müssten Spitäler, Privatkliniken und ambulante Einrichtungen stärker in die Ausbildung eingebunden werden. Gleichzeitig brauche es bessere Rahmenbedingungen für klinische Ausbilderinnen und Ausbilder – etwa mehr Zeit für die Lehre, didaktische Weiterbildungen und eine stärkere Anerkennung ihrer Ausbildungstätigkeit.

## Numerus clausus

Auch die Zulassung zum Medizinstudium soll reformiert werden. Zwar attestiert der Bericht sowohl dem Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) als auch dem Concours in der Westschweiz eine gute Prognosekraft für den Studienerfolg. Beide Verfahren würden jedoch wichtige Fähigkeiten wie Kommunikations-, Team- und Interaktionskompetenz kaum erfassen.

Die Universitäten schlagen deshalb ein schweizweit harmonisiertes, mehrdimensionales Auswahlverfahren vor. Dieses soll kognitive und nicht-kognitive Kriterien kombinieren und bereits vor Studienbeginn angewendet werden.

## Praxisnäher und digitaler

Neben zusätzlichen Studienplätzen sehen die Autoren auch Reformbedarf beim Medizinstudium selbst. Die Ausbildung müsse stärker auf die Anforderungen einer zunehmend digitalisierten und interprofessionellen Gesundheitsversorgung ausgerichtet werden.

Empfohlen werden der verstärkte Einsatz digitaler Lehrformate, simulationsbasiertes Lernen sowie eine frühere Einbindung der Studierenden in die Patientenversorgung.

Auch Künstliche Intelligenz, Kommunikation und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sollen einen grösseren Stellenwert erhalten. Gleichzeitig plädieren die Universitäten für eine engere Verzahnung von Studium und Weiterbildung. Klinische Ausbilderinnen und Ausbilder sollen zudem stärker unterstützt und ihre Lehrtätigkeit besser anerkannt werden.

## Grundversorgung stärken

Ein weiteres Augenmerk gilt der medizinischen Grundversorgung. Nach Einschätzung der Autoren werden die heutigen Versorgungsengpässe in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Deshalb empfehlen sie, die Hausarztmedizin weiter zu stärken und auch Pädiatrie, Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie im Studium stärker zu gewichten.

Nach Ansicht der Universitäten reichen Anpassungen im Studium allein jedoch nicht aus. Um die Grundversorgung langfristig zu sichern, brauche es auch Verbesserungen in der ärztlichen Weiterbildung sowie attraktivere Arbeitsbedingungen.

**Tabelle 5.6: Umgesetzte Massnahmen der Universitäten zur Erhöhung der Studienplätze**

| Universität     | Massnahmen                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>UniBasel</b> | Aufstockungen 2014–2026 in der Humanmedizin: +40 (2014), +15 (Einbindung von USI-Studierenden in den BA, 2017), +10 (2018), +20 (Einbindung von ETHZ-Studierenden in den MA, 2020), +10 (2021), +5 (2026). Diskussion über die Ausgliederung der Zahnmedizin. |
| <b>UniBE</b>    | Aufstockung um +100 Studienplätze im Jahr 2017 (von 220 auf 320)                                                                                                                                                                                              |
| <b>UniFR</b>    | Einrichtung eines Masterstudiengangs (40 Plätze). Aufstockung des Bachelorstudiengangs um +45 Studienplätze (von 80 auf 125). Derzeit wird die Verdoppelung der Masterplätze in Zusammenarbeit mit einem anderen Kanton geprüft.                              |
| <b>UniGE</b>    | Schrittweise Aufstockung 2013: +20; 2017 +20; 2020 +10. Vernetzung mit regionalen/privaten Spitälern zur Erweiterung der klinischen Standorte; Einrichtung des Passerelle-Programms mit der EPFL.                                                             |
| <b>UNIL</b>     | 2015 Erhöhung der Studienplätze um 40 (von 180 auf 220), seit 2017 Aufstockung um 25 Studienplätze (von 220 auf 245); Einrichtung des Passerelle-Programms mit der EPFL.                                                                                      |
| <b>UniLU</b>    | Schaffung von 40 Studienplätzen im neuen Masterstudiengang (2020) in Zusammenarbeit mit der UZH (Joint Medical Master JJM).<br>2025: Gespräche mit der UZH und dem Kanton Luzern zur Erhöhung der Studienplätze.                                              |
| <b>UniNE</b>    | Verlängerung der Vereinbarungen mit der UniGE und der UNIL für Studierende im 2. Studienjahr (2018, Anstieg um 23 %).<br>Planung eines vollständigen Bachelor-Studiengangs in Medizin (laufendes Projekt).                                                    |
| <b>HSG</b>      | Schaffung von 40 Studienplätzen in einem neuen Masterstudiengang (2020) in Zusammenarbeit mit der UZH (Joint Medical Master JJM). Anschlusslösung für dieses Programm in Diskussion.                                                                          |
| <b>USI</b>      | Start des Masterstudiengangs im Jahr 2020 mit 72 Studienplätzen.<br>Neue Vereinbarungen mit der UniBE (+15 Studierende/Jahr) 2022.                                                                                                                            |
| <b>UZH</b>      | 2008–2013: +20 (Medizin) +20 (Chiropraktik); +60 (Medizin);<br>2017: +72 (Medizin); 2024: +8 (Medizin)<br>2030 geplant: +270 (Medizin) im Rahmen des Projekts Med500+                                                                                         |
| <b>ETHZ</b>     | Einführung eines neuen Bachelor of Science-Studiengangs in Medizin im Jahr 2017 (100 Studienplätze).                                                                                                                                                          |

Quelle: Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, Nov. 2025–Feb. 2026.

Die Kapazität der Schweizer Fakultäten und Hochschulen, die swissuniversities für das akademische Jahr 2025/26 gemeldet wurde, beträgt 1'472 Studierende für den Masterstudiengang Medizin; die Verteilung auf die einzelnen Institutionen ist in Tabelle 5.7 dargestellt.

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Dieser Datenfriedhof bringt nur Kosten - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 02.07.2026

## Elektronisches Patientendossier

**Jan Hudec**

Fast 20 Jahre Arbeit, Millioneninvestitionen und das Ergebnis: ein riesiger Murks. Das ist die Geschichte des elektronischen Patientendossiers in der Schweiz. Und diese Geschichte hat zuletzt zwei Wendungen genommen, die sie vollends zur absurden Komödie werden lassen.

Eigentlich hatten sich die Behörden den Aufbruch in die digitale Zukunft versprochen. Das elektronische Patientendossier (EPD) sollte alle wichtigen Gesundheitsdaten eines Patienten an einem Ort bündeln und von Spitälern, Heimen oder Ärzten genutzt werden können. Es sollte damit zum Dreh- und Angelpunkt in der medizinischen Versorgungskette werden, schnellere Diagnosen erlauben und Behandlungsfehler eliminieren.

All das wäre auch möglich gewesen. Doch die Realität ist eine andere: Seit 2022 können Patienten das Dossier eröffnen, nicht einmal 140 000 Personen haben das bisher getan – lediglich 1,5 Prozent der Bevölkerung. Das liegt nicht nur daran, dass es für die Nutzer unendlich kompliziert ist, ein EPD anzulegen. Sondern vor allem auch daran, dass dessen Nutzen verschwindend klein ist.

In Spitälern spricht man despektierlich von einem Datenfriedhof. Denn statt dass dieses Dossier interaktiv genutzt werden kann, dient es lediglich als digitale Ablage für PDF-Dokumente. Viele der Daten sind nicht maschinenlesbar, man kann also nicht einmal gezielt nach Stichworten in den Dokumenten suchen, geschweige denn, dass man damit praktische Dinge erledigen könnte, wie beispielsweise dem Patienten ein elektronisches Rezept für Medikamente auszustellen.

Demgegenüber stehen die hohen Kosten. Allein im Kanton Zürich zahlen Spitäler und Pflegeheime über 3 Millionen Franken pro Jahr, damit sie sich einer sogenannten Stammgemeinschaft anschliessen können, welche die technische Plattform für das EPD bereitstellt. Der Bund hat inzwischen eingesehen, dass es so nicht weitergehen kann, und angekündigt, dass das alte System durch ein neues ersetzt werden soll – allerdings frühestens 2030.

Das Absurde ist, dass das EPD bis dahin in seiner heutigen Form weiterbetrieben werden soll und die Gesundheitsinstitutionen auch weiterhin bundesrechtlich verpflichtet sind, sich einer Stammgesellschaft anzuschliessen. Oder anders ausgedrückt: Der Bundesrat erklärt ein Projekt für tot, verlangt von Spitälern aber, noch auf Jahre hinaus Millionen dafür auszugeben.

Kein Wunder, hat sich inzwischen Widerstand formiert. Die Zürcher Gesundheitsdirektion unter der Führung von Natalie Rickli (SVP) kritisierte die Situation kürzlich zu Recht scharf. Inzwischen sagt sie gar, man werde die Einhaltung der Anschlusspflicht nicht mehr kontrollieren. Gleichzeitig haben Heime und Spitäler damit begonnen, ihre Verträge mit den Stammgemeinschaften zu kündigen.

Das hat nun zur zweiten Wende geführt. Die grösste Stammgemeinschaft, die Post Sanela Health AG, hat dieser Tage angekündigt, dem EPD den Stecker zu ziehen. Auf Ende Jahr sei Schluss. Damit verlieren auch

Spitäler, die sich gesetzeskonform verhalten haben, ihren Anschlussvertrag. Es ist eine groteske Pointe: Während der Bund die Anschlusspflicht weiterhin wichtig findet, entscheidet die Tochtergesellschaft eines Staatsbetriebs, die Sache aufzugeben.

Der Bund muss nun Klarheit schaffen. Die Anschlusspflicht gehört aufgehoben. Vor allem aber muss er mit Nachdruck daran arbeiten, dass sich das Debakel beim Nachfolgeprojekt nicht wiederholt. Dazu müssen dringend einheitliche technische Standards geschaffen werden – daran fehlt es noch immer. In Dänemark hat man damit schon vor über 30 Jahren begonnen. Und hat heute ein System, das funktioniert, nützlich und sicher ist und darum von fast der ganzen Bevölkerung genutzt wird. Das sollte in der Schweiz eigentlich auch möglich sein.

Der Bundesrat erklärt das Projekt für tot, verlangt von den Spitälern aber, noch auf Jahre hinaus Millionen dafür auszugeben.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Kinderspital: Widerspruch ist erwünscht

 NZZ am Sonntag | 05.07.2026

Wenn Ärzte die Warnungen von Eltern ignorieren, endet das bisweilen tödlich. Im Kinderspital in Luzern können verzweifelte Eltern nun im Notfall Alarm schlagen. Ein Novum in der Schweiz.

**Stefanie Pauli**

Es ist ein Aushang, der sich nahtlos in das Weiss der Gänge einfügt. Doch was an den Wänden des Kinderspitals Zentralschweiz angebracht ist, bricht mit den starren Machtstrukturen der Medizin. «Sie kennen Ihr Kind besser als jeder andere», heisst es darauf. Der Aushang ermuntert Eltern, über eine Hotline Alarm zu schlagen, wenn sie das Gefühl haben, dass ihre Sorgen ignoriert werden. Dieses Eltern-Notrecht gibt es bis jetzt in keinem Schweizer Spital.

Auslöser der Zentralschweizer Initiative ist ein tragischer Fall aus dem letzten Jahr. Damals starb im Kinderspital in Luzern ein einjähriger Bub an einer bakteriellen Infektion. Die Ärzte hatten die Eltern und das Kind zuerst nach Hause geschickt – obwohl die Mutter auf den kritischen Zustand ihres Kindes hingewiesen haben soll. Die Familie erhob nach dem Tod des Kindes schwere Vorwürfe gegen das Personal: Es habe ihr kein Gehör geschenkt und die Mutter als hysterisch abgetan. Deshalb sei jede Hilfe zu spät gekommen.

Das Kinderspital reagierte auf das folgenschwere Ereignis. «Das hat uns tief erschüttert», sagt der Klinikleiter und Chefarzt Martin Stocker. Deshalb führte er im vergangenen Sommer probeweise die sogenannte Martha's Rule ein. Das Konzept aus England ermöglicht es Eltern, ein unabhängiges Team für eine Zweitmeinung anzufordern, wenn sie sich nicht ernst genommen fühlen. Nun führt das Spital das System eineinhalb Jahre später permanent ein, wie es auf Anfrage der «NZZ am Sonntag» bekanntgibt.

## Sechshundert lebensrettende Korrekturen

Martha's Rule stammt aus Grossbritannien, wo es die Regel seit 2024 gibt. Wie in Luzern war auch bei den Briten der Tod eines Kindes Auslöser für die Einführung. Die 13-jährige Martha Mills, nach der die Regel benannt ist, starb 2021 an einem septischen Schock. Sie hatte sich im Krankenhaus eine Infektion zugezogen. Die Mutter, eine bekannte britische Journalistin, hatte wiederholt ihre Besorgnis über den schlechten Zustand ihrer Tochter geäußert. Vergebens. Ein Gutachten stellte später fest, dass Martha wahrscheinlich überlebt hätte, wenn sie früher auf die Intensivstation verlegt worden wäre.

Das britische Projekt ist ein Erfolg. Befürchtungen, das System würde missbraucht werden und die Meldungen ausufern, haben sich nicht bewahrheitet. Jede siebte klinische Überprüfung, die durch Martha's Rule ausgelöst wurde, führte zwischen September 2024 und April 2026 zu einer lebensrettenden Änderung in der Behandlung. Das ist über sechshundert Mal in eineinhalb Jahren. Und in über zweitausend Fällen passten Ärzte die Behandlung an, nachdem Angehörige vorstellig geworden waren. Inzwischen gilt die Regel deshalb in jedem britischen Akutspital.

In der Zentralschweiz sehen die Erfahrungen anders aus. In den ersten Monaten der Testphase blieb es auf der Hotline des Kinderspitals in Luzern ruhig, wie bisher unveröffentlichte Zahlen zeigen: Zwischen September 2025 und April 2026 nutzten zwei Elternpaare Martha's Rule. Zwar sei es in beiden Fällen zu keiner Anpassung in der Behandlung gekommen, sagt Martin Stocker, «aber das sind ja nur Zahlen aus einem Spital». Ausserdem hätten vierzig Elternpaare die Vorstufe von Martha's Rule ausgelöst und eine leitende Person verlangt, weil sie sich nicht gehört fühlten, sagt der Klinikleiter.

Stocker ist überzeugt, dass es die Regel braucht. Für ihn zählen nicht nur die nackten Zahlen. In der Schweizer Spitallandschaft gebe es nach wie vor starre Hierarchien und alte Rollenbilder, die in vielen Fällen dazu führten, dass Patienten und Angehörige zu wenig ernst genommen würden. «Wir brauchen einen Kulturwandel», sagt er. «Martha's Rule ist ein wichtiges Puzzlestück auf diesem Weg», ist der Kinderarzt überzeugt. Andere Schweizer Spitäler wie das Zürcher Triemli diskutieren die Einführung von Martha's Rule zwar, doch bis jetzt ist Stocker ein Einzelkämpfer.

Handlungsbedarf sieht auch die Schweizerische Patientenorganisation. Sie wird regelmässig zu Medical Gaslighting kontaktiert – so werden die Situationen in der Fachwelt genannt, in denen Ärzte bewusst oder unbewusst Patienten und Angehörige nicht ernst nehmen, ihre Symptome bagatellisieren, herunterspielen oder auf die Psyche schieben. «Wir erhalten dazu mehrere hundert Meldungen pro Jahr», sagt die Geschäftsführerin Susanne Gedamke, wobei sie die Dunkelziffer als «sehr hoch» einschätzt.

Viele Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige meldeten sich gar nicht erst, weil sie nicht wüssten, an wen sie sich wenden könnten, so Gedamke. Andere Betroffene wollten nicht als «schwierig» gelten oder hätten nach einer belastenden Erkrankung nicht die Kraft für eine Beschwerde, sagt sie.

## Als «hysterisch» oder «überbesorgt» abgewimmelt

Für die Wissenschaftlerin Chantal Britt ist auch deshalb klar: Es braucht feste Eskalationswege. «Sie geben Patienten und Angehörigen überhaupt erst die Möglichkeit, zu handeln», sagt Britt, die an der Berner Fachhochschule zum Thema forscht. Gerade Angehörige nahmen Veränderungen bei Kindern und älteren Personen oftmals sehr früh wahr, so Britt, die selbst unter Long Covid leidet und sich dafür engagiert, dass Betroffene von Ärzten ernst genommen werden.

Zu welchen Folgen das Ignorieren von Warnungen führen kann, zeigen die jüngsten europäischen Medizinskandale. Wie etwa der um den Herzchirurgen Francesco Maisano am Universitätsspital Zürich und die grösste Untersuchung zu Behandlungsfehlern in der Geschichte des britischen Gesundheitssystems. Letztere brachte Ende Juni Dutzende Todesfälle von Müttern und Babys sowie Hirnschäden bei Neugeborenen zwischen 2012 und 2025 am Spital Nottingham ans Licht.

Der Bericht aus Grossbritannien nennt exakt die Punkte als Grund für die tragischen Ereignisse, die Martha's Rule verhindern soll: Mütter, die angaben, starke Blutungen zu haben oder zu spüren, dass etwas nicht stimmt, wurden als «hysterisch» oder «überbesorgt» abgewimmelt.

Nicht nur die Eltern fanden kein Gehör, sondern auch das Personal. Die klinische Hierarchie und die Angst vor Mobbing durch Vorgesetzte hätten dazu geführt, dass junge Hebammen und Ärzte davon abgehalten worden seien, kritische Fälle rechtzeitig zu melden, heisst es im Bericht. Grossbritannien hat Martha's Rule deshalb nicht nur auf alle Akutspitäler ausgeweitet, sondern auch auf Geburtskliniken und die Neonatologie.

Anders als in Luzern können in Grossbritannien nicht nur Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch Angestellte von der Regel Gebrauch machen. Diese Möglichkeit wird regelmässig genutzt, wie Zahlen zeigen. Chantal Britt von der Berner Fachhochschule sieht in Martha's Rule deshalb auch eine Möglichkeit, Skandale wie den des Herzchirurgen Francesco Maisano zu verhindern. «Angestellte können in kritischen Situationen über einen separaten Kanal intervenieren», sagt Britt.

Der im Frühling veröffentlichte Bericht zum Maisano-Skandal zeigt, wie die Klinikkultur Mitarbeiter daran hinderte, Maisano zu widersprechen oder bei Operationen korrigierend einzugreifen. Doch das System aus England ist aufwendig. Während das Zentralschweizer Kinderspital die unabhängige Beurteilung durch

eigenes Personal gewährleistet, sind in England separate, eigens dafür gedachte Teams auf Abruf bereit. «Es war immer klar, dass wir mit den bestehenden Ressourcen arbeiten müssen», sagt Martin Stocker vom Luzerner Kinderspital.

Und was ist mit den Ärztinnen und Ärzten? Empfinden sie Martha's Rule als Misstrauensvotum? «Wir wussten nicht, wie sie reagieren würden», sagt Martin Stocker. Doch eine Umfrage beim Personal zeigte laut dem Klinikleiter: Die allermeisten Ärztinnen und Ärzte befürworten das Eltern-Notrecht.



In Hunderten von Fällen pro Jahr würden Eltern nicht ernst genommen, schätzt die Schweizerische Patientenorganisation – zum Teil mit fatalen Folgen für die Kinder.



Die 13-jährige Martha Mills starb 2021 an einem septischen Schock. Zuvor hatte ihre Mutter im Spital mehrfach vergeblich ihre Sorge über den schlechten Zustand ihrer Tochter geäußert.

---

# Kinderspital gibt Eltern mehr Macht

Das Kinderspital in Luzern führt als erste Schweizer Klinik die sogenannte Martha's Rule aus England ein. Die Regel gibt Eltern das Recht, im Notfall eine Zweitmeinung zu einer ärztlichen Entscheidung einzuholen, wenn sie sich nicht ernst genommen fühlen. Mit diesem Modell bricht das Spital mit den starren Hierarchien der Medizin. Auslöser ist der tragische Tod eines einjährigen Buben im vergangenen Jahr. Die Mutter warf dem Innerschweizer Spital vor, sie sei als hysterisch abgestempelt und nach Hause geschickt worden, wodurch schliesslich jede Hilfe für ihren Sohn zu spät gekommen sei. Dass es sich dabei um kein Einzelphänomen handelt, zeigen Zahlen der Schweizerischen Patientenorganisation: Sie erhält pro Jahr Hunderte von Anrufen von Patienten und Angehörigen, die berichten, dass ihre Sorgen ignoriert würden. (pli.)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Hôpitaux et psychiatrie: recettes nettement plus élevées avec moins de personnel

 Medinside (fr) | 02.07.2026

Le cabinet de conseil PwC estime toutefois que le secteur hospitalier suisse pourrait encore gagner en efficacité. Objectif: la suppression de quelque 35'000 postes grâce à une «utilisation optimisée des compétences spécialisées».

Les hôpitaux et les établissements psychiatriques ont sensiblement amélioré leur rentabilité en 2025; le pire de la crise semble être passé. Cela ne suffit toutefois pas à garantir le financement durable de ces structures. Telle est la principale conclusion d'un rapport publié mardi par le cabinet d'audit et de conseil PwC, qui n'a pas manqué de susciter des réactions.

- Rapport en allemand: PwC / Patrick Schwendener, Philip Sommer, [«Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2025»](#), juin 2025.

Quiconque suit de près l'évolution du secteur hospitalier ne sera guère surpris : en 2025, presque tous les établissements ont pris en charge davantage de patients, enregistré des bénéfices plus élevés et affiché de meilleures marges d'EBITDA.

Une autre tendance majeure ressort toutefois du rapport de PwC: alors que les recettes ont augmenté, le taux de charges de personnel – c'est-à-dire le rapport entre les coûts de personnel et le chiffre d'affaires – a nettement diminué. Dans les hôpitaux de soins aigus, ce taux est tombé à 64%, soit son niveau le plus bas depuis le début de la pandémie. Dans les établissements psychiatriques, il s'est établi à 74%, un niveau qui n'avait plus été observé depuis 2012.

## Une croissance limitée par les effectifs

Et ce, dans un secteur confronté depuis des années à la pénurie de personnel qualifié, aux difficultés de recrutement, à l'absentéisme et aux enjeux d'attractivité des employeurs.

Les analystes de PwC interprètent la diminution du poids des charges de personnel dans les recettes comme le signe d'un gain de productivité: davantage de dossiers traités, des taux d'occupation plus élevés et un nombre accru de patients pris en charge par collaborateur. Le revers de la médaille réside toutefois dans une forme de stagnation, comme l'ont récemment souligné les hôpitaux du groupe FMI dans leur rapport annuel: «Il manquait du personnel qualifié pour faire avancer des projets importants, notamment dans le domaine informatique.»

Cet effet de frein est particulièrement visible en psychiatrie. Dans ce secteur, les charges de personnel représentent déjà une part considérable des coûts, soit près des trois quarts du chiffre d'affaires. La croissance y est donc clairement limitée par le manque de personnel. Faute de professionnels en nombre

suffisant, les listes d'attente s'allongent, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Au final, cette forte demande ne se traduit, au mieux, que par une hausse marginale des recettes.

Les auteurs du rapport de PwC continuent néanmoins de voir un important potentiel d'économies dans le domaine des ressources humaines. Selon leurs modélisations, environ 4'200 postes équivalents plein temps (EPT) pourraient être supprimés d'ici à 2045 dans le secteur de la psychiatrie, 30'000 dans les hôpitaux de soins aigus et 2'000 dans le domaine de la réadaptation, soit environ 15 à 20% des effectifs actuels.

PwC parle à ce sujet d'une «utilisation optimisée des compétences spécialisées».

## Une affaire compliquée

Cette optimisation serait notamment rendue possible grâce à la numérisation, à des modèles de prise en charge gradués et à un recours accru aux soins ambulatoires. En psychiatrie, par exemple, la transformation numérique permettrait d'accroître la productivité de 15% supplémentaires, selon les estimations des consultants.

Le développement des soins ambulatoires pourrait également permettre aux hôpitaux de soins aigus de supprimer environ 5'400 lits d'hospitalisation au cours des vingt prochaines années.

Le bilan de l'année 2025 met toutefois en évidence une autre réalité: le virage ambulatoire reste un processus lent. Certes, les recettes hospitalières issues des prestations ambulatoires ont progressé de plus de 5% l'année dernière, soit davantage que celles issues des prestations stationnaires (+3%). Toutefois, la part de l'ambulatoire dans le chiffre d'affaires lié aux soins aux patients n'a augmenté que de 0,3 point de pourcentage, passant de 35,4% à 35,7%.

Cinq ans plus tôt, en 2021, cette part s'élevait à 34,0%. Le grand bond en avant se fait donc toujours attendre. **rap**



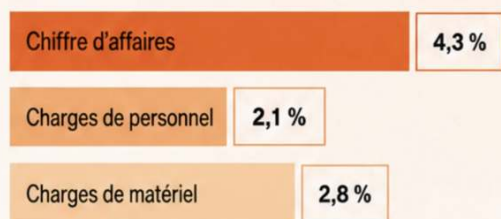
Hôpitaux de  
soins aigus

2025

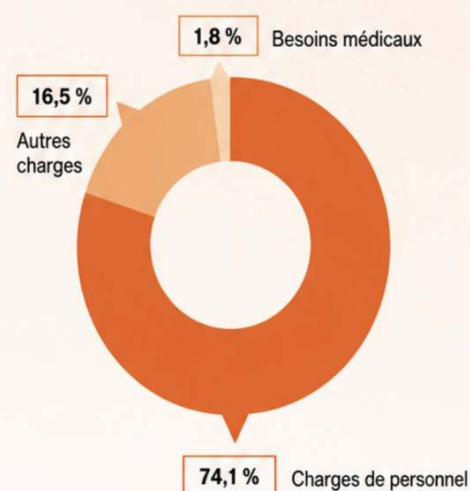
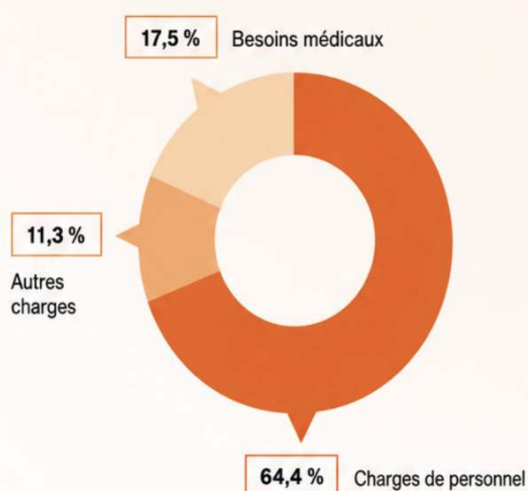


Psychiatrie

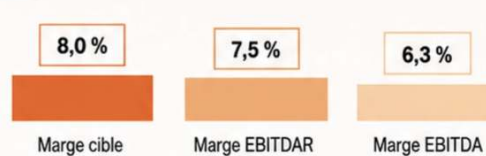
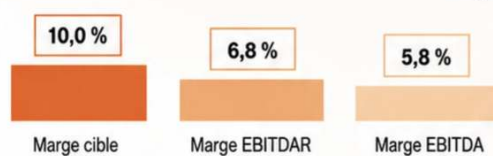
#### Taux de croissance



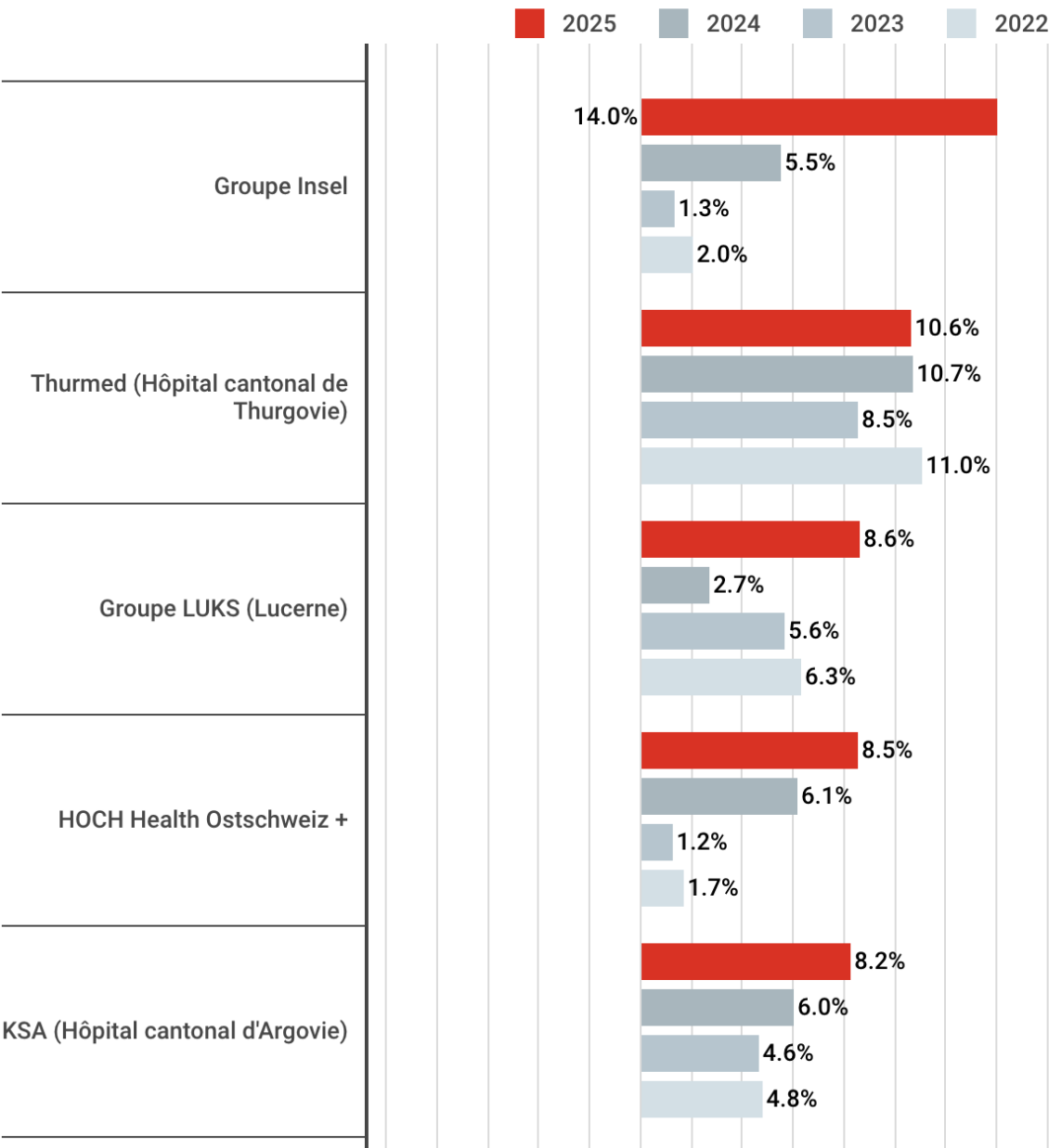
#### Répartition des coûts (en % du chiffre d'affaires)

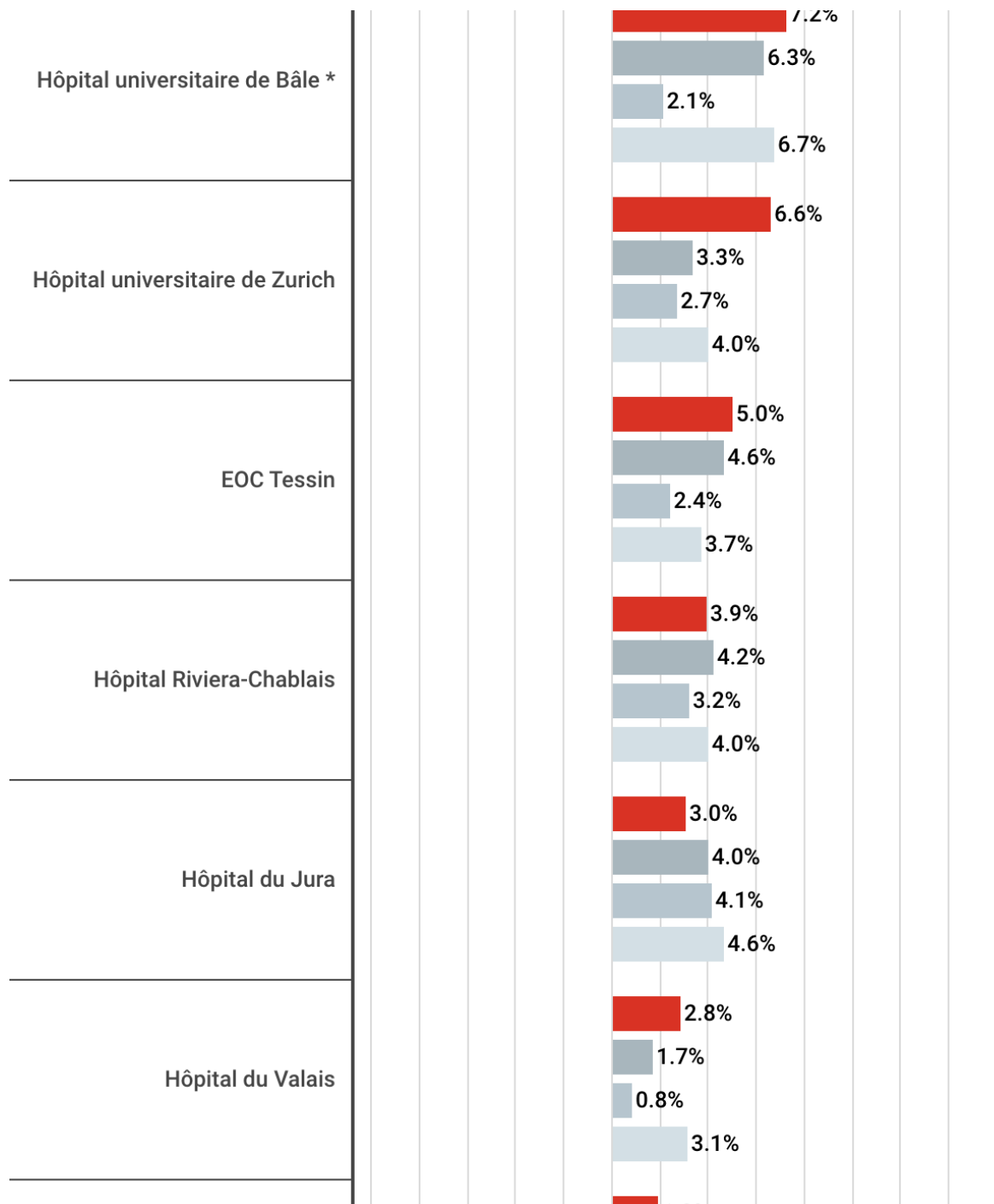


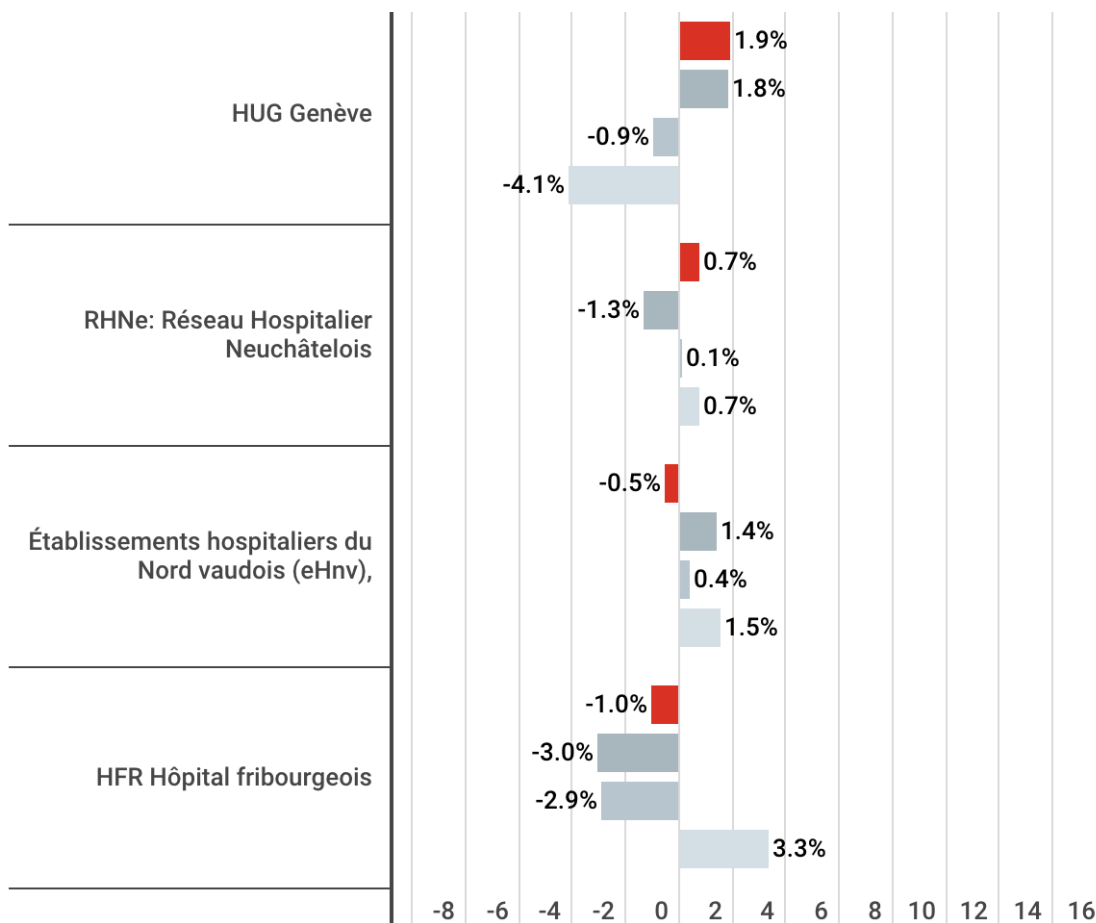
#### Marges de rentabilité



# Marges EBITDA des principaux hôpitaux suisses







[Download data](#)

\* Marge Ebitdar

+ Jusqu'à fin 2024: St. Galler Spitalverbunde

Source: rapports annuels

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Gli ospedali svizzeri stanno meglio

 Corriere del Ticino | 01.07.2026

Lo scorso anno gli ospedali svizzeri sono tornati in attivo. Stando a uno studio della società di consulenza PWC, questa ripresa non è però sufficiente a garantire in modo sostenibile gli investimenti necessari per il futuro. Per gli ospedali per cure acute il margine di utile netto è tornato in territorio positivo per la prima volta da anni, attestandosi all'1%, scrive PWC Svizzera. Nonostante la ripresa, la situazione rimane tesa. Il margine operativo (Ebitdar) è salito al 6,8%, mancando nettamente l'obiettivo del 10%. Secondo lo studio, gli ospedali stanno di nuovo generando profitti a livello operativo, ma non sufficienti a finanziare in modo sostenibile le infrastrutture, i nuovi modelli di assistenza e la trasformazione digitale. Uno dei motori della crescita è stata l'attività ambulatoriale, i cui ricavi sono cresciuti del 5,2%, un tasso superiore a quello dei ricavi da degenza, pari al 3%. Anche gli ospedali psichiatrici hanno migliorato la loro situazione finanziaria.

# ZH, VD – Le CHUV et l'USZ restent les cliniques spécialisées dans le traitement des brûlures graves

 Medinside (fr) | 30.06.2026

Suite à l'incendie catastrophique de Crans-Montana, l'organe décisionnel de la médecine hautement spécialisée (MHS) rappelle que la qualité des soins repose sur l'expérience et sur un nombre suffisant de cas.

L'organe décisionnel chargé de délivrer les mandats de médecine hautement spécialisée (MHS) vient de se prononcer sur la prise en charge des brûlures graves chez les adultes: les patients continueront d'être orientés vers l'Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) et l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ). Ces mandats de prestations MHS avaient déjà été attribués au CHUV et à l'USZ en 2019.

«Ces hôpitaux ont fait preuve d'une maîtrise extraordinaire dans la prise en charge des victimes de la terrible catastrophe de Crans-Montana», commente la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS).

À l'occasion de cette réévaluation, les instances de la MHS se sont d'abord penchées sur la définition des critères de prise en charge, qu'elles ont décidé de restreindre. Ainsi, à l'avenir, davantage de patients souffrant de brûlures pourront être pris en charge par des hôpitaux ne disposant pas d'un mandat de prestations MHS, précise la CDS.

## Aucune perte d'expertise

Aucun autre hôpital que le CHUV et l'USZ n'a déposé de candidature lors de la procédure de candidature qui a suivi. Les mandats de prestations, limités à six ans, prendront effet le 1er juillet 2026.

L'organe décisionnel de la MHS s'est également penché sur l'incendie catastrophique de Crans-Montana. La collaboration, tant au sein de la Suisse qu'avec l'étranger, a très bien fonctionné, fait-on remarquer. Les retours d'expérience ont par ailleurs montré que la structure existante était également efficace pour la prise en charge en temps normal. La coopération internationale reste toutefois essentielle pour faire face à un événement de grande ampleur, comme celui de la nuit de la Saint-Sylvestre. Une augmentation structurelle du nombre de centres de traitement des brûlés de la MHS entraînerait une baisse du nombre de cas par centre et, par conséquent, une perte d'expertise, or celle-ci est déterminante pour la qualité des soins dans ce domaine hautement complexe. **rap**

# ZH, VD – HSM: USZ und CHUV bleiben Spezialkliniken für schwere Verbrennungen

 [Medinside \(de\)](#) | CHUV, USZ | 30.06.2026

Nach der Analyse der Brandkatastrophe von Crans-Montana bekräftigt das HSM-Beschlussorgan: Qualität braucht Erfahrung – und genügend Fallzahlen.

Das Beschlussorgan der hochspezialisierten Medizin hat entschieden, dass schwere Verbrennungen bei Erwachsenen weiterhin im Lausanner Universitätsspital und im Universitätsspital Zürich behandelt werden. Zuvor wurden die Leistungsaufträge letztmals 2019 erteilt – ebenfalls ans CHUV und ans USZ.

«Diese Spitäler haben bei der Behandlung der Verletzten der erschütternden Brandkatastrophe von Crans-Montana Ausserordentliches geleistet», schreibt die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK zum Entscheid.

Bei dieser Neubeurteilung überprüften die HSM-Gremien zunächst die Zuordnungsdefinition und beschlossen, diese enger zu fassen. Dies bedeutet, dass künftig mehr Patienten mit Verbrennungen auch von Spitälern ohne HSM-Leistungsauftrag behandelt werden können.

## Kein Verlust von Expertise

Im anschliessenden Bewerbungsverfahren bewarben sich neben CHUV und USZ keine weiteren Spitäler. Die Leistungsaufträge gelten ab 1. Juli 2026 und sind auf sechs Jahre befristet.

Das HSM-Beschlussorgan befasste sich dabei auch mit der Brandkatastrophe von Crans-Montana. Die Zusammenarbeit innerhalb der Schweiz und mit dem Ausland habe sehr gut funktioniert, so eine Erkenntnis. Die Rückmeldungen zeigten zudem, dass die bestehende Struktur auch für die Versorgung in Normalzeiten leistungsfähig sei. Für die Bewältigung eines Grossereignisses wie in jener Silvesternacht bleibe die internationale Zusammenarbeit zentral. Eine strukturelle Ausweitung der Anzahl HSM-Verbrennungszentren würde zu sinkenden Fallzahlen pro Zentrum und damit zu einem Verlust von Expertise führen – und diese sei für die Behandlungsqualität in diesem hochkomplexen Gebiet entscheidend.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Studie: Spitalfinanzen besser, aber noch nicht gut genug

 SRF 1 | 30.06.2026

## Studie von PWC

Schweizer Spitäler stehen finanziell nicht gut da. Eine Studie zeigt, warum sich die Lage leicht aufgehellt hat.

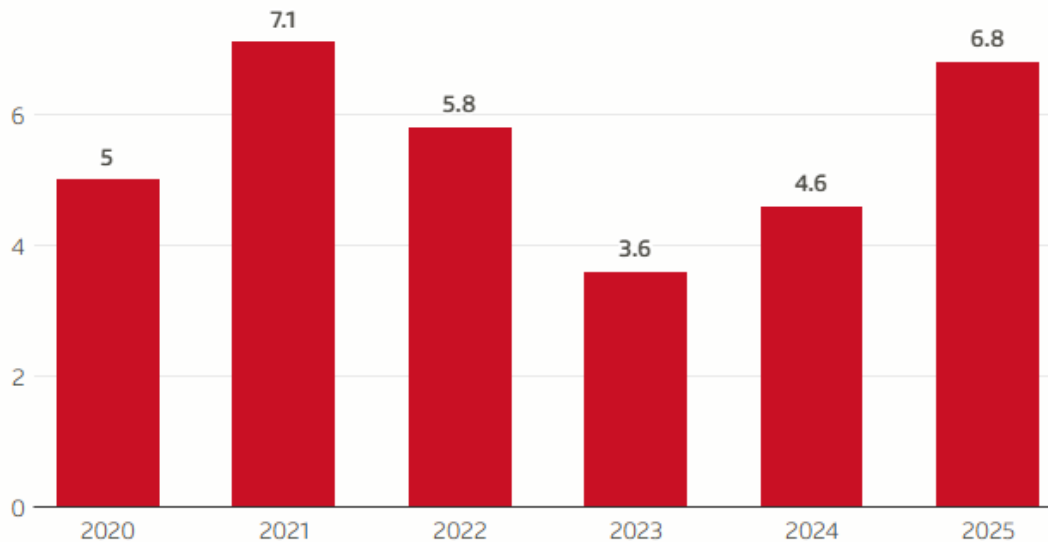
**Was steht in der Studie?** Akutspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen haben 2025 ihre Erträge gesteigert und ihre Margen verbessert. Akutspitäler steigerten ihren Betriebsertrag im Median um 4.4 Prozent. Das zeigt eine Auswertung des Beratungsunternehmens PWC.

**Welches sind die Gründe für die Verbesserung?** Philip Sommer, der bei PWC den Bereich Gesundheitswesen, leitet, erklärt: «Die Finanzaufgaben der Spitäler haben sich verbessert, einerseits dank Prozessverbesserungen. Also, die Krankenhäuser haben konsequent geschaut, wie die Sachen verbessert und vereinfacht werden können, zum Beispiel bei den Betrieben von Operationssälen.» Andererseits seien die Tarife gestiegen.

**Was heisst das konkret?** Die Berner Inselspital-Gruppe etwa schaffte es im vergangenen Jahr aus den roten Zahlen. Die Einnahmen waren gestiegen – vor allem aber sanken die Kosten. Adrian Schmitter, Verwaltungsratspräsident der Inselspital-Gruppe, sagt: «Wir haben die Kostensenkung im grössten Kostenblock, dem Personal, gemacht, indem wir die Temporärfachkräfte heruntergefahren und eingespart haben. Das hat sogar dazu geführt, dass wir in der Pflege mehr Angestellte hatten als vor der Restrukturierung.» Zudem habe man im administrativen Bereich 10 Prozent eingespart.

## Entwicklung des EBITDAR der untersuchten Spitäler

in Prozent



Quelle: PWC

**Ist nun alles gut?** Nein. Nur jedes achte Spital ist nach der Analyse von PWC profitabel genug. Es klaffe eine Lücke von einer Milliarde Franken. Insgesamt weisen die Institutionen eine EBITDAR-Marge von 6.8 Prozent aus. Das ist weniger als die in den Augen des Beratungsunternehmens ideale Zielmarge von 10 Prozent.

### Was ist der EBITDAR?

Der EBITDAR soll das operative Ergebnis aus dem Betrieb darstellen, das auch Investitionen decken muss. Die Abkürzung steht für «earnings before interest, taxes, depreciation, amortisation, and restructuring or rent costs». Sie klammert nicht nur Zinsen und Steuern aus, sondern auch Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten oder Restrukturierungskosten. Der EBITDAR ermöglicht einen vergleichbaren Blick auf die Leistungsfähigkeit eines Spitals.

**Was ist noch zu tun?** Philipp Sommer von PWC sieht drei Hebel, um die Finanzzahlen weiter zu verbessern: «Der erste Hebel liegt bei den Angeboten anzusetzen – welches Spital welche Leistung in einer Region anbietet.» Zweitens: die ambulanten Angebote ausbauen. Und drittens: die Möglichkeiten der Digitalisierung konsequent nutzen.

**Wie realistisch sind die Vorschläge?** Adrian Schmitter von der Inselspital-Gruppe sieht die Digitalisierung ebenfalls als «unablässig». Bezüglich einer Ambulantisierung ist er zurückhaltend, sie sei noch nicht kostendeckend zu betreiben. «Das muss sich noch ändern, da müssen wir bessere Tarife bekommen.» Besonders kritisch ist er bezüglich Spezialisierung: «Wenn Sie, wie die meisten Spitäler in der Schweiz, ein Notfallspital sind und über 60 Prozent der Patienten über den Notfall kommen, dann können Sie nicht einfach sagen: Ich mache nur dies – und das mache ich nicht. Der Patient liegt bei Ihnen auf dem Tisch, da müssen Sie alles machen.»

 Video starten, Dauer: 04:36

# «Spital zuhause» überzeugt internationale Jury

 [Medinside \(de\)](#) | 30.06.2026

Das Hospital-at-Home-Modell von KSBL und Klinik Arlesheim erhält internationale Anerkennung für seine patientenzentrierte Versorgung.

Das gemeinsame Versorgungsmodell «Spital zuhause» der Klinik Arlesheim und des Kantonsspitals Baselland (KSBL) ist mit dem internationalen «[Amboss Award 2026](#)» ausgezeichnet worden.

Der Preis wurde in der Kategorie «Transforming Patient Care» verliehen und würdigt innovative Konzepte, die die Patientenversorgung nachhaltig weiterentwickeln.

Die Auszeichnung nahmen Vertreter der beiden Spitäler am 22. Juni in Berlin im Namen des Vereins *hospitales* entgegen. Gewürdigt wurde die Vorreiterrolle des Projekts bei der Entwicklung integrierter und patientenzentrierter Versorgungsmodelle.

Nach Angaben der Projektverantwortlichen stärkt das Modell die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, kann das Risiko von Spitalkomplikationen wie Delirien senken und trägt gleichzeitig zur Entlastung knapper stationärer Kapazitäten bei. **ab**

Die «Amboss Awards» werden jährlich vom internationalen Wissens- und Fortbildungsanbieter Amboss verliehen. Im Fokus stehen Projekte, die medizinische Versorgung neu denken, digitale Lösungen sinnvoll integrieren und einen messbaren Mehrwert für Patientinnen und Patienten schaffen.

# Coup de chaud sur les systèmes de soins

 Le Temps | 01.07.2026

En Suisse, certains services d'urgences et des hôpitaux font état d'une surcharge liée à la récente canicule. Alors qu'une élévation des températures est de nouveau attendue, des professionnels disent leur inquiétude.

## Pascaline Minet

On respire un peu mieux en ce début de semaine, après la redoutable vague de chaleur qui a frappé la Suisse la semaine passée, et qui accable désormais l'est de l'Europe. De quoi soulager les corps, les esprits et les systèmes de santé, mis à rude épreuve par cette canicule d'une intensité, d'une longueur et d'une précocité exceptionnelles. Si le nombre de décès lié à la chaleur n'est pas encore connu en Suisse, un net surcroît d'activité est bien enregistré dans certains hôpitaux. De plus en plus fréquentes, les vagues de chaleur mettent les systèmes de soins sous pression.

La canicule de ce mois de juin aura occasionné plus de 1300 décès supplémentaires en Europe, d'après une estimation de l'Organisation mondiale de la santé publiée le 28 juin. En France, un bilan provisoire de Santé publique France fait état de son côté d'«environ 1000 décès supplémentaires» liés à cet épisode. Aucun chiffre n'est pour l'heure avancé en Suisse: l'Office fédéral de la statistique publie les chiffres de la mortalité globale avec quelques jours de décalage. Quant à l'estimation statistique de la surmortalité liée à cette canicule, elle ne sera communiquée par l'Office fédéral de la santé publique que dans... un an, car ce calcul nécessite une analyse approfondie.

Ce qui est d'ores et déjà sûr, c'est que de nombreuses personnes ont eu et ont encore besoin de soins en raison de la chaleur, et que cela occasionne un surcroît d'activité pour certains services de secours et des hôpitaux. «Les urgences pré-hospitalières et hospitalières genevoises connaissent une dégradation rapide et préoccupante. Cette situation a justifié l'activation du Système d'information et d'intervention du Service sanitaire coordonné. Ce dispositif est habituellement mobilisé lors de périodes de forte pression hivernale ou dans le cadre de crises sanitaires majeures, comme la pandémie de Covid-19. Son activation en plein été constitue une première», indique le service du médecin cantonal de Genève.

## «Personne n'est à l'abri»

L'Hôpital du Valais a pour sa part échappé à cette déferlante: «A ce stade, nous n'observons pas de hausse significative de la fréquentation de nos hôpitaux en lien avec la récente canicule. Les situations directement liées à la chaleur (déshydratation, malaises ou décompensations chez des personnes vulnérables) restent ponctuelles», indique son service de communication. Dans le canton de Vaud, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) dit suivre de près l'évolution de la situation. «Nos partenaires nous ont rapporté une augmentation de l'activité et une pénibilité accrue dans les établissements non climatisés», relève son conseiller en communication Valentin Brahier.

Le DSAS rappelle que les effets de la chaleur sur la santé sont réels et potentiellement graves: «Au-delà du coup de chaleur, qui est une urgence vitale, l'augmentation de la température sur plusieurs jours est

associée à un risque accru de survenue de certaines affections aiguës, comme les infarctus ou les aggravations de maladies respiratoires, entraînant en général une augmentation des consultations urgentes. Les populations les plus vulnérables – personnes âgées, jeunes enfants, femmes enceintes, personnes souffrant de maladies chroniques – sont les premières concernées, mais personne n'est à l'abri lors d'un épisode de cette intensité.»

«Si de nouvelles canicules surviennent cet été, nous risquons d'avoir de sérieux problèmes de ressources» - Robert Larribau, médecin responsable de l'unité urgences santé 144 à Genève

## Triplement du nombre de décès d'ici à 2060

«Au début d'une vague de chaleur, nous avons d'abord affaire à des traumatismes et à des alcoolisations liés à l'accroissement des activités en extérieur, indique Robert Larribau, médecin responsable de l'Unité urgences santé 144 à Genève. Au bout du 6e ou 7e jour, nous voyons arriver une autre population qui est plus âgée et qui souffre de maladies chroniques telles que l'hypertension ou les troubles du rythme cardiaque. Durant cette canicule, nous avons aussi enregistré un grand nombre de coups de chaleur, notamment chez des personnes travaillant sur des chantiers, mais aussi des pathologies touchant le cerveau, avec des états d'agitation, de confusion ou encore des crises d'angoisse.»

L'Unité urgences santé 144 et la Centrale Santé Genève ont fait face à une augmentation du nombre d'appels de 60% durant les quatre derniers jours de la canicule. L'activité devrait maintenant baisser au niveau des services de secours, mais pas dans les hôpitaux, car la prise en charge de certaines affections liées à la chaleur peut prendre du temps. Alors qu'une nouvelle canicule se profile pour la semaine du 6 juillet, Robert Larribau se dit préoccupé: «Si de nouvelles canicules surviennent cet été, nous risquons d'avoir de sérieux problèmes de ressources, que ce soit à l'hôpital ou dans les soins à domicile, car les soignants partent aussi en vacances à cette période. Désormais, nous allons devoir nous organiser l'été comme nous le faisons jusqu'alors seulement pour les épidémies hivernales.»

En Suisse, environ 1000 décès supplémentaires avaient été enregistrés au cours du torride été 2003. Un tel pic de mortalité estival n'a plus été atteint depuis, probablement grâce aux mesures d'adaptation. Un récent rapport de l'Université de Berne estime toutefois que la mortalité due à la chaleur risque de tripler en Suisse d'ici à 2060, en raison à la fois de l'élévation des températures et du vieillissement de la population.

### Mais Encore

Le Portugal se prépare à une vague de chaleur Le Portugal, relativement épargné par la canicule qui a frappé l'Europe ces deux dernières semaines, attend l'arrivée ce mercredi d'une nouvelle vague de chaleur, qui touchera notamment le littoral du pays ibérique avec une violence «rare», a prévenu l'agence météorologique nationale. «Ce sera un épisode prolongé, avec au moins une semaine de températures très élevées», qui pourront atteindre les 44°C, a indiqué à l'AFP Jorge Ponte, expert à l'Institut portugais de la mer et de l'atmosphère. (AFP)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# AG – SP und Grüne kämpfen für die Regionalspitäler

 Aargauer Zeitung - Hauptausgabe | 01.07.2026

Kanton soll für nicht gedeckte Kosten aufkommen und den Fortbestand der Spitäler garantieren.

**Fabian Hägler**

Vor dem Grossratsgebäude übergab gestern Dienstag eine Vertretung von SP, Grünen und Gewerkschaften eine Petition mit 2714 Online-Unterschriften an Gesundheitsdirektor Jean-Pierre Gallati.

Das fordert die PetitionKeine Privatisierung der Kantonsspitäler. Der Kanton muss Mehrheits- und Steuerungseigner bleiben.Klare gesetzliche Sicherung der Grundversorgung, unabhängig von Rentabilität und wirtschaftlichen Interessen.Stärkung der demokratischen Kontrolle über Angebotsplanung, Finanzierung und Qualitätskontrolle der Spitäler.Gute Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal statt zusätzlichem Renditedruck und höherer Arbeitsbelastung.

Gallati dankte der Gruppe, die in weissen Schürzen gekleidet und mit farbigen Infusionsflaschen ausgerüstet war. Der Regierungsrat erinnerte daran, dass am Schluss der Grosse Rat und das Volk über das Gesetz entscheiden werden.

## SP und Grüne: Spitalsterben in den Regionen stoppen

Noch stärker als der mögliche Verkauf der Kantonsspitäler, den auch andere Parteien kritisch sehen, bewegt die Schliessung des Spitals Menziken. «Der Schock sitzt tief. Die Ankündigung, dass das Akutspital per November seine Stationen und OP-Säle schliesst, hat das obere Wynental ins Mark getroffen», sagte SP-Grossrätin Lucia Lanz in einer Fraktionserklärung.

Am Freitag wurde bekannt, dass 149 Mitarbeitende ihre Stelle verlieren, weil die Asana-Gruppe den Standort Menziken schliesst. Lanz kritisierte, die Bevölkerung verliere das Vertrauen in ein Versprechen des Staates: jenes auf «gleichwertige Lebensbedingungen und eine verlässliche Infrastruktur in allen Teilen des Kantons». Dies stehe in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung, werde aber nicht umgesetzt.

«Der Fall Menziken muss wachrütteln: Das unkontrollierte Spitalsterben muss in unseren Regionen gestoppt werden», rief Lanz in den Saal. Mit einem Vorstoss fordern SP und Grüne eine Kurskorrektur. Schon die Schliessung der Geburtshilfe am Spital Muri per Ende 2025 und der Verkauf des Spitals Zofingen an das private Swiss Medical Network hätten den enormen Druck gezeigt, schreiben sie.

## Strategie für eine regionale Grundversorgung gefordert

Der Regierungsrat soll aufzeigen, «wie die gesundheitliche und spitalmedizinische Grundversorgung mittels einer Strategie in den Regionen gesichert werden kann». Dabei soll geprüft werden, welche Instrumente nötig sind, um eine wohnortnahe Grundversorgung zu garantieren und den Vorhalteaufwand regionaler Spitäler abzugelten.

Die grossen Zentrumsspitäler könnten Spardruck über Masse kompensieren, schreiben SP und Grüne. Die kleineren Spitäler der Asana-Gruppe oder die Häuser in Muri und Laufenburg würden strukturell in die Knie gezwungen. Dies, weil ihre Vorhaltekosten, zum Beispiel die Ausgaben für Pikettdienste von Ärzten, nicht gedeckt seien.

Die Regierung soll dafür sorgen, dass Regionalspitäler über kantonal abgegoltene gemeinwirtschaftliche Leistungen, kostendeckende Vorhaltekosten oder andere Leistungen zur Abdeckung nicht kostendeckender Tarife abgesichert werden.

Zudem wollen SP und Grüne eine gesetzliche Bestandesgarantie für die verbleibenden Regionalspitäler. «Regionalität hat ihren Preis, und dies muss uns die Versorgungssicherheit wert sein», sagt Lanz.

## Forderungen an Gallati: Kantonsspitäler behalten, Regionalspitäler erhalten

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Vertretungen von SP, Grünen und Gewerkschaften übergeben Regierungsrat Jean-Pierre Gallati eine Petition gegen den Verkauf der Kantonsspitäler. Zudem fordern die links-grünen Parteien im Grossen Rat eine Strategie, damit Regionalspitäler vom Kanton finanziell unterstützt werden können.



Bild: Valentin Hehli

### Gleichen tags erschienen in

- Badener Tagblatt
- Zofinger Tagblatt

# FR – Ça a chauffé à l'hôpital

 La Liberté | HFR Tavel | 30.06.2026

Canicule - L'HFR enregistre une hausse de 20 à 25% des consultations et de 15% des hospitalisations depuis le début de la canicule.

## Stéphanie Schroeter

Les fortes chaleurs qui sévissent depuis plusieurs jours ont des conséquences sur la fréquentation des urgences de l'Hôpital fribourgeois. «Avec la canicule, nous observons une hausse d'environ 20-25% des consultations et de 15% des hospitalisations», indique Catherine Favre Kruit. Et la responsable communication et marketing de l'HFR de préciser qu'il ne s'agit pas encore d'une saturation mais davantage d'une forte affluence aux urgences ainsi que de taux d'occupation des lits très élevés.

Si une partie des consultations est liée aux températures élevées, une autre, non négligeable, est quant à elle liée aux incidents dans le cadre des activités de loisirs, ajoute encore la responsable en mentionnant également qu'aucun cas de noyade n'a été pris en charge ces derniers jours aux urgences.

A l'instar d'autres établissements hospitaliers, l'HFR relève que les consultations concernent principalement les personnes vulnérables comme les aînés, les malades chroniques, les femmes enceintes dont l'état de santé plus fragile est perturbé par la chaleur. Les enfants sont également concernés. «Il y a une forte affluence aux urgences pédiatriques, mais les consultations ne sont pas en lien avec la canicule», relève Catherine Favre Kruit.

Comme pour chaque épisode caniculaire, l'HFR a pris des mesures pour les patients hospitalisés en distribuant notamment des boissons supplémentaires et des ventilateurs ou en adaptant les menus. Quant au personnel, les menus ont aussi été adaptés, le code vestimentaire pour les fonctions sans uniformes a été allégé et le télétravail favorisé pour les fonctions administratives sans contact avec les patients.

Et à l'avenir, en fonction de la généralisation de ce type d'épisodes? «Les mesures du degré 2 du plan canicule actuellement en vigueur sont les mesures maximales. Nous les conservons encore cette semaine, même si les températures vont un peu baisser, afin de laisser le temps aux bâtiments de se rafraîchir. Nous ferons le point en fin de semaine et prendrons une décision pour la suite, selon les prévisions météo de la semaine prochaine.»

# EFAS: Die grosse Führungsaufgabe der nächsten Jahre

 Medinside (de) | 04.07.2026

EFAS verändert die Spielregeln im Gesundheitswesen. Die Reform vereinheitlicht nicht nur die Finanzierung, sondern schafft neue Anreize für Versorgung, Zusammenarbeit und Führung.

## Gastbeitrag von Urs Baumberger

Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) gehört zu den bedeutendsten Reformen im Schweizer Gesundheitswesen. Sie verändert nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Anreizsysteme, Verantwortlichkeiten und Führungslogiken. Für Spitäler, Kantone und Versicherungen wird EFAS deshalb zu einer strategischen Führungsaufgabe.

Heute werden stationäre Leistungen gemeinsam von Kantonen und Versicherungen finanziert, ambulante Leistungen dagegen vollständig über die Krankenversicherung. Diese Trennung führt zu Fehlanreizen und erschwert eine durchgängige Versorgung.

**Urs Baumberger** wird ab nächstem Jahr Präsident des Ostschweizer Kinderspitals. In seiner Karriere war er unter anderem Direktor des Spitals Nidwalden, Direktor der Hirslanden Klinik Belair sowie Interims-CEO der Klinik Gut, der Hirslanden-Klinik Birchhof und der Rehaklinik Seewis. Seit 2022 arbeitet Baumberger als selbständiger Berater.

EFAS soll die Finanzierung vereinheitlichen, medizinisch sinnvolle Behandlungsentscheide fördern, die koordinierte Versorgung stärken und die Verteilung zwischen Steuer- und Prämienfinanzierung stabilisieren. Die Einführung erfolgt ab 2028 für ambulante und stationäre Leistungen sowie ab 2032 für die Pflege.

## Warum EFAS Wirkung entfalten wird

Die Reform verändert die wirtschaftlichen Anreize im System. Künftig fallen Kosten und Nutzen von Koordination stärker bei denselben Akteuren an. Dadurch werden Investitionen in integrierte Versorgung, digitale Prozesse, Austrittsmanagement und Zusammenarbeit attraktiver. EFAS schafft somit die Voraussetzungen für effizientere Versorgungsmodelle, ohne jedoch Probleme wie Fachkräftemangel oder demografischen Druck zu lösen.

Zwischen 2028 und 2031 übernehmen die Kantone zusätzliche Kosten, da sie neu auch ambulante Leistungen mitfinanzieren. Gleichzeitig werden die Versicherungen wohl entlastet. Politisch entscheidend wird sein, ob sich diese Entlastung auch in einer gedämpften Prämienentwicklung widerspiegelt. Andernfalls könnte die Akzeptanz der Reform leiden.

## Auswirkungen auf die Spitäler

EFAS beschleunigt die Ambulantisierung. Ambulatorien, Tageskliniken, digitale Angebote und strukturierte Behandlungspfade gewinnen an Bedeutung. Stationäre Leistungen konzentrieren sich zunehmend auf komplexe und hochspezialisierte Fälle. Viele Spitäler werden ihr Leistungsangebot schärfen und sich stärker spezialisieren müssen. Nicht jede Leistung wird künftig an jedem Standort sinnvoll erbracht werden können.

## Neue Anforderungen

Neben klassischen Finanzkennzahlen gewinnen Prozess- und Qualitätsindikatoren an Bedeutung. Wiederaufnahmeraten, Verweildauern, ambulante Produktivität oder Austrittsqualität werden zu wichtigen Steuerungsgrössen. Qualität und Wirtschaftlichkeit rücken dadurch näher zusammen. Finanzielle Führung bedeutet künftig stärker die Steuerung ganzer Behandlungspfade statt einzelner Leistungsbereiche.

## Ambulantisierung, Spezialisierung und Kooperation

Die wichtigsten strategischen Antworten auf EFAS sind Ambulantisierung, Spezialisierung und Kooperation. Erfolgreiche Organisationen werden Leistungen gezielt ambulant erbringen, klare Leistungsprofile entwickeln und verstärkt mit anderen Partnern zusammenarbeiten. Kooperationen und teilweise auch Fusionen können helfen, Versorgungssicherheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbinden.

## Herausforderung: Pflegeintegration

Die zweite Reformetappe ab 2032 dürfte noch anspruchsvoller werden. Die Pflegefinanzierung ist heute kantonale unterschiedlich organisiert. Für die Integration in EFAS müssen neue Datensysteme, Tarifstrukturen und gesetzliche Grundlagen geschaffen werden. Die Umsetzung wird erhebliche koordinative und politische Anstrengungen erfordern.

## Fazit

EFAS ist letztlich eine Führungsreform. Sie verlangt von Spitälern, Kantonen, Versicherungen und weiteren Akteuren, das Gesundheitswesen stärker als integrierten Versorgungsraum zu denken. Erfolgreich werden jene Institutionen sein, die ihre Rolle frühzeitig definieren, Kooperationen aufbauen, ihre Prozesse konsequent auf Patientenpfade ausrichten und die neue Finanzierungslogik strategisch nutzen. Der Erfolg von EFAS wird deshalb weniger vom Gesetzestext als von der Qualität der Umsetzung abhängen.

# Heftiger Streit: Neuer Physiotarif spaltet die Branche

 CH Media national | 06.07.2026

Nach 30 Jahren Blockade steht endlich ein neues Tarifwerk. Doch innerhalb der Physiotherapie wächst der Widerstand dagegen.

**Anna Wanner**

Noch im April war die Rede von einem «historischen Moment». Nach 30 Jahren Blockade gelang es Physioswiss, dem Verband der Physiotherapeuten, einen neuen Tarif mit den Krankenkassen auszuhandeln. Geschäftsführer Osman Bešić zeigte sich zufrieden.

Doch anstatt mit Dank wird der Verband mit Kritik überschüttet. Die Verantwortlichen müssen sich Anfeindungen gefallen lassen. Was ist da los?

Mit der neuen Tarifstruktur wechselt die Physiotherapie von einem Pauschal- zu einem Zeittarif. Anstatt zweier Behandlungspauschalen, die nach Schwere des Falls unterscheiden, gibt es nur mehr einen Zeittarif. Früher konnten Physiotherapeuten zwischen 1,20 bis 1,80 Franken pro Minute abrechnen. Künftig sind es für alle 1,50 Franken pro Minute. Hintergrund der Änderung war der Vorwurf des Missbrauchs: Der höhere Tarif wurde auch dann abgerechnet, wenn er gar nicht angewandt wurde.

Mit dem neuen Tarif ist die Unschärfe weg, Missbrauch nicht mehr möglich. Für Osman Bešić ist das ein Fortschritt. Er sagt: «Die Reform löst eine fast 30-jährige Struktur ab und ist sachgerecht, datenbasiert und als Zeittarif konzipiert.» Neu würden gleiche Leistungen gleich entschädigt. Zudem bilde der neue Tarif sämtliche Leistungen ab. Das sei aktuell bei 15 Prozent der Leistungen nicht möglich.

## Ist der neue Tarif so gut, wie der Verband verspricht?

Von den fast 13'000 Verbandsmitgliedern würden die meisten profitieren, ist Bešić überzeugt. «Nur eine kleine Minderheit ist stark betroffen und führt nun den Widerstand an.»

Das ist womöglich untertrieben. Innerhalb der Branche herrscht grosser Unmut. Der Verein Physio 140 will unter dem Titel «Versorgung darf nicht am Tarif scheitern» die Einführung der neuen Tarifstruktur verhindern. Alexandra Helbling, CEO von Physiozentrum.ch, erklärt: «Die neue Tarifstruktur hält den Prinzipien einer modernen Physiotherapie nicht stand. Ein Zeittarif setzt die falschen Anreize.» Neu könne ein Patient bis zu 50 Minuten lang behandelt werden – obwohl dies in den allermeisten Fällen gar nicht nötig ist. «Wir vertreten eine evidenzbasierte und wirkungsorientierte Physiotherapie. Wir wissen, dass die optimale Dauer einzig von der Diagnose und den Therapiezielen abhängt», so Helbling. Das heisst: «Länger behandeln ist nicht unbedingt besser.»

Dadurch nehme die Verfügbarkeit von Physiotherapie weiter ab, der Zugang für Patientinnen und Patienten werde erschwert. Weiter warnt Helbling, dass der Tarif die Innovation hemme. «Es gibt keinen Anreiz, die Qualität der Arbeit zu verbessern.» Der Verein Physio 140 verlangt, der Tarif müsse die

betriebswirtschaftliche Realität abbilden. Das heisst: 140 Franken Bruttoumsatz pro Stunde als Untergrenze. Sonst kollabiere das System.

## Einig sind sich beide, dass der Beruf unterfinanziert ist

Osman Bešić hat ein gewisses Verständnis für die Reaktionen: «Wir führen eine radikale Änderung in einer stark unterfinanzierten Branche ein.» Das führe zu Verunsicherung. «Wir alle wünschen uns eine bessere Abgeltung für die Physiotherapie.» Nur sei die Vorgabe des Bundesrats klar: Die Einführung der neuen Tarifstruktur muss kostenneutral sein. Das Gefüge Physiotherapie darf ab 2027 nicht mehr kosten als im Jahr zuvor. Unter den Physiotherapeutinnen und -therapeuten gibt es darum auch Verlierer: Wenn eine Mehrheit profitiert, bedeutet dies, dass eine Minderheit Einbussen verkraften muss.

Besonders betroffen sind arbeitgebende Physiotherapiepraxen (OdPs), die rund die Hälfte der Therapien in der Schweiz leisten. Diese investieren laut Helbling viel in Aus- und Weiterbildung, in Infrastruktur, in moderne Geräte und zentrale Standorte. Das sei wichtig. «Dank moderner Technologie lassen sich Fortschritte in der Physiotherapie messen und Qualität sicherstellen», ist Helbling überzeugt. Das schlechte Verhandlungsergebnis sei inakzeptabel. «Der Verband versucht nun die Verschlechterung der neuen Tarifstruktur über die Erhöhung der Taxpunktwerte zu heilen.»

Tatsächlich engagiert sich der Verband Physioswiss für eine bessere Abgeltung, die laut Bešić unabhängig von der neuen Tarifstruktur erfolgen müsse. Der Verband hat darum 26 kantonale Petitionen lanciert mit dem Titel «100 Prozent geben, 70 Prozent bekommen. Finden Sie das gerecht?». Die höheren Taxpunktwerte sollen die Kantone festlegen müssen, weil sich Krankenkassen und Physioverband nicht einig werden. Ob das gelingt, ist zweifelhaft.

## Bundesrat vor Entscheid: Was ist der Plan der Gegner?

Helbling und ihre Mitstreiter wollen derweil auf die Mängel des neuen Tarifs aufmerksam machen und sie fordern einen Platz am Verhandlungstisch. Auch der Erfolg dieses Unterfangens ist offen.

Sollte der Bundesrat die neue Tarifstruktur in Bälde genehmigen, gilt diese ab 1. Januar 2027.

# ZH – Was hier auf dem Müll landen würde, hilft in der Ukraine, Leben zu retten

 [tagesanzeiger.ch](https://tagesanzeiger.ch) | 02.07.2026

Statt Entsorgungskosten zu zahlen, geben Schweizer Spitäler Material an «Zürich hilft der Ukraine» ab. Der Verein zeigt, was man konkret tun kann – etwa Erste-Hilfe-Apotheken zusammenstellen.

**Nora Zukker**

Der schweizerisch-ukrainische Neurologe Mattei Batruch zeigt ein Video aus der «Superhumans»-Klinik, die sich in Lviv um Menschen mit komplexen Amputationen kümmert. Ein Mann liegt in einem Spitalbett, seine Frau lehnt sich zu ihm hin. Ein kurzer Moment der Innigkeit unter dem freien blauen Himmel. «Dieses Bett haben wir mit 155 anderen aus einem Spital in Genf an neun ukrainische Spitäler geliefert», erzählt der Co-Präsident des Vereins «Zürich hilft der Ukraine (ZhDU)».

200 Franken kostete es, in der Schweiz ein ausrangiertes Spitalbett zu entsorgen. «Nur weil medizinisches Material modernisiert wird, bedeutet das nicht, dass man das ältere nicht mehr brauchen kann», erzählt der Arzt. Statt es zu entsorgen, geben Spitäler und andere Institutionen ausgemustertes Material kostenlos an ZhDU ab, der dann in Zusammenarbeit mit der ukrainischen Botschaft in Bern sogenannte Grossvolumentransporte koordiniert.

Was Batruch und seine sechs Kolleginnen und Kollegen tun, ist so einleuchtend wie grossartig: Sie bieten Schweizer Spitalern eine nachhaltige Alternative zum kostenpflichtigen Recycling an und sorgen damit für Hilfe vor Ort in der Ukraine.

«Gerade konnten wir 31 Anästhesietürme verschicken. Wir kümmern uns mit den ukrainischen Tochtergesellschaften um die Zertifizierungen der Geräte oder besorgen Ersatzteile, damit alles sofort einsatzbereit ist», erklärt Batruch.

Das ist essenziell, wenn nicht sogar existenziell, denn das ukrainische Gesundheitssystem steht seit Beginn des russischen Angriffskriegs im Februar 2022 unter Dauerbelastung. Die Ärzte und Pflegenden müssen erfinderisch sein und schnell reagieren, denn die Russen greifen die Bevölkerung seit vier Jahren gezielt überall an und verschonen dabei auch zivile Einrichtungen wie Spitäler nicht.

## Ein Mikroskop aus der Schweiz ermöglicht komplexe Eingriffe

Bis zu 50 Personen sind bei einem solchen Transport auf verschiedenen Ebenen involviert. Der Lastwagen muss beladen werden, andere kümmern sich um Etikettierung und Zolldokumente. Beahlt wird nur der LKW-Fahrer. Der Ansatz des Vereins gleicht eigentlich eher dem eines modernen Start-ups als dem einer klassischen NGO. Trotzdem können alle Mitarbeitenden daneben nur Teilzeit arbeiten, um genügend Zeit für die Vereinsarbeit zu haben. Sie sind aber froh, dass der Verein unterdessen steuerbefreit ist. «Es ist für Unternehmen und Privatpersonen attraktiver, unsere Arbeit zu unterstützen, wenn sie die Beträge von den Steuern abziehen können.»

Und sie wissen, wofür sie es tun. Batruch war dabei, als ein chirurgisches Hightech-Mikroskop aus der Schweiz erstmals in einem ukrainischen Operationssaal zum Einsatz kam. «Der Professor hat damit ein 13 Monate altes Kind operiert, bei dem wegen einer angeborenen Fehlbildung die Finger miteinander verwachsen waren.» Die Abteilungen des Spitals würden sich die Geräte untereinander teilen und sie dort einsetzen, wo sie am dringendsten gebraucht würden.

Durch den [modernen Drohnenkrieg](#) habe sich die Evakuierungszeit drastisch verlängert, erzählt Batruch, der im Februar zuletzt in der Ukraine war. Früher konnten Verletzte unter Artilleriebeschuss relativ zeitnah abtransportiert werden. Heute jagen russische Drohnen alles, was sich bewegt. «Ein sicherer Korridor für Ambulanzen existiert an vorderster Front kaum noch.»

Sogenannte Stabilisierungspunkte würden ihre eigentliche Funktion nicht mehr erfüllen können. «In Saporischschja wurden unterirdische Krankenhäuser gebaut, um Patienten zu schützen, die nicht mehr sicher verlegt werden können. Infizierte Wunden und extreme Schmerzen steigen dadurch drastisch an.»

## Der Krieg modernisiert das medizinische Wissen

Bestehende Kliniken würden zudem ihr Angebot erweitern, um neuen Verletzungen gerecht zu werden. Immer wichtiger seien Zentren für Menschen mit explosionsbedingtem Hörverlust. «Medizinisches Wissen wird während des Kriegs in Echtzeit entwickelt. Ukrainische Chirurgen operieren auf einem Niveau, das ihre Schweizer Kollegen selten sehen», sagt Batruch.

Sein Vater lebt in der Ukraine, und viele seiner Ärztefreunde erzählen ihm, unter welcher schier unvorstellbaren Dauerbelastung sie arbeiten. Einige wurden auch getötet. «Ich habe das Privileg, mich frei zwischen der Schweiz und der Ukraine bewegen zu können. Die Ukrainer dürfen nicht raus», sagt er. «Täglich frage ich mich: Was mache ich mit diesem Privileg? Ich habe hier Ruhe, Sicherheit und finanzielle Ressourcen. Es ist meine Verantwortung, etwas zu tun, was vor Ort einen echten Unterschied macht.»

Und so kam dem Verein die Idee, dass er der Schweizer Bevölkerung etwas anbieten möchte, was über eine rein finanzielle Spende hinausgeht. Firmen können Teambuilding-Events buchen. Mitarbeitende stellen Erste-Hilfe-Kits mit unterschiedlichen Komponenten zusammen: von Schläuchen zur Sicherung der Atemwege bis hin zu speziellen Scheren.

## Teambuilding-Events mit starker Wirkung

Der Verein schickt die Kits anschliessend an ukrainische Rettungsdienste. «Die Idee entstand während meiner frühen Freiwilligenarbeit in der Ukraine, als ich die kritische Lücke zwischen Verletzung und Notfallversorgung erkannte.»

Der international bekannte Laufschuhhersteller On hat so einen Teamevent gebucht. Von 100 Mitarbeitenden wurden an einem Tag 300 Erste-Hilfe-Apotheken zusammengestellt. «Die Firma bezahlt das Material, und die Teilnehmenden investieren ihre Zeit. Wir sagen den Leuten: Was ihr in den nächsten zwei Stunden tut, wird das Leben eines Menschen retten in schwer beschossenen Städten wie Charkiw oder Kyjiw.» Auf einen Bettelbrief mit einer Spende zu reagieren, helfe durchaus, aber wirklich beeindruckt seien die Leute, wenn sie erlebten, wie viel sie konkret tun könnten.

Mattei Batruch erzählt am Ende des Treffens begeistert, dass im August und im September die ersten Physiotherapeutinnen aus der Ukraine in die Schweiz kommen könnten. In Zentren für Pädiatrie und Neurorehabilitation werden sie während einer Woche ein Praktikum machen. «Rehab Bridge» nennen sie diesen medizinischen Austausch, von dem sie sich viele Verbesserungen erhoffen. Auf beiden Seiten.

# BS – Rund 2,6 Millionen Franken Finanzhilfe für Basler Unipsychiatrie

 [nau.ch](#) | UPK Basel | 30.06.2026

Die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) erhalten für die Jahre 2026 bis 2029 eine Finanzhilfe von rund 2,6 Millionen Franken. Gemäss Mitteilung des Regierungsrats vom Dienstag soll mit dem Geld die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Kanton ausgebaut werden.

## Keystone-SDA Regional

Neu sollen der Zugang zu geeigneten Therapie- und Unterstützungsangeboten verbessert und Versorgungslücken geschlossen werden, wie die [Regierung](#) schreibt. Auch solle die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern gestärkt werden. Der Grosse Rat habe die Finanzmittel bereits bewilligt.

Konkret gehe es um den Ausbau der Transkulturellen Ambulanz (TKA), den Aufbau psychiatrischer Liaisondienste und den Aufbau von Expertennetzwerken. Zudem sei der Aufbau einer Koordinationsstelle beim Gesundheitsdepartement (GD) zentral.

Die [Regierung](#) habe entsprechende Verträge in ihrer Sitzung vom Dienstag genehmigt, heisst es. Grund für den Ausbau seien bestehende Wartezeiten sowie zunehmende Engpässe im ambulanten Bereich, besonders bei der Versorgung von Menschen mit komplexen oder schweren psychischen Erkrankungen.

Im Fokus stünden vor allem vulnerable Gruppen, heisst es weiter. Dazu zählten etwa Kinder, Menschen mit Sprachbarrieren oder Personen mit [Gewalt](#) und Traumaerfahrungen.

Als Grundlage für die neuen Angebote führt der Regierungsrat zwei Untersuchungen an. Einerseits habe das GD mit einer Umfrage bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Kanton eine Datengrundlage geschaffen. Andererseits habe einen externen Bericht in Auftrag gegeben, der auf Gesprächen mit Therapeuten, Betroffenen und Angehörigen basiere.

# Les patients les plus aisés restent hospitalisés moins longtemps

 Medinside (fr) | 30.06.2026

Consultations médicales, urgences, hospitalisations, prévention: un rapport d'Helsana et de l'Université de Bâle remet en cause certaines idées reçues sur le recours aux soins.

Les personnes aux revenus les plus modestes tendent à consulter plus souvent un médecin. À l'inverse, elles ont moins souvent recours aux services de prévention. En cas d'hospitalisation, leurs séjours sont en général plus longs que ceux des personnes plus aisées. Ces résultats, parmi bien d'autres – à première vue paradoxaux –, sont présentés dans un nouveau rapport d'Helsana intitulé «Revenu et recours aux prestations». À l'origine de ce rapport : une étude réalisée par l'Université de Bâle, s'appuyant sur des données fournies par l'assureur et par la Confédération.

Ainsi, on constate par exemple les éléments suivants:

- Le nombre de personnes touchées par une dépression apparaît environ trois fois plus élevé dans la catégorie de revenus la plus basse que dans la catégorie la plus élevée.
- Les personnes à faibles revenus présentent des taux de cholestérol nettement plus élevés, ou moins favorables, que les personnes aisées: cet écart atteint 74%.
- Les personnes à faibles revenus souffrent de douleurs chroniques plus de trois fois plus souvent que les personnes aisées; elles se voient également prescrire des analgésiques puissants nettement plus fréquemment.
- Stefan Felder, Stefan Meyer, Kurt Schmidheiny | Basel Center for Health Economics, Université de Bâle: [«Rapport Helsana: revenus et recours aux prestations»](#). Juin 2026.

L'analyse menée par l'équipe de Stefan Felder, économiste de la santé, vient toutefois bousculer certaines idées reçues, notamment celle d'un recours accru au système de santé par les personnes les plus modestes uniquement en raison d'une plus grande vulnérabilité à la maladie. Si cette hypothèse s'avère partiellement fondée, l'étude met également en lumière un autre élément: à état de santé comparable, les personnes à faibles revenus recourent, là encore, davantage aux prestations. Ainsi, si l'on neutralise des facteurs tels que l'âge, la franchise, le modèle d'assurance et la région, une personne aux revenus modestes génère encore 1'485 francs de coûts supplémentaires pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Concrètement, les coûts de santé moyens des personnes dont le revenu est inférieur à 2'000 francs s'élèvent à un peu moins de 4'800 francs par an. Ce chiffre est d'environ 3'300 francs pour les personnes dont le revenu est supérieur à 8'000 francs.

Des facteurs tels que la littératie en matière de santé et l'accès à l'information semblent donc également jouer un rôle déterminant. L'étude d'Helsana indique par exemple que les ménages les plus modestes recourent moins souvent au dépistage gratuit du cancer colorectal.

## La santé, un bien de luxe? Si tel est le cas, alors pour tous

D'autre part, on observe un recours nettement moins fréquent aux services ambulatoires des hôpitaux chez les personnes disposant d'un revenu très élevé: celles-ci s'y rendent environ deux fois moins souvent que les personnes à très faibles revenus (soit 47,4% de moins après prise en compte de la structure de risque). Cet écart atteint jusqu'à 48% pour les urgences nécessitant une hospitalisation. Enfin, les plus aisés séjournent en moyenne deux fois moins longtemps dans un hôpital de soins aigus que les plus démunis.

Plus le revenu du ménage est élevé, moins l'assurance de base est sollicitée. Cette situation peut paraître surprenante au premier abord: après tout, plus une société s'enrichit, plus elle accède à des prestations de santé. «Les biens de santé sont donc considérés comme des biens de luxe», rappellent les auteurs, évoquant ainsi la règle macroéconomique selon laquelle «à mesure que les revenus augmentent, la demande pour ces biens croît de manière disproportionnée».

Pourquoi cela ne se vérifie-t-il pas au niveau individuel? Le rapport d'Helsana met en évidence un mécanisme spécifique: lorsque Monsieur ou Madame Tout-le-Monde s'enrichit, il ou elle ne se rend pas plus souvent à l'hôpital, à la pharmacie ou chez le médecin – bien au contraire. En revanche, un État plus riche élargit le catalogue des prestations et des offres de soins prises en charge pour tous, qu'ils aient des revenus modestes, moyens ou élevés.

Le **rapport d'Helsana** se fonde sur une analyse économique réalisée par le Basel Center for Health Economics. Il croise les données d'assurance et de prestations d'Helsana avec les données officielles sur les revenus et les ménages. La période couverte s'étend de 2016 à 2023; un total d'environ 10 millions d'années d'assurance est disponible. Après exclusion des cas non éligibles, cela revient à 5,4 millions d'observations. L'analyse porte sur les personnes âgées de moins de 65 ans; les mineurs ainsi que les ménages pour lesquels les données sur les revenus font défaut en ont été exclus. **rap**